

Deliberazione N. 0000673 del 06/05/2024

Struttura Proponente: UOSD Gestione Attività Ambulatoriali

Centro di costo: S0DS07JD1S

Proposta: 0000679 del 19/04/2024

Oggetto:

GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE ISTITUZIONALE

IL DIRETTORE GENERALE (*)
Narciso Mostarda

L'Estensore: **Sabrina Modesti**

Data 19/04/2024

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Francesco Medici**

Data 19/04/2024

Il Direttore della Struttura Proponente: **Francesco Medici**

Data 19/04/2024

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 24/04/2024

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **Paola Longo**

Data 24/04/2024

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 30/04/2024

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: *ec484fe220cd745c1aa67195bccb2331cac308daae83a048398d5106aca6312a*

(*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

IL DIRETTORE U.O.S.D. Gestione attività ambulatoriali e libera professione

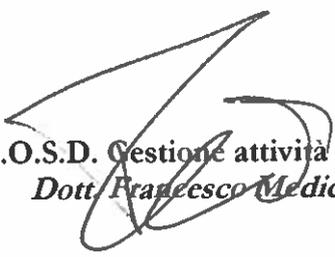
- VISTA** la deliberazione aziendale n. 1359 del 05/09/2023 recante per oggetto – Revoca dell’incarico di Direttore ad interim della “UOSD Gestione Attività Ambulatoriali e Libera Professione” affidato alla Dott.ssa Fiorella Piasentin. Contestuale affidamento dell’incarico di Direttore ad interim della “UOSD Gestione Attività Ambulatoriali e Libera Professione”, nell’ambito della Direzione Sanitaria Aziendale, al Dott. Francesco Medici, ai sensi dell’art. 22 comma 8 CCNL 2016-018 dell’area sanità;
- VISTI** il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, N.502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l’art. 9 della L.R. n.18/94;
il Decreto Legislativo 30 Marzo 2001, n.165;
l’atto di diritto privato dell’Azienda;
- VISTO** - il DL. 229/99 recante per oggetto “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell’articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- il DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i., con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza (LEA);
- VISTO** il D.P.C.M. 12 Gennaio 2017 “definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all’art.1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992 n.502”;
- DATO ATTO** la definizione ed implementazione dei PDTA e delle procedure rappresenta un obiettivo LEA demandato alla responsabilità delle Regioni e quindi delle Aziende del SSR;
- CONSIDERATO** - che alla luce del quadro normativo e assistenziale vigente, si rende necessario individuare alcuni obiettivi strategici per migliorare le attività di diagnosi e cura, favorire percorsi che garantiscono al paziente uniformità di risposte e delineare le strategie generali e specifiche per la realizzazione di ciascun obiettivo;
- che tra gli obiettivi della UOSD Gestione Attività Ambulatoriali e Libera Professione rientra la definizione e la condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), delle Procedure e l’attivazione di sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell’appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura orientati alla qualità e alla sicurezza dei pazienti;
- VISTO** il DCA U00051/2020, Requisiti minimi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie dell’8 maggio 2020 dove vengono modificati e integrati i requisiti di carattere generale per tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie dell’Allegato C al Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10 febbraio 2011, con i requisiti soggettivi che devono essere garantiti da ogni soggetto giuridico, persona fisica o giuridica, che intraprende l’attività sanitaria e/o socio sanitaria;
- VISTA** la necessità di aggiornare la precedente deliberazione n. 112 del 05/02/2018 “Adozione della procedura per la gestione delle prestazioni ambulatoriali”;
- VISTO** che sono state introdotte nuove modalità di gestione del flusso delle informazioni attraverso nuovi programmi gestionali digitali;

- RITENUTO** che la presente procedura ha lo scopo di razionalizzare il sistema di accesso alle prestazioni ambulatoriali e garantire la trasparenza sui meccanismi di prenotazione;
- PRESO ATTO** della procedura "Gestione delle Attività Specialistica Ambulatoriale Istituzionale" elaborata dal gruppo di lavoro aziendale;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

Di approvare la procedura "Gestione delle Attività Specialistica Ambulatoriale Istituzionale" relativa alle attività di prenotazione, accettazione ed esecuzione delle prestazioni di ambulatorio, che allegata al presente atto ne forma parte integrante.

IL DIRETTORE U.O.S.D. Gestione attività ambulatoriali e libera professione
Dott. Francesco Medici



IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00202 del 7 ottobre 2016 avente ad oggetto "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini";
- VISTA** la propria ordinanza n. 1242 del 10 ottobre 2016;
- LETTA** la proposta di delibera, "Gestione delle Attività Specialistica Ambulatoriale Istituzionale", presentata dal Direttore della U.O.S.D. Gestione attività ambulatoriali e libera professione;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Di approvare la procedura "Gestione delle Attività Specialistica Ambulatoriale Istituzionale" relativa alle attività di prenotazione, accettazione ed esecuzione delle prestazioni di ambulatorio, che allegata al presente atto ne forma parte integrante.

La struttura complessa proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Narciso Mostarda)

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 1 di 52

	Gruppo di Lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Data	Firma
REDAZIONE	Staff di coordinamento:				
	Marco Mastrucci	UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management	Infermiere	11/1/24	<i>[Signature]</i>
	Roberto Locci	DIPRO	P.O.	11/4/24	<i>[Signature]</i>
	Coordinatore:				
	Andrea Scotti	UOSD Gestione Documentazione Sanitaria	Medico	11/4/24	<i>[Signature]</i>
	Componenti:				
	Anna Ceccorulli	Poliambulatorio Piastra	P.O.	11/4/24	<i>[Signature]</i>
	Arcangelo Devanna	UOC Sistemi Informatici	Ingegnere	18/4/24	<i>[Signature]</i>
	Donatella Droghini	UOSD Gestione Attività Ambulatoriali e Libera Professione	Collaboratore Amministrativo	11/4/24	<i>[Signature]</i>
	Claudia Lorenzetti	DIPRO	Governo assistenziale	12/04/24	<i>[Signature]</i>
	Enrico Lucifreddi	DIPRO	Governo assistenziale	12/4/2024	<i>[Signature]</i>
	Francesco Medici	UOSD Gestione Blocchi Operatori e Preospedalizzazione Centralizzata	Medico	15/4/24	<i>[Signature]</i>
Flavio Mellace	UOSD Gestione Blocchi Operatori e Preospedalizzazione Centralizzata	Medico	17/04/24	<i>[Signature]</i>	
Sabrina Modesti	UOSD Gestione Attività Ambulatoriali e Libera Professione	Assistente Amministrativo	11/4/24	<i>[Signature]</i>	

Hanno contribuito alla redazione del documento:

Barbara Tesi	Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva
Antonio Covelli	Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva
Rachele D'Agostino	Ingegnere Polis-Net
Francesca Veza	Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva

A tutti loro va un sincero e cordiale ringraziamento.



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 2 di 52

		Data	Firma
VERIFICA	Dott. Antonio Silvestri Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)		
APPROVAZIONE	Dott. Gerardo De Carolis Direttore Sanitario Aziendale		
VALIDAZIONE	Dott. Narciso Mostarda Direttore Generale		

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
0.1	04/04/2024	Aggiornamento	A cura del RAQ

TRASMESSO IL: 04/04/2024	CODIFICATO IL: 04/04/2024	DISTRIBUITO IL:
--------------------------	---------------------------	-----------------

Lista di distribuzione (I livello)
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Direttori di Dipartimento
Direttori di Strutture Complesse
Direttori di Strutture Semplici a valenza Dipartimentale; Responsabili di Strutture Semplici



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 3 di 52

INDICE

1.	PREMESSA	Pag.5
2.	SCOPO	Pag.5
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	Pag.5
4.	RIFERIMENTI	Pag.5
5.	DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI	Pag.6
6.	DIAGRAMMA DI FLUSSO	Pag.7
7.	RESPONSABILITA'	Pag.8
8.	AZIONI	Pag.9
8.1	Prenotazione	Pag.9
8.1.1	Prenotazione tramite sistema regionale ReCUP	Pag.9
8.1.2	Inviati da Pronto Soccorso	Pag.11
8.1.3	Pazienti dimessi	Pag.11
8.1.4	Inviati da DH o PAC	Pag.12
8.1.5	Accorpamento Prestazioni Ambulatoriali (APA).....	Pag.12
8.1.6	Consulenza Esterna Allegato A	Pag.12
8.2	Accoglienza ed esecuzione della visita.....	Pag.13



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 4 di 52

8.2.1	Apertura Chiusura Ambulatori	Pag.15
8.3	Gestione Visita Ambulatoriale con cartella elettronica ambulatoriale (SIS4CARE)	Pag.15
8.3.1	Gestione Visita ambulatoriale del paziente chirurgico (SIS4CARE)	Pag.17
8.4	Uso del Totem	Pag.18
8.5	Prescrizione e Prenotazione	Pag.21
8.6	Assegnazione delle sedute ambulatoriali e costanza di utilizzo settimanale	Pag.22
8.7	ALPI	Pag.23
9.	SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI	Pag.23
10.	ARCHIVIAZIONE	Pag.23
11.	MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO	Pag.24
12.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	Pag.25
13.	ALLEGATI	Pag.26

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 5 di 52

1. PREMESSA

Il presente documento aggiorna il precedente (Delibera N° 112 del 05/02/2018) integrando disposizioni operative precedenti, già in uso e applicate, precisando in modo più completo i processi e le responsabilità in modo più preciso.

Sono state introdotte nuove modalità di gestione del flusso delle informazioni, attraverso nuovi programmi gestionali digitali, in fase di prenotazione, erogazione e rendicontazione delle prestazioni. La tracciabilità e sicurezza delle informazioni costituisce un altro aspetto essenziale.

La omogeneità, per quanto possibile, delle procedure è stata oggetto di particolare attenzione, fatte salve le specificità tecniche delle prestazioni ambulatoriali (specialità clinica e tecnologia utilizzata).

È stata tenuta in conto la logistica delle attività, prevedendo una necessaria flessibilità nella programmazione degli orari delle attività, nella allocazione di spazi e risorse. La particolare allocazione degli spazi ambulatoriali in differenti padiglioni è stata opportunamente tenuta in conto, allo scopo di consentire l'applicazione del regolamento in differenti ambienti di lavoro.

Le modalità di accesso dei pazienti alle prestazioni in regime ambulatoriale devono essere realizzate sulla base di quanto rappresentato nel diagramma di flusso descritto al punto 6 della presente procedura e successivamente dettagliato al fine di garantire l'omogeneità operativa dell'intero processo.

2. SCOPO

La presente procedura definisce analiticamente la gestione operativa delle attività di prenotazione, accettazione ed esecuzione delle prestazioni di ambulatorio, con l'obiettivo di razionalizzare il sistema di accesso alle prestazioni ambulatoriali e garantire la trasparenza sui meccanismi di prenotazione.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i casi di accesso alla prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale su richiesta del medico di medicina generale del pediatra di libera scelta e del medico specialista. Il programma operativo attraverso cui si fissa l'articolazione temporale e il tipo di prestazione è "l'agenda di prenotazione".

L'organizzazione delle agende è la fase operativa di programmazione delle attività e rappresenta un aspetto rilevante del sistema di erogazione delle prestazioni, sia per l'impatto sulla complessità organizzativa del centro erogatore, sia per l'impatto sull'utente in termini di accessibilità e soddisfazione. L'ambito è quello delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Regionale.

4. RIFERIMENTI

Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2017/2018.
Bollettino Ufficiale Regione Lazio del 30/03/2006, Modello Organizzativo ReCUP.



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 6 di 52

5. DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

AO	Azienda Ospedaliera
CNS	Carta Nazionale dei Servizi
CUP/ReCUP	Centro Unico di Prenotazioni
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medico di Medicina Generale
MSA	Medico Specialista Ambulatoriale
MSO	Medico Specialista Ospedaliero
NRE	Numero di Ricetta Elettronico
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PS	Pronto Soccorso
SCF	San Camillo Forlanini
SIRPED	Sistema Informativo Regionale Prescrizione Elettronica e Dematerializzata
TS	Tessera Sanitaria
U.O.	Unità Operativa
UU.OO.	Unità Operative



Procedura:

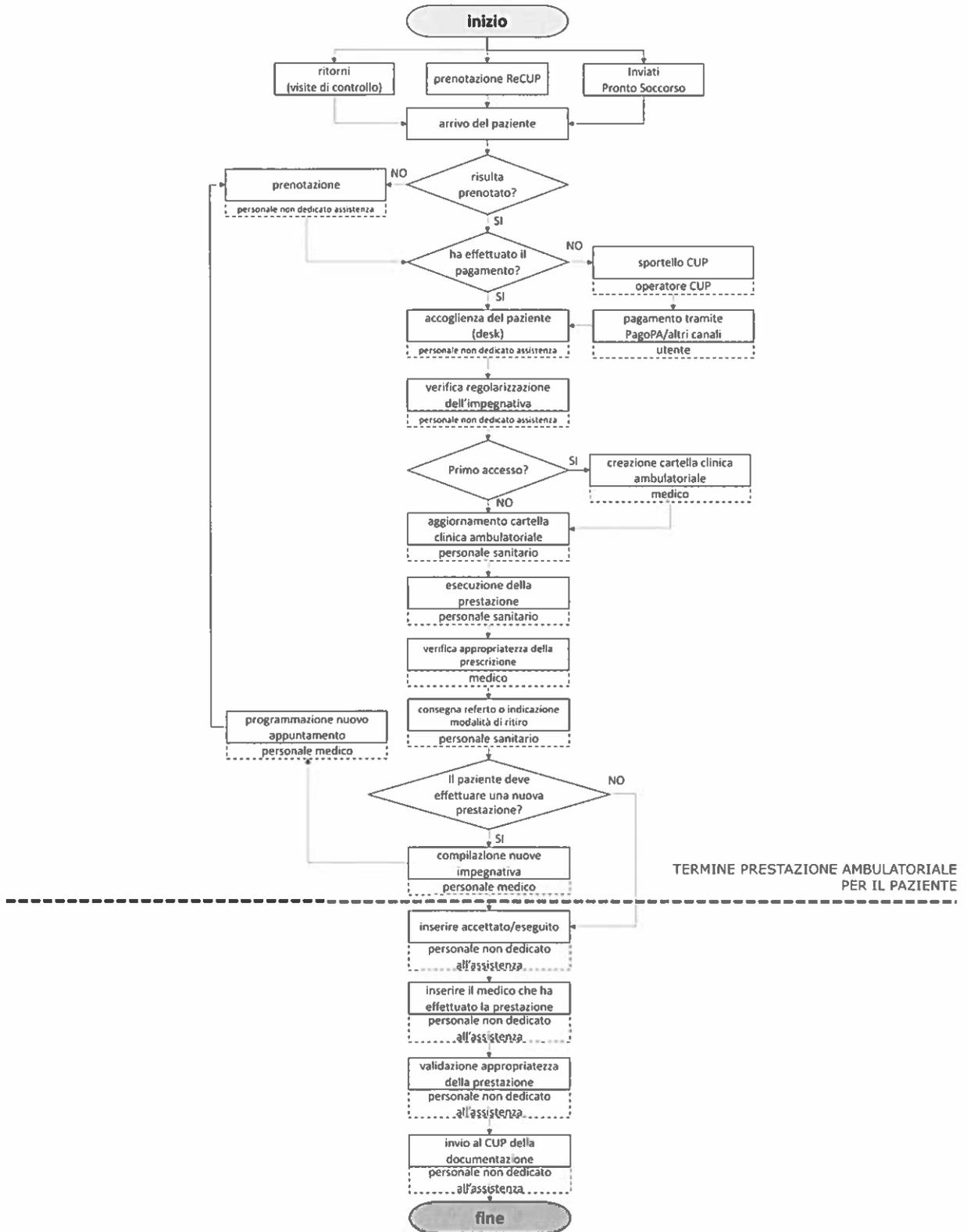
**GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE
 AMBULATORIALI ISTITUZIONALI**

Rev. 01 del
 04/04/2024

Cod. Doc.:
 PG/901/SODS07/24/01

Pag. 7 di 52

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO





Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 8 di 52

7. RESPONSABILITA'

AZIONI OPERATORI	Coordinatore Infermieristico	Personale non dedicato all'assistenza*	Personale sanitario medico	Personale sanitario (esclusi il personale medico)
Prenotazione ritorni PS/DS/All. A	-	-	R	-
Controllo/inserimento prenotazione	I	R	I	C
Accoglienza (desk)	I	R	-	-
Verifica regolarizzazione impegnativa	I	R	-	-
Accoglienza ambulatoriale	I	-	C	R
Creazione cartella clinica ambulatoriale	I	-	R	C
Esecuzione della prestazione-visita medica	-	-	R	C
Verifica appropriatezza priorità prescrizione	-	-	R	-
Aggiornamento cartella clinica ambulatoriale	-	-	R	C
Consegnare referto	-	-	R	C
Inserimento accettato/eseguito **	I	R	-	-
inserimento del nome del medico che ha erogato la prestazione**	I	R	-	-
Validazione appropriatezza della prestazione effettuata***	I	R	-	-
Compilazione nuova impegnativa	-	-	R	-
Programmazione nuovo appuntamento	-	C	R	-
Invio al CUP della documentazione	C	R	-	-

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato.

* Nel caso in cui non fosse disponibile personale non dedicato all'assistenza la mansione viene svolta dal personale sanitario

** Qualora le attività di inserimento di accettato/eseguito e inserimento del nome del medico che ha erogato la prestazione sia effettuata da personale delle Professioni Sanitarie/Operatori Tecnici non deve esserci contestuale attività di assistenza.

*** in caso di inserimento priorità = U (urgente): il medico valida l'appropriatezza

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 9 di 52

8. AZIONI

Le attività previste per l'accesso alla prestazione in regime ambulatoriale sono:

- *PRENOTAZIONE (capitolo 8.1)*
- *ACCOGLIENZA (capitolo 8.2)*
- *ACCETTAZIONE/ESECUZIONE (capitolo 8.3)*

8.1 Prenotazione

Le prestazioni sono classificate in due tipologie:

- a) primo accesso:
la prestazione che innesca la presa in carico del paziente rispetto ad un determinato bisogno assistenziale;
- b) secondo accesso (ritorno):
la prestazione richiesta dallo specialista che ha preso in carico il paziente nel primo accesso, che può essere necessaria per poter rispondere al quesito diagnostico originario, per il follow-up oppure a scopo terapeutico, purché strettamente correlata al bisogno assistenziale originario.

La prenotazione per prima visita/accertamento diagnostico avviene attraverso il sistema regionale ReCUP.

Per le visite di controllo la prenotazione avviene direttamente presso le strutture ambulatoriali dove verrà erogata la prestazione.

8.1.1 Prenotazione tramite sistema regionale ReCUP

La prenotazione delle Prime Visite e Prestazioni di primo accesso avviene tramite Call Center Regionale chiamando il numero verde 069939 gratuito da rete fissa o mobile.

L'unica eccezione è costituita dalle prime visite di ginecologia/ostetricia e dai pazienti del Servizio TOBIA, per i quali è previsto un percorso dedicato.

Il Servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle 7:30 alle 19:30 ed il sabato dalle 7:30 alle 13:00.

Per prenotare al telefono è necessario essere muniti di richiesta medica e Codice Fiscale, nella richiesta il medico prescrittore deve indicare una delle Classi di Priorità di seguito elencate:

U – con attesa massima di 72 ore (in questo caso il medico prescrittore non deve consegnare la prescrizione al paziente e mandarlo via ma deve chiamare il numero verde dedicato ai medici di base e di struttura pubblica e prenotare egli stesso);

B – con attesa massima di 10gg;

D – con attesa massima di 30gg per le Visite e 60gg per gli esami;

P – con attesa massima di 120gg

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 11 di 52

Al momento della prenotazione presso i Servizi o Strutture Ambulatoriali Aziendali sono rilasciati al paziente:

- 1) promemoria con indicazione data /ora sede di esecuzione della prestazione (**allegato 1**);
- 2) informativa specifica qualora prevista per la preparazione alla prestazione (**allegato 2**);
- 3) promemoria per effettuare il pagamento on line www.pagopa.gov.it , sul sito o con le app, sul territorio (punti SISAL) o Banca e altri canali (codice QR e codice interbancario CBILL) (**allegato 3**);

Nel caso di prenotazione telefonica (069939) attraverso sistema ReCUP le stesse informazioni vengono trasmesse verbalmente.

La prenotazione di controlli e follow up avviene presso gli ambulatori delle strutture ambulatoriali/servizi dove è stata eseguita la prima visita oppure in alternativa, in relazione al tipo di prestazione, presso l'ambulatorio/servizio che eroga la prestazione richiesta. La prenotazione può essere effettuata solo ed esclusivamente di persona presso gli sportelli dedicati.

Per la prenotazione è necessario che il paziente o altra persona sia in possesso della impegnativa rilasciata dallo Specialista della struttura con indicazione della Classe di priorità "Altro" e della tessera sanitaria.

I pazienti non appartenenti alla comunità europea che necessitano di prestazioni urgenti o di elezioni, non residenti, presenti per periodi non superiori a 90 gg. (Es: turista), sono tenuti al pagamento delle prestazioni come da Normativa Assistenza Sanitaria Stranieri Comunitari e non Comunitari.

8.1.2 Inviati da Pronto Soccorso

Il paziente che accede al Pronto Soccorso può essere rinviato, in base a giudizio del medico che lo ha in carico o che lo visita in consulenza, ad uno degli ambulatori istituzionali. La prestazione sarà sempre considerata un ritorno, ovvero una visita di controllo. L'appuntamento viene programmato dal medico di Pronto Soccorso, utilizzando gli appositi slot nei vari ambulatori istituzionali. Il paziente, con l'impegnativa rilasciata in P.S., si reca presso l'accettazione per regolarizzare la prenotazione ed essere inserito, dal personale del suddetto servizio, sulle liste di lavoro ReCUP. Successivamente alla prenotazione, il paziente è tenuto alla regolarizzazione dell'impegnativa (vedi paragrafo 8.2).

Qualora il medico di PS non dovesse, per qualsivoglia motivo, rilasciare l'impegnativa, sarà cura del medico accettante dell'ambulatorio emettere la stessa, dando comunicazione del nominativo del medico di PS inadempiente direttamente al Direttore di UOC.

8.1.3 Pazienti dimessi da ricovero ordinario

Il paziente che viene dimesso, terminato il cod. 6, dopo un ricovero ordinario può accedere agli ambulatori istituzionali come visita di controllo. Sarà cura dello specialista di riferimento sia la programmazione dell'appuntamento che il rilascio dell'impegnativa idonea.

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 12 di 52

8.1.4 Inviati da DH o PAC

Il paziente che effettua un DH/PAC può essere rinvio ad ambulatori istituzionali, dopo aver chiuso il relativo DH/PAC, secondo indicazione medica. Tale accesso è inquadrato come visita di controllo. L'impegnativa viene rilasciata dal medico del DH/PAC che lo ha in carico. La prenotazione viene effettuata direttamente dal paziente presso gli sportelli dell'ambulatorio di pertinenza.

8.1.5 Accorpamento Prestazioni Ambulatoriali (APA)

Gli Accorpamenti Prestazioni Ambulatoriali (APA) seguono il flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (SIAS). È obbligatoria l'indicazione nel campo "determinante clinico" del codice ICD-9-CM di diagnosi (compreso il punto di separazione) che meglio descrive la patologia per la quale si ricorre all'intervento chirurgico. Negli APA sono compresi visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozioni punti, o visita di controllo. Hanno durata di 30 giorni.

Le prestazioni APA attualmente sono rappresentate da:

- chirurgia ricostruttiva arti - Liberazione del tunnel carpale, prestazione comprensiva di visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazione, rimozione punti e visita di controllo;
- chirurgia ricostruttiva arti - lisi di aderenze della mano, incluso riparazione di dito a scatto, prestazione comprensiva di visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazione, rimozione punti e visita di controllo;
- chirurgia vascolare - interventi endovascolari sulle varici con tecnica laser, prestazione comprensiva di esami pre e post-intervento, intervento e visita di controllo.

8.1.6 Consulenza Esterna - Allegato A

Le prestazioni sono richieste da parte di strutture esterne con l'invio di un modulo di formato standard c.d. Allegato A (**allegato 4**). Tale richiesta perviene di regola per il tramite il Centro Operativo Aziendale (COA) utilizzando l'indirizzo mail del COA. La richiesta viene trasferita dal COA agli Ambulatori di pertinenza, che provvede ad inserire la prenotazione della prestazione nell'agenda e a dare comunicazione al richiedente di data/ora/luogo dell'appuntamento. Gli allegati A dovranno essere autorizzati dalle Direzioni Sanitarie che ne approvano la congruità e dovranno essere trasferite all'UOSD Documentazione Sanitaria - Ciclo attivo per la rendicontazione dell'erogato e la richiesta di verifica della congruità da parte della struttura richiedente (ai fini della emissione di NSO e successiva fatturazione da parte della UOSD Bilancio).

Per semplificare, rendere sicura e tracciabile **la erogazione di prestazioni cliniche specialistiche in favore di Strutture Sanitarie richiedenti esterne (allegato A e Convenzioni)¹** e la **relativa rendicontazione periodica**, è stato deciso dalla Direzione Sanitaria di rendere disponibile e mettere in esercizio una **piattaforma web-based** denominata **IN&OUT²** molto semplice, sulla

¹ L'UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA È PREVISTO SIA PER LE PRESTAZIONI OCCASIONALI RICHIESTE CON ALLEGATO A, SIA PER LE PRESTAZIONI RICHIESTE CON FREQUENZA E REGOLARITÀ SULLA BASE DI RAPPORTI DI CONVENZIONE

² G&F SOFTWARE S.R.L.

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 13 di 52

quale transiteranno i flussi di informazioni attualmente gestiti tramite C.O.A.³ (centro operativo aziendale) e veicolati via FAX.

La configurazione e messa in esercizio avverrà in modo graduale, fino ad arrivare alla completa automazione della procedura e alla integrazione di tutte le prestazioni (compresi i laboratori). **Non sarà più consentito l'utilizzo di altre procedure (FAX o mail).**

È individuata una o più unità del personale sanitario, medico e/o infermieristico, (nominativi con identificativo Account aziendale personale, codice fiscale e recapito tel./cell./fax aziendale, profilati per l'accesso al portale). In una fase di transizione è individuato il personale del COA.

È compito del personale individuato (e quindi addetto) accedere con cadenza giornaliera e utilizzare la piattaforma per indirizzare la risposta con le indicazioni per l'appuntamento e le istruzioni operative. La medesima piattaforma consentirà di restituire il riscontro della prestazione e il caricamento di documenti relativi eventuali.

8.2 Accoglienza ed esecuzione della visita

L'erogazione delle prestazioni comporta per ogni ambulatorio l'osservanza di alcune fasi operative:

- a) stampa del piano di lavoro giornaliero degli assistiti prenotati;
- b) la chiamata al paziente avviene secondo l'ordine di prenotazione, determinato dall'orario indicato telefonicamente o su promemoria dell'appuntamento. Esistono condizioni prioritarie che sono:
 - *gravidanza;*
 - *portatori di ossigeno;*
 - *Servizio TOBIA;*
 - *invalidi civili;*
 - *detenuti.*
- c) identificazione dell'assistito anche attraverso l'uso della Tessera Sanitaria, verifica della corrispondenza tra l'impegnativa, la prenotazione e le generalità dell'assistito, il consenso al trattamento dei dati (**allegato 9**). L'utente inoltre dovrebbe essere caratterizzato da identificativi o eventuali parametri già codificati nell'anagrafica;
- d) quando il paziente, a causa di un errore in fase di prenotazione, viene indirizzato ad un ambulatorio errato, il medico può rinviarlo all'ambulatorio corretto, previo accordo con gli specialisti interessati, rilasciando la prescrizione di visita specialistica pertinente al quesito diagnostico, mantenendo la stessa tipologia di accesso; tale prestazione verrà inserita in accettazione diretta eventualmente in overbooking;
- e) l'attestazione di presenza va rilasciata al paziente dal medico che effettua la visita;
- f) l'esecuzione della prestazione prevede – al termine - il rilascio obbligatorio all'assistito del referto della prestazione (relazione con indicazioni dettagliate della prestazione eseguita);

³ C.O.A. (CENTRO OPERATIVO AZIENDALE) SEDE PRONTO SOCCORSO FAX 065870-4611/4453 POSTA ELETTRONICA PEC COA_AO_SCF@PEC.IT
Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 14 di 52

- g) nel caso in cui il referto debba essere rilasciato in data successiva (p.e. referti radiologici), deve essere consegnato all'utente uno stampato informativo su cui devono essere specificate le modalità del ritiro (**allegato 5**);
- h) la documentazione clinica prodotta nell'ambito delle attività ambulatoriali confluisce in una cartella clinica del paziente, oggetto di archiviazione e conservazione, presso l'ambulatorio stesso come archivio corrente. Questa documentazione deve essere prontamente trasferita, quando non più necessaria come Archivio Corrente, presso l'Archivio Clinico che provvederà a trasferirlo presso l'Archivio storico esterno;
- i) in una fase ulteriore, con la messa in esercizio a regime della cartella elettronica di SIS4CARE (e di procedura di firma elettronica), l'archiviazione della documentazione prodotta presso gli ambulatori sarà processata digitalmente e resa opportunamente consultabile;
- j) In caso di assenza non programmata del medico, l'attività dell'ambulatorio deve essere comunque garantita con opportune sostituzioni di personale medico. Nel caso in cui non fosse possibile, gli appuntamenti possono essere riprogrammati in una seduta aggiuntiva. Qualora anche quest'ultima opzione non fosse possibile, gli appuntamenti possono essere ridistribuiti nelle sedute successive;
- k) In caso di quiescenza, trasferimento, dimissioni o lunga malattia di un medico che svolge abitualmente attività ambulatoriale, le prestazioni già prenotate in agenda dovranno essere garantite dal personale medico della stessa U.O.. Qualora sia un'evenienza non programmabile, è possibile comportarsi come previsto al punto "j". È responsabilità del Direttore della U.O. prevedere questa eventualità e mettere in atto provvedimenti, quando possibili, onde evitare conseguenti disservizi.

L'utente o il paziente è tenuto alla regolarizzazione della ricetta tramite pagamento della quota di partecipazione prima dell'erogazione della stessa:

- nelle postazioni CUP previste all'interno dell'azienda;
- utilizzando i TOTEM all'interno dell'azienda (*vedi paragrafo 8.4*);
- tramite pagamento on line su Salute Lazio;
- presso i punti Sisal;
- Pagamento con CBill (QR).

L'utente esente dal pagamento del ticket si reca direttamente presso il servizio ambulatoriale dove il personale accoglie il paziente e verifica che il paziente risulti correttamente inserito nel piano di lavoro e, inoltre, accerta la corrispondenza con le eventuali esenzioni.

Nei casi previsti al punto d) e nei pazienti inviati da Pronto Soccorso, la prenotazione può essere fatta contestualmente all'accoglienza: **questa è considerata un'anomalia dal sistema** che prevede non si debba verificare oltre il 10% dei casi. **Di conseguenza è molto importante,**



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 15 di 52

qualora il paziente debba effettuare una nuova prestazione, procedere ad effettuare la PRENOTAZIONE a sistema.

8.2.1 Apertura/Chiusura Ambulatori

I direttori di UU.OO., su mandato della Direzione Sanitaria in recepimento della mission aziendale e regionale, programmano l'apertura istituzionale degli ambulatori prevedendo il numero di visite erogabile per ciascun ambulatorio.

Gli orari di servizio ambulatoriali di apertura al pubblico sono stati di norma stabiliti dalle 8,00 alle 19,00 dal lunedì al venerdì, il sabato dalle 8.00 alle 13.00. Le **turnazioni del personale della Dirigenza Medica e del Comparto** negli ambulatori sono conseguentemente strutturate sulla fascia oraria 7,00-19,00, con **avvio delle attività sanitarie entro le ore 8,00 e termine della seduta pomeridiana entro le ore 19,00.**

L'ambulatorio si intende quindi aperto tutti i giorni feriali dell'anno. Entro ottobre dell'anno precedente i Direttori di UU.OO. comunicano (**allegato 6**) la chiusura dell'ambulatorio nei gg feriali. Durante l'anno l'ambulatorio può essere ulteriormente chiuso per motivi organizzativi (**allegato 7**). Il back office, avuto il nulla osta del direttore della UOSD Gestione attività ambulatoriali e Libera professione, chiude le agende esterne per quei giorni, dando mandato agli ambulatori di riorganizzare eventuali appuntamenti già programmati e comunica al DIPRO la chiusura degli stessi.

8.3 Gestione Visita Ambulatoriale con cartella elettronica ambulatoriale (SIS4CARE)

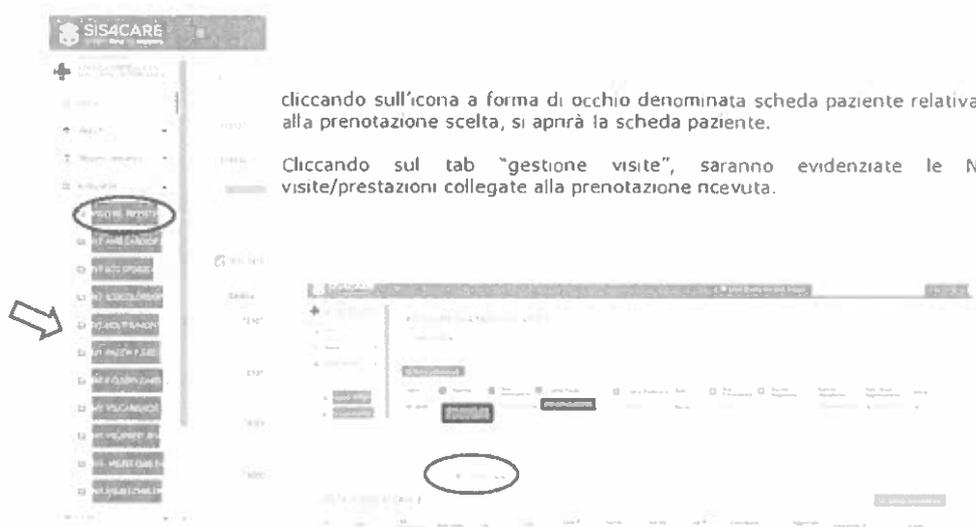
È in esercizio il modulo per l'attività ambulatoriale per SIS4CARE. Al momento della pubblicazione della delibera sono state attivati i moduli solo di alcune UOC/UOSD. Ogni U.O. è/sarà abilitata all'accesso al proprio spazio ambulatoriale (una o più Unità Eroganti possibili) nel quale sono presenti le singole agende predisposte, con gli appuntamenti per le prestazioni, con i dati trasferiti dal ReCUP.

Il gestionale permette di:

- (1) compilare la scheda ambulatoriale del paziente (che sarà riproposta nelle successive eventuali prestazioni) e la scheda della prestazione stessa, con l'inserimento dei dati per il referto;
- (2) evidenziare lo stato di lavorazione della prestazione stessa;
- (3) l'attestazione dell'erogato deve avvenire direttamente su ReCUP.

Una volta cliccato su un ambulatorio e la relativa lista prenotazioni, si ottiene la schermata di lavoro:

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 16 di 52



Per compilare una singola visita/prestazione, si deve accedere alla lista "visite/prestazioni" della Scheda paziente, come descritto nel punto precedente; cliccando sull'icona della "matita" si accede alla scheda di dettaglio della visita, in modalità "inserimento dati".

A questo punto si apre il dettaglio della visita, nel quale sono presenti campi obbligatori contrassegnati dall'asterisco e divisi in campi a testo libero come "Anamnesi Patologica Prossima", e campi valorizzabili tramite scelta con menù a tendina, come ad esempio Esame Obiettivo, MET, ecc. Infine si procede al salvataggio dei dati tramite l'apposito bottone "SALVA".

A questo punto lo stato della visita, diventa "COMPLETATA", come si può visualizzare dalla lista visite aggiornata. In questo stato si può comunque riaprire il form di dettaglio e modificare/aggiungere dati alla visita.

Quando si contrassegna la visita/prestazione come EROGATA, tale stato rende la visita non più modificabile.

Al termine della sessione di lavoro l'ambulatorio erogatore deve effettuare le seguenti operazioni:

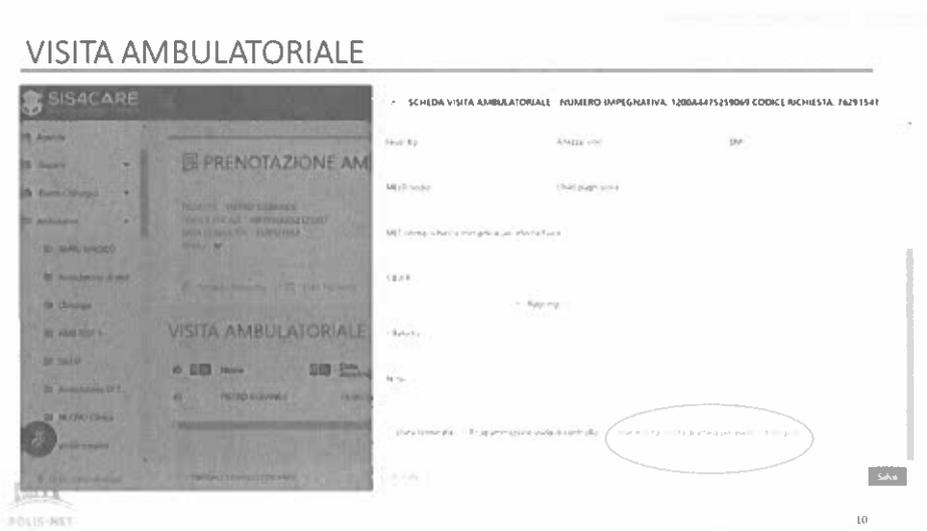
- a) verifica del piano di lavoro giornaliero con riscontro degli assistiti assenti e di quelli trattati. Questo viene eseguito manualmente a fine giornata, dopo la chiusura degli ambulatori
- b) gli assistiti trattati dovranno essere passati dallo stato di accettazione a quello di esecuzione sul programma ReCUP. Ciò può avvenire giornalmente e puntualmente, ma anche con cadenza indicativamente settimanale, a cura del personale non dedicato all'assistenza. Entro il giorno 5 del mese successivo le prestazioni devono essere integralmente inserite nel programma ReCUP
- c) Settimanalmente il personale non addetto all'assistenza provvede ad inviare le impegnative al CUP interno (in contenitori distinti separati per ambulatori).



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 17 di 52

8.3.1 Gestione Visita Ambulatoriale del paziente chirurgico (SIS4CARE)

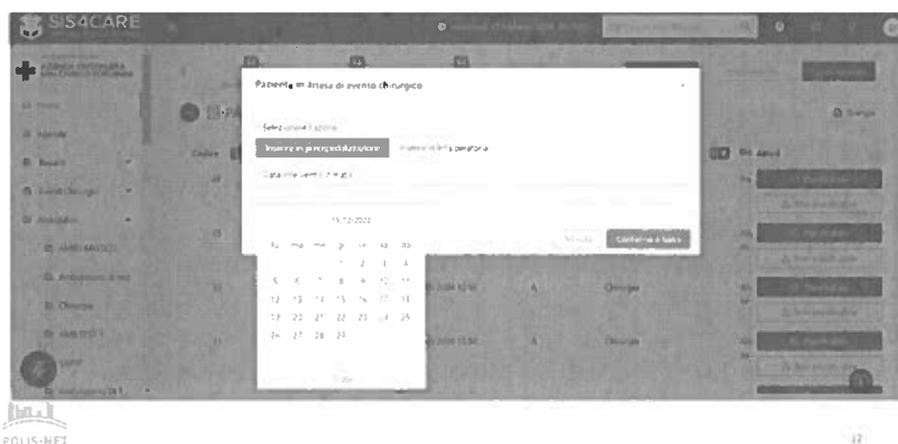
Per gli ambulatori chirurgici è prevista la personalizzazione del gestionale per l'attività ambulatoriale tramite SIS4CARE. In aggiunta a quanto già descritto nel paragrafo precedente, il gestionale permetterà di inserire il paziente in lista di attesa per l'intervento chirurgico, nel momento in cui il medico lo reputerà eleggibile all'intervento.



L'applicativo permette inoltre la gestione di tutti gli aspetti relativi all'intervento chirurgico, dalla compilazione di schede specifiche per la valutazione del paziente, all'inserimento di quest'ultimo in preospedalizzazione ed in lista operatoria.

I dettagli del percorso saranno pubblicati in una procedura specifica per il percorso chirurgico e nell'aggiornamento del regolamento delle camere operatorie

INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA





Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 18 di 52

8.4 Uso del Totem

È prevista l'introduzione di **totem digitali multifunzione** in punti strategici della struttura, che consentono al paziente di svolgere numerose operazioni in modalità self-service come il pagamento della prestazione, la self-accettazione, la funzione elimina-code e la stampa e download di referti.

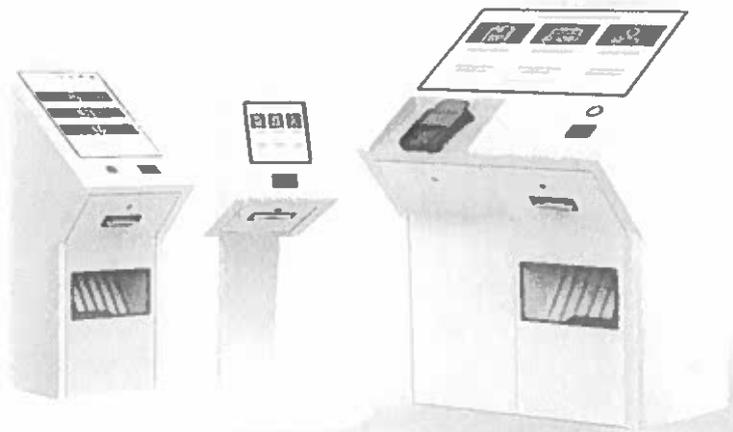


Immagine: Gamma dei Kiosk 24/7 Teseo

In particolare, i flussi gestiti saranno:

- **Flusso elimina code** permette al paziente di ritirare un ticket per accodarsi alle code agli sportelli, mentre permette alla struttura di ottenere un sistema di accoglienza controllato e ordinato.
 - Scelta del servizio
 - Ritiro del ticket
- **Flusso di Self-Accettazione (o Self Check-In)** permette al paziente di svolgere rapidamente e in modo autonomo le procedure necessarie alla finalizzazione della propria pratica e l'accesso alle prestazioni sanitarie della giornata. Il paziente può essere riconosciuto rapidamente e accedere direttamente alle liste di attesa degli ambulatori, saltando le code per gli sportelli di accettazione.
 - Riconoscimento paziente (lettura TS con chip o lettore Bar-code)
 - Verifica regolarità prenotazione
 - Stampa del ticket e accodamento (il kiosk emetterà il ticket di accodamento agli ambulatori, contenente il numero di chiamata del paziente e le informazioni necessarie al raggiungimento della corretta sala d'attesa ambulatoriale. Al termine della procedura è possibile anche prevedere un messaggio di risposta al sistema gestionale dell'Ente che notifichi l'avvenuta accettazione del paziente).
- **Flusso di stampa referti.** Consente al paziente di ritirare il referto in completa autonomia e senza necessità di intervento da parte del personale sanitario. Il referto sarà disponibile sia per la stampa su foglio A4, sia per il download su USB drive (in formato .pdf). È possibile ritirare anche le immagini radiologiche, qualora presenti, in vari formati (.zip o altro). Il flusso può essere attivato mediante un'attività di *system integration* specifica che avrà lo scopo di



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 19 di 52

verificare i dati del paziente in accesso e associare correttamente il referto nella repository documentale dell'Ente per renderlo disponibile al paziente.

- Riconoscimento paziente (lettura TS con chip o lettore Bar-code)
 - Riconoscimento pratica
 - Selezione modalità di ritiro
 - Stampa del referto
- **Flusso gestione pagamenti.** I pagamenti verranno effettuati tramite il modulo POS installato sullo stesso Sportello Self-Service che sarà interfacciato con il gestore terminale della banca utilizzata dal committente. Il paziente potrà essere identificato grazie al codice fiscale presente nella sua tessera sanitaria.
 - Riconoscimento paziente
 - Recupero lista pagamenti
 - Pagamento tramite POS

Modulo ambulatori

Il modulo Ambulatori è progettato per la **gestione dell'accoglienza di II livello**, ovvero negli **ambulatori** ed in **radiologia**: dalla sala di attesa alla chiamata del medico per erogare la prestazione, fino all'eventuale ri-accodamento ad altri servizi e alle successive chiamate. I principali use case standard del modulo ambulatori sono le seguenti: **flusso con accesso diretto, flusso integrato di primo e secondo livello e self-accettazione**; fermo restando che il flusso dei pazienti viene articolato partendo dai casi più comuni e adattandolo alle necessità specifiche espresse da ciascun reparto dell'azienda sanitaria. In fase di configurazione è anche possibile gestire flussi complessi con molteplici richiami e ri-accodamenti verso diversi reparti, ambulatori e servizi dell'Ospedale (es. percorsi di day-hospital).

Flusso con accesso diretto

Il paziente accede alla struttura e si reca direttamente al desk dell'ambulatorio. Dopo aver registrato l'accesso diretto sul sistema CUP, l'operatore utilizza il terminale web di MR-You® e la stampante da tavolo per emettere un ticket di accodamento con il relativo codice di chiamata alfanumerico ed inserire il paziente nella lista di attesa dell'ambulatorio. A questo punto il paziente può recarsi nella sala di attesa dell'ambulatorio ed attendere confortevolmente la chiamata, controllando il relativo monitor ivi installato (accoglienza di II livello).



Immagine – Flusso gestione modulo ambulatori con accesso diretto

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 20 di 52

Flusso integrato di I e II livello

Il paziente accede alla struttura ed utilizza un totem eliminacode Artex per ritirare il ticket ed accodarsi verso gli sportelli per l'accettazione (accoglienza di I livello). L'operatore, dopo aver svolto l'accettazione sul sistema CUP, utilizza il terminale web di MR-You® per inserire il paziente nelle liste di attesa degli ambulatori. A questo punto il paziente può recarsi nella sala di attesa dell'ambulatorio (con lo stesso ticket utilizzato per la fila allo sportello o con un secondo ticket stampato dall'operatore allo sportello) e attendere confortevolmente la chiamata, controllando il relativo monitor ivi installato (accoglienza di II livello).



Immagine – Flusso gestione modulo ambulatori con integrazione I e II livello

Flusso di Self-Acettazione

Il flusso di accettazione in modalità self-service è attivabile grazie all'impiego di totem self-service (KIOSK 24/7). In questo modo il paziente può svolgere in modo autonomo la procedura di accettazione al Kiosk e dirigersi direttamente nella sale di attesa degli ambulatori.



Immagine – Flusso gestione modulo ambulatori con self-accettazione

I maggiori vantaggi della procedura di self-accettazione sono la drastica riduzione del tempo di attesa per il paziente e la riduzione dei carichi di lavoro per gli addetti alle operazioni di sportello dell'azienda sanitaria.

Monitor ambulatorio e terminale di chiamata

I monitor ambulatoriali Artex, appositamente progettati per la sala di attesa, consentono al paziente di avere un riscontro immediato della propria presa in carico e di tenere costantemente sotto controllo il proprio stato. Il monitor espone in modo chiaro e dinamico l'elenco dei pazienti già accettati e presenti in sala d'attesa che devono effettuare una visita, con tutte le informazioni utili, tra cui: il codice di chiamata alfanumerica, l'orario di visita previsto (e gli eventuali aggiornamenti) e l'ambulatorio.

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 21 di 52

8.5 Prescrizione e Prenotazione

La qualità della "presa in carico" ed il governo del percorso ambulatoriale da parte del Professionista implicano che il paziente deve uscire dal Servizio con prescrizione e prenotazione

- a. le visite di controllo vengono esclusivamente prenotate mediante un'agenda (attualmente cartacea, in una fase successiva con SIS4CARE) gestita direttamente dallo Specialista, per poi essere registrate dal personale in accoglienza (attualmente su ReCUP, in una fase successiva con SIS4CARE). Fanno eccezione alcune agende, per cui gli appuntamenti vengono gestiti direttamente dagli operatori sanitari (fisioterapisti, ortottisti, ecc.) che hanno in carico il paziente;
- b. senza ricetta non si può effettuare nessuna prestazione né utilizzare materiale dell'azienda;
- c. ogni ambulatorio è provvisto di agende di ritorno (al momento procedura NON gestibile da SIS4CARE) dove vengono riportate gli appuntamenti per un massimo di n. giornalieri in funzione della fascia oraria dell'ambulatorio e dal tempo previsto per singola visita;
- d. per i pazienti operati in regime ambulatoriale è previsto un solo controllo post operatorio, le successive medicazioni vanno programmate con prescrizione per "controllo" ambulatoriale;
- e. non possono accedere agli ambulatori e alle sale di chirurgia ambulatoriale i pazienti ricoverati, tranne i ricoveri di cardiocirurgia per controllo o trattamento presso l'odontoiatria, in previsione di intervento chirurgico;
- f. il numero delle prestazioni va rispettato. Eventuali pazienti in soprannumero, rispetto alla lista, non possono essere inseriti a meno che non ci siano delle rinunce da coprire, questo vale anche per le sedute di chirurgia ambulatoriale. Nei casi in cui sia dimostrato nel tempo, dai report periodici, un significativo tasso di rinunce o di appuntamenti mancati, può essere previsto un over-booking;
- g. per i pazienti che devono essere sottoposti a chirurgia ambulatoriale deve essere redatta l'apposita cartella clinica di chirurgia ambulatoriale (**allegato 8**). La cartella deve contenere l'atto operatorio e l'eventuale esame istologico, entrambi in copia.
- h. le prestazioni devono rispettare i tempi di esecuzione previsti/concordati. La durata prevista non può eccedere questi tempi programmati, salvo ridefinire la tempistica in caso di impossibilità a rispettare l'intervallo di tempo programmato. La verifica del rispetto della tempistica prevista permetterà di analizzare eventuali cause di ritardi ed eliminare cause dei ritardi stessi;

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 22 di 52

- i. Per ottemperare agli obblighi previsti dalla Delibera Regione Lazio n° 868/2023 è necessario che entro il 5° giorno di ogni mese siano completate tutte le operazioni di inserimento accettato/erogato relative al mese precedente, necessarie all'invio dei flussi SIASXL. Non è più previsto il rimborso per le prestazioni inserite nel cosiddetto XIII mese, pertanto si ribadisce la necessità della lavorazione dei dati nei tempi stabiliti.

8.6 Assegnazione delle sedute ambulatoriali e costanza di utilizzo settimanale

L'assegnazione delle sedute ambulatoriali impone che la programmazione del loro completo utilizzo e della presenza dello Specialista sia resa coerente con le modulazioni e le altre attività

La modulazione dell'assegnazione delle **sedute ambulatoriali**, intese come l'insieme di spazi fisici e orari di utilizzo all'interno degli Ambulatori viene effettuata dal **Tavolo Operativo**.

Il **Tavolo Operativo degli Ambulatori e servizi**, individuato nel contesto di lavoro ambulatoriale, si riunirà a cadenza trimestrale ed opererà secondo la programmazione realizzata dalla Direzione Aziendale. Il Tavolo ha **valenza funzionale** ed è tenuto a partecipare in modo diffuso e costante alla manutenzione operativa continua del piano di lavoro dello specifico Ambulatorio. **Figura centrale è quella del Direttore Sanitario**, che si relaziona singolarmente e direttamente con i Referenti Unici, i Direttori e Responsabili o loro delegati.

Ai lavori del Tavolo partecipano:

- Direttore di U.O., anche tramite il Referente Unico per una specifica visita/area specialistica individuato;
- i Coordinatori dei vari Ambulatori/Servizi, in quanto assegnatario/gestore delle risorse umane, organizza e struttura le attività di accoglienza, orientamento e accettazione durante l'orario di apertura al pubblico e in coerenza con le attività clinico-assistenziali;
- Personale Amministrativo che organizza le attività di front/back-office necessarie e adeguate al corretto espletamento delle attività ambulatoriali dell'edificio, al corretto orientamento degli utenti e all'educazione ai servizi volta al miglioramento continuo dell'accessibilità agli stessi.

I destinatari dell'assegnazione delle sedute ambulatoriali sono i Direttori di UU.OO.

Agli assegnatari delle sedute ambulatoriali è richiesto di:

- utilizzare completamente lo spazio fisico e temporale assegnato per la produzione delle prestazioni;
- realizzare una turnazione che garantisca una costanza del ritmo settimanale di utilizzo di locali e tecnologie. Questa costanza di utilizzo (es: ogni lunedì pomeriggio, tutti i giorni mattina e pomeriggio) è indispensabile per la programmazione dell'attività nel medio periodo (6-12 mesi);
- garantire che lo Specialista in turno non abbia contemporaneità e sovrapposizioni di compiti che rechino pregiudizio allo svolgimento della seduta ambulatoriale.

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 23 di 52

In aderenza all'obiettivo di garantire la costanza del ritmo settimanale e la stabilità delle relative agende, il Direttore U.O. avrà cura di gestire le circostanze, che comportino la modulazione dell'attività ambulatoriale: pianificazione aziendale, programmazione annuale, modulazioni transitorie, imprevisti organizzativi (indisponibilità di personale) e tecnologici (indisponibilità di apparecchiature).

8.7 ALPI

Relativamente all'ALPI si rimanda al Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale Intramuraria, adottato con delibera 1293 del 29/09/2017 art. 5, c. 10, 1 (a-d) e dalla successiva integrazione introdotta con DELIBERAZIONE N. 0255 del 16 FEB. 2018 (violazione delle disposizioni vigenti per la disciplina dell'organizzazione della libera professione intramoenia).

In particolare, si fa riferimento per l'organizzazione dell'attività ambulatoriale all'art.11, C. 4, par.A.

9. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere la procedura, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionali e regionali senza scostamenti od eccezioni.

In caso di adesione allo sciopero i medici devono attenersi a ciò che è previsto nel CCNL art. 3 comma c punto 1 e punto 2. I Direttori delle UU.OO., il giorno successivo allo sciopero, verificano le prestazioni non erogate e riprogrammano gli appuntamenti:

- organizzando una seduta aggiuntiva (seduta extra) che includa tutti gli appuntamenti non erogati;
- in alternativa, riprogrammano gli appuntamenti non erogati ridistribuendoli nelle giornate successive a quella dello sciopero.

10. ARCHIVIAZIONE

- La Procedura deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria e presso la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management;
- in formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- presso tutte le UU.OO. / strutture coinvolte nella procedura.

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 24 di 52

11. Monitoraggio, indicatori e parametri di controllo

INDICATORE	VALORE ATTESO	RESPONSABILE
Documentazione correttamente distribuita	100%	Direttore UOSD Gestione Attività Ambulatoriale e Libera Professione
Corso formazione	100%	Direttore UOSD Gestione Attività Ambulatoriale e Libera Professione
Report mensili con evidenza delle agende attivate	>80%	Direttore UOSD Gestione Attività Ambulatoriale e Libera Professione
Relazioni sulla disponibilità degli spazi aziendali istituzionali	>80%	Direttore UOSD Gestione Attività Ambulatoriale e Libera Professione
Relazioni sulla disponibilità degli spazi aziendali ALPI	>80%	Direttore UOSD Gestione Attività Ambulatoriale e Libera Professione
Relazioni sulla disponibilità degli spazi extra aziendali ALPI	>80%	Direttore UOSD Gestione Attività Ambulatoriale e Libera Professione
Report attività per agende di produttività aggiuntiva UU.OO. autorizzate con verifica incremento attività ambulatoriali	>80%	Direttore UOSD Gestione Attività Ambulatoriale e Libera Professione
Prenotazione tramite sistema regionale ReCUP	>80%	P.O. UOSD Gestione Attività Ambulatoriale e Libera Professione
Consulenza esterna Allegato A	>80%	Direttore UOSD Documentazione Sanitaria
Utilizzo SYS4CARE per visita ambulatoriale	>80%	UOC Reparti specializzati
Installazione e corretto funzionamento del Totem	>80%	Direttore UOC Sistemi Informatici
Corretto uso del Totem	>80%	Coordinatori Infermieristici Ambulatori



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 25 di 52

12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021
- Determinazione Regionale 519 del 8.8.2017 - Prima identificazione dei criteri di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, nell'ambito del programma regionale per il governo dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019 a norma della DGR 17-4817 del 27.3.2017.
- DGR 2-2481 del 29.7.2011 Approvazione Piano Regionale Liste di attesa.
- DGR 28-2027 del 17.5.2011 – Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012.
- Ministero della Salute – Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012.
- D.D. 375 del 10.7.2009 – individuazione delle classi di priorità.
- DGR 37-5180 del 29.01.2009 "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, la Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 – Modificazioni ed integrazioni Ministero della Salute – Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;
- DGR n. 56-3322 del 3 luglio 2006: "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, la Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 – Indirizzi applicativi".
- DGR n. 55-4769 del 10 dicembre 2001: "Prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- Determinazione degli standard per l'erogazione delle prestazioni, principi per la gestione delle liste di attesa e informazione all'utenza".
- DPCM 29 novembre 2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 26 di 52

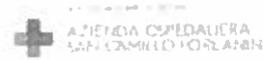
13. Allegati

Allegato 1	Promemoria con indicazione data /ora sede di esecuzione della prestazione
Allegato 2	Informativa specifica qualora prevista per la preparazione alla prestazione
Allegato 3	Promemoria per effettuare il pagamento on line www.pagopa.gov.it , sul sito o con le app, sul territorio (punti SISAL) o Banca e altri canali (codice QR e codice interbancario CBILL)
Allegato 4	Allegato A - Richiesta consulenza esterna specialistica
Allegato 5	Promemoria con indicazione data/ora sede del ritiro del referto diagnostico
Allegato 6	Richiesta chiusura annuale
Allegato 7	Richiesta chiusura/apertura/modifica/implementazione attività ambulatoriale
Allegato 8	Cartella clinica ambulatori chirurgici
Allegato 9	Consenso Informato



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 27 di 52

Allegato 1 - Promemoria con indicazione data /ora sede di esecuzione della prestazione



Numero Richiesta: [REDACTED]
 Del 12/12/2023 - Opera: [REDACTED]

REGIONE LAZIO
 AZ. OSP. SAN CAMILLO-FORLANINI
 CIRCONVALLAZIONE GIANICOLENSE, 87
 Codice fiscale: 04733051009
 Partita IVA: 04733051009
 Sessione N° 6648834623
 0101 1001 0101 1001 0101 1001



E-Code: 12090123346901001096

0101 1001 0101 1001 0101 1001

[REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 ASL Residenza: A.S.P. [REDACTED]
 Data Nascita: [REDACTED]

Regime erogazione: 1 - SSR (PRESTAZIONE A CARICO SSN)

Numero ricetta: 1200A [REDACTED]

Importo da Pagare: 12,91

Paziente Esente: NO

Dove presentarsi per visite ed esami

Presentarsi presso: **SAN CAMILLO**
 Indirizzo: **CIRC. NE GIANICOLENSE, 87**
 Unità diagnostica erogatrice delle prestazioni: **RIT-PRESTAZIONI- CHIR. PLASTICA**
 Localizzazione: **PIASTRA 1°PIANO INGRESSO PRINCIPALE TEL.0656553049**

Quando presentarsi per visite ed esami

Prostazione	Data	Ora
89.01_13 VISITA CHIRURGICA PLASTICA DI CONTROLLO	Ven-22/12/2023	10.00

Informazioni per il paziente

Il presente documento non costituisce ricevuta fiscale.
 Attenzione per le prestazioni non eseguite, se non disdette almeno 3gg prima della data di effettuazione presso il sito CUP Azienda o numero verde regionale, sarà richiesto, anche agli esenti, il pagamento del ticket (DCA437/2013). Per i referti degli esami effettuati, qualora non ritirati entro 30 gg., sarà richiesto, anche agli esenti, il pagamento per intero della prestazione (Finanziaria 2007 comma 766 lettera R).
 PRIVACY: - Attestazione di avvenuta informativa e dell'acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali - Il consenso al trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute dell'utente, nell'ambito della richiesta prestazione sanitaria e di quelle eventualmente correlate, è stato manifestato oralmente dall'interessato ai sensi di legge - art. 76, comma 1, lett. a), 82, comma 2, lett. a) del D.Lgs. n° 196/2003 - previa informativa dell'Azienda sul trattamento dei dati personali (art. 13 e 70 del D.Lgs. n° 196/2003) -
 AVVERTENZA - L'eventuale revoca del consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute comporterà l'impossibilità di fornire la prestazione sanitaria di cui sia prevista prenotazione.

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 28 di 52

Allegato 2 - Informativa specifica qualora prevista per la preparazione alla prestazione e promemoria con indicazione data/ora sede del ritiro del referto diagnostico

AZIENDA OSPEDALIERA
 SAN CAMILLO FORLANINI
 Numero Richiesta: [REDACTED]
 Del 06/02/2023 - Oper: [REDACTED]

REGIONE LAZIO
 E-Code: 12090123037901002010


REGIONE LAZIO
 AZ OSP. SAN CAMILLO-FORLANINI
 CIRCONVALLAZIONE GIANICOLENSE, 57
 Codice fiscale: 04733051003
 Partita IVA: 04733051003
 Sessione N° 10427203723


[REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 ASL Residenza: [REDACTED]
 Data Nascita: [REDACTED]

Regime erogazione: 1 - SSR (PRESTAZIONE A CARICO SSN)
 Paziente Esente: SI

Numero ricetta: 1200A
 Importo da Pagare: 0,0

Presentarsi presso: SAN CAMILLO
 Indirizzo: CIRCONE GIANICOLENSE, 57
 Unità diagnostica erogatrice delle prestazioni: OR-GASTROSCOPIE
 Localzione: PAD. FLAJANI SECONDO PIANO TEL. 0355563381

Prestazione	Data	Ora
45.16_0 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS) CON BIOPSIA	06-14/12/2023	08:30

Note di preparazione
 PRESENTARSI COMPLETAMENTE DIGIUNI ANCHE DI LIQUIDI DALLA SERA PRECEDENTE. SI INFORMA CHE IN CASO DI BIOPSIA, OCCORRERA' PER L'ESAME ISTOLOGICO, PAGARE IL TICKET CON IMPEDIMENTIVA REGIONALE O PAGARE L'ISTOLOGICO IN LIBERA PROFESSIONE



Il presente documento non costituisce alcuna fattura.
 Attenzione: per le prestazioni non eseguite, se non disdette almeno 3gg prima della data di effettuazione o presso della CUP Aziendale o numero verde regionale, sarà richiesto, anche agli esenti, il pagamento del ticket (DCA137/2013). Per i referti dagli esami effettuati, qualora non ritirati entro 30 gg, sarà richiesto, anche agli esenti, l'importo per intero della prestazione (Finanziata 2007) (art. 756 le Dec R).
 PRIVACY: Attestazione di avvenuta informativa e dell'acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali. Il consenso al trattamento dei dati personali serve a rivelare lo stato di salute dell'utente, nell'ambito della richiesta prestazione sanitaria e di quelle eventualmente correlate, e stato manifestato oralmente dall'interessato ai sensi di legge-art. 76, comma 1, lett. a), 62, comma 2, lett. a) del D.Lgs. n. 196/2003 - previa informativa dell'Azienda sul trattamento dei dati personali (art. 13 e 79 del D.Lgs. n. 196/2003) -
 AVVERTENZA: L'eventuale revoca del consenso al trattamento dei dati personali a rivelare lo stato di salute comporta l'impossibilità a fornire la prestazione sanitaria di cui alla presente prestazione.



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 29 di 52

Allegato 3 - Promemoria per effettuare il pagamento on line www.pagopa.gov.it , sul sito o con le app, sul territorio (punti SISAL) o Banca e altri canali (codice QR e codice interbancario CBILL)



Servizio Sanitario Nazionale

CAUSALE: CAUSALE: Prescrizione sanitaria CUP A.4936134823 del 12/12/2023

ENTE CREDITORE Cod. Fiscale 04733851089

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

DESTINATARIO AVVISO Cod. Fiscale [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]
88069

QUANTO E QUANDO PAGAREI

12,91 Euro **entro il 22/12/2023**

Può pagare in un'unica rata

L'importo è aggiornato automaticamente dal sistema e potrebbe subire variazioni per arrotondamenti, note di credito, indebiti di mora, sanzioni e interessi, ecc. Un operatore, il sito o l'app che usate o potrebbero quindi chiedere una cifra diversa da questa ed inviarla.

DOVE PAGARE? Lista dei canali di pagamento su www.pagopa.gov.it

PAGA SUL SITO O CON LE APP
dal tuo Ente Creditore, dalla tua Banca o dagli altri canali di pagamento. Puoi pagare con carte, conto corrente, CBILL.



PAGA SUL TERRITORIO
In Banca, in Ricevitoria, al Tabaccai, ai Carabinieri, al Supermercato. Puoi pagare in contanti, con carte o conto corrente.



Utilizza la porzione di avviso relativa al canale di pagamento che preferisci.

BANCHE E ALTRI CANALI

RATA UNICA entro il 22/12/2023

Qui al centro trovi il codice QR e il codice interbancario CBILL per pagare attraverso il circuito bancario e gli altri canali di pagamento attivati.



Destinatario: [REDACTED] Euro 12,91
Ente Creditore: Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
Oggetto del pagamento: Servizio Sanitario Nazionale
Codice CBILL: AX207 Codice Avviso: 0019 8123 8123 0479 27 Cod. Fiscale Ente Creditore: 04733851089

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 30 di 52

Allegato 4 - Richiesta consulenza esterna specialistica

ALLEGATO "A"2

DA: _____ Centro di costo c/c: _____

RICHIEDENTE: _____

RAGIONE SOCIALE: AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO - FORLANINI

INDIRIZZO: CIRCONVALLAZIONE GIANICOLENSE, 87 - 00152 Roma

PARTITA IVA: _____

A:

ISTITUTO CHE EFFETTUA LA PRESTAZIONE: _____

consulenza prestazione diagnostico-terapeutica

COGNOME E NOME	RICHIESTA

MEDICO RICHIEDENTE _____ DATA _____

FIRMA E TIMBRO DEL DIRETTORE SANITARIO
 DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'U.O. DELL'ISTITUTO
 CHE EFFETTUA LA PRESTAZIONE

PRESTAZIONI ESEGUITE IL: _____

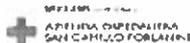
PRESTAZIONI ESEGUITE	IM_DRTO

FIRMA E TIMBRO DI CHI EFFETTUA LA PRESTAZIONE:

FIRMA E TIMBRO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO:



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 31 di 52

Allegato 5 - Promemoria con indicazione data/ora sede del ritiro del referto diagnostico

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI
Dipartimento delle Diagnostiche
UOC Diagnostica per Immagini 2 - Elezione

Placina per UTENZA ESTERNA

L'esame potrà essere ritirato

**DAL 5 GIORNO LAVORATIVO SUCCESSIVO L'ESAME
PRESSO L'ARCHIVIO RADIOLOGICO AZIENDALE DEL SAN CAMILLO
PADIGLIONE BUSI, PIANO TERRA, LATO DESTRO**

nei seguenti giorni:

DAL LUNEDI' AL SABATO dalle ore 8.00 alle 12.30
LUNEDI'- MERCOLEDI'- VENERDI' dalle ore 14.00 alle 18.00

dalla persona interessata con la presente ricevuta e un suo documento di riconoscimento valido oppure da terzi dietro presentazione di delega dell'interessato con copia del suo documento di riconoscimento valido e muniti del proprio documento di riconoscimento valido.

Si precisa che il Pomeriggio dei giorni 14 Agosto, 24 Dicembre e 31 Dicembre**il servizio non è disponibile.****DELEGA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/A a il

DOCUMENTO RILASCIATO il

DELEGA IL/LA SIG. JRA

AL RITIRO DEI SEGUENTI ESAMI DEL

FIRMA

Come da Legge 296/06 - Finanziaria 2007 i Pazienti che non ritirano l'esame entro 30 giorni dall'emissione, anche se esenti, saranno chiamati a pagare per intero la prestazione.

ETICHETTA

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 32 di 52

Allegato 6- Richiesta chiusura annuale

RICHIESTA CHIUSURA ANNUALE
ATTIVITA' AMBULATORIALE ANNO
DA INVIARE ENTRO IL 31 OTTOBRE DI OGNI ANNO

Al Responsabile UOSD Gestione Attività
 Ambulatoriali e Libera Professione
 Dott. F. Medici

UOC/UOSD _____

CHIUSURA ESTIVA:

DAL _____ AL _____

CHIUSURA NATALE:

DAL _____ AL _____

CHIUSURA PASQUA:

DAL _____ AL _____

CHIUSURA ALTRO:

MOTIVAZIONE (OBBLIGATORIA) _____

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

Le visite/prestazioni già esistenti al momento della chiusura da parte del Back-Office della presente richiesta dovranno essere comunque erogate. Il sottoscritto Dirigente medico si accerterà per tempo del buon esito della presente richiesta dell'autorizzazione.

Il Back-office non procederà alla richiesta di cui sopra in attesa dell'autorizzazione da parte del Responsabile della scrivente UOSD.

Il Direttore U.O.C./U.O.S.D

Dirigente Medico

N.O. Il Direttore U.O. S.D. Gestione

Attiv. Amb. e Libera Prof. ne

MODULO A



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 33 di 52

Allegato 7 - Richiesta chiusura/apertura/modifica/implementazione attività ambulatoriale



**RICHIESTA CHIUSURA/APERTURA/MODIFICA/IMPLEMENTAZIONE
 ATTIVITA' AMBULATORIALE**

**Al Responsabile UOSD Gestione Attività
 Ambulatoriali e Libera Professione**

Dott. F. Medici

UOC/UOSD _____

CHIUSURA:

DAL _____ AL _____

APERTURA:

DAL _____ AL _____

RIDUZIONE:

DAL _____ AL _____

MOTIVAZIONE (OBBLIGATORIA) _____

Le visite/prestazioni già esistenti al momento della chiusura/modifica da parte del Back-Office della presente richiesta dovranno essere comunque erogate. Il sottoscritto Dirigente medico si accerterà per tempo del buon esito della presente richiesta dell'autorizzazione.

Il Back-office non procederà alla richiesta di cui sopra in attesa dell'autorizzazione da parte del Responsabile della scrivente UOSD.

Il Direttore U.O.C./U.O.S.D

N.O. Il Direttore U.O.S.D. Gestione

Attiv. Amb.li e Libera Prof.ne

Il Dirigente Medico

MODULO B



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 34 di 52

Allegato 8 - Cartella clinica ambulatori chirurgici



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI



REGIONE
LAZIO

CARTELLA CLINICA

POLIAMBULATORIO PIASTRA

COGNOME _____

NOME _____

Data _____



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 35 di 52

COGNOME _____ NOME _____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

FARMACI D'USO ABITUALE _____

ALCOOL SI NO
TABACCO SI NO

DIETA _____

DATA ULTIMA MESTRUAZIONE _____ MENOPAUSA _____

ALLERGIE _____

INTOLLERANZA A FARMACI _____

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 36 di 52

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

IPERTENSIONE SI NO DIABETE SI NO
ULCERA PEPTICA SI NO NEOPLASIE SI NO
MAL. CARDIOV. SI NO PAT. TIROIDEA SI NO

MALATTIE INFETTIVE _____ PARESIS/PARALISI _____

TRAUMI _____ MALATTIE MENTALI _____

EPATITE _____ DISTURBI DEAMB. E LINGUAGGIO _____

INTERVENTI CHIRURGICI _____

Firma dell'interessato _____

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 37 di 52

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto/a Sig. _____ (paziente)
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Via/Piazza _____
C.F. _____ Tel _____

Essendo stato informato su:

- L'identità del titolare responsabile della protezione dei dati e dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalist) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
- La misura e delle modalità con le quali il trattamento avviene
- Le finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della mia salute e per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate;
- Il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiedere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
- Il diritto alla revoca del consenso.

Così come indicato nell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 3 del Regolamento UE 2016/679 con la sottoscrizione

ACCONSENTE

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e ss. Del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente ai fini di diagnosi e cura al Dott. _____,
secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata, nel rispetto delle linee guida di cui alla normativa, anche di carattere amministrativo, concernente l'emergenza sanitaria in atto (c.d. "Covid 19).
di cui ai Decreti Legge n. 18 e 23 del 2020, nonché alla regolamentazione di esecuzione di cui ai DPCM
"rationetemporis applicabili".

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data _____

Firma del Paziente

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 38 di 52

Allegato 9 - Consenso Informato

CONSENSO INFORMATO GENERALE ALLE CURE					
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a, a			il (GG/MM/AAAA)		
Documento d'identità		n.		del	
In qualità di:	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Rappresentante legale del/la sig /ra: _____				
DICHIARO LIBERAMENTE E IN PIENA CONSAPEVOLEZZA:					
<input type="checkbox"/> DI VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere ai fini della auspicata risoluzione del quadro sofferto <input type="checkbox"/> DI NON VOLER ESSERE INFORMATO sulle condizioni di salute e sui trattamenti da intraprendere, affidandomi totalmente alle competenze dell'equipe coordinata dal/la dott./dott.ssa: _____ al fine della auspicata risoluzione del quadro sofferto e quindi accettando le cure che l'equipe riterrà complessivamente di dover disporre; <input type="checkbox"/> DI AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni alle persone di seguito riportate:					
Nome e Cognome				Documento	
Nome e Cognome				Documento	
<input type="checkbox"/> DI NON AUTORIZZARE i curanti a trasmettere le informazioni ad altre persone.					
DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA DEL FATTO CHE:					
<ul style="list-style-type: none"> • sono stato ricoverato nel Reparto/DH _____ • ovvero che sono in un percorso di cura presso il DH/Ambulatorio: _____ • il motivo del ricovero/percorso di cura è legato alla necessità di accertamenti e cure per il trattamento della seguente patologia: _____ • ovvero dei seguenti disturbi principali: _____ • il medico referente per il mio ricovero/percorso di cura in questa fase è il/la dott./dott.ssa: _____ • il coordinatore infermieristico del Reparto/DH/Ambulatorio è il/la dott./dott.ssa: _____ • oltre al medico referente ed al coordinatore infermieristico, il responsabile e i medici del Reparto/DH/Ambulatorio sono disponibili, in orari stabiliti e comunicatimi dal coordinatore infermieristico, per fornire tutti i chiarimenti sull'andamento delle cure necessari al sottoscritto, nonché ai soli familiari e conoscenti da me espressamente delegati/autorizzati; • la visita medica è un momento diagnostico-terapeutico fondamentale ed è quindi assolutamente necessario che io rimanga nella stanza di degenza assegnatami durante gli orari stabiliti; • l'anamnesi è il racconto della mia malattia, dei miei sintomi/disturbi e di tutti i fatti di rilevanza medica della mia vita, anche di quelli lontani nel tempo e che però possono risultare importanti per la comprensione del quadro; l'anamnesi è completa se c'è piena disponibilità da parte mia a fornire tutte le informazioni; un'anamnesi completa può rappresentare la chiave per la soluzione del problema clinico per cui sono a ricovero; • durante il ricovero/percorso di cura potrò essere sottoposto ai seguenti accertamenti e trattamenti di routinaria applicazione: <ul style="list-style-type: none"> - visita medica (con ispezione corporale, percussione, palpazione ed auscultazione), condotta anche con l'ausilio di strumenti diagnostici (elettrocardiografo, ecografo, ecc.); - prelievi venosi, arteriosi, capillari; - campionamento di urine, feci, saliva od altro materiale biologico (es. da drenaggi); - tamponi; - esami ematochimici, colturali e sierologici; - rilevazione dei parametri vitali (pressione, temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria); - assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa secondo il piano di cura; 					



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 39 di 52

<ul style="list-style-type: none"> - assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa secondo il piano di cura; - terapia farmacologica somministrata secondo prescrizione medica; - medicazioni ed inserimenti di dispositivi medici di prima necessità (cateteri vescicali, agocannule, ecc.); applicazione/rimozione punti di sutura. <ul style="list-style-type: none"> • è importante che comunichi ai medici notizie relative ai farmaci che assumo abitualmente anche se si tratta soltanto di lassativi, antidolorifici o sciroppi per la tosse, allo scopo di rendere possibile la riconciliazione terapeutica in corso di ricovero; • è in ogni caso imprescindibile che aderisca alle prescrizioni igienico-comportamentali impartite dai curanti, essenziali anche allo scopo di ridurre il rischio di ulteriori patologie (tra cui le infezioni correlate all'assistenza e le lesioni da decubito) o di cadute accidentali; • tutte le informazioni che trasmetterò ai curanti ed al personale di assistenza e tutti i dati che i curanti ed il personale di assistenza ricaveranno dagli accertamenti e dai trattamenti che saranno eseguiti sulla mia persona sono riservati e coperti dal segreto professionale; potranno essere utilizzati per eventuali scopi di ricerca e studio, anche con finalità di pubblicazione su riviste scientifiche, ma solo nel rispetto della anonimizzazione; • le attività di assistenza e cura possono essere effettuate anche da personale medico specialista in formazione (cd. medico specializzando), con graduale acquisizione di autonomia, ma con riporto a medico strutturato con funzione di tutor; • durante il ricovero/percorso di cura, potrò essere sottoposto ad accertamenti e cure da parte dei curanti alla presenza di tirocinanti <p>Dichiaro inoltre di aver compreso le informazioni che mi sono state date e di essere stato/a informato/a della possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande di chiarimento al medico referente come pure di ricevere comunicazioni tempestive di eventuali variazioni del programma diagnostico-terapeutico routinario.</p> <p>Io stesso/a, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, se tecnicamente possibile, i trattamenti/atti ordinari propostimi, senza pregiudicare il rapporto con l'equipe di diagnosi, cura e assistenza.</p>			
AVENDO COMPRESO CHIARAMENTE QUANTO MI È STATO ILLUSTRATO, VOLONTARIAMENTE:			
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette; <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO a sottopormi alle cure ed alle indicazioni sopra dette.			
Firma dell'interessato			
Firma del medico			
NEL CASO IN CUI IL PAZIENTE SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATO A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (ove necessario)			
<p>Nel caso di mediazione culturale svolta da remoto (audio o video-chiamata) la sottoscrizione viene attestata dal medico che la richiede e che assiste alla chiamata o videochiamata</p> <p>Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduto, nel corso del quale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso <input type="checkbox"/> ho assistito, in qualità di medico, alla mediazione da remoto svolta dalla ditta cui la AOSCF ha affidato il servizio (secondo delibera di affidamento vigente) <p>L'attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dal paziente e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.</p>			
Nome Cognome ed estremi documento med. culturale		Firma	
Nominativo del medico che assiste alla mediazione culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 40 di 52

MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO (L. 22 dicembre 2017 n. 219) PERSONA CAPACE	
Gentile Signore/Signora (Nome e Cognome)	
Si è rivolto/a a questa struttura	AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI
Unità Operativa/DH/ambulatorio	
<p>per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.</p> <p>Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.</p> <p>Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.</p> <p>Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il presente modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, il cui scopo è quello di rendere edotto il paziente rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarlo in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.</p> <p>Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterla in condizione di orientarsi circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso; • la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia; • la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto; • il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla; • le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche. 	

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 41 di 52

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE - PERSONA CAPACE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
Nato/a a		Il (GG/MM/AAAA)	_ / _ / _ _
Documento d'identità		n.	del
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome dell'operatore)			
Alla presenza di: (Nome e Cognome degli operatori che partecipano al colloquio)			
Effettuato il (data e ora)		Relativamente al seguente atto sanitario proposto:	
DICHIRO CHE:			
<ul style="list-style-type: none"> ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle mie condizioni cliniche, sul trattamento proposto, i suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche e diagnostiche; ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio del foglio informativo specifico, che mi è stato consegnato e illustrato; sono stato informato sulle possibili complicanze, anche di natura infettiva, connesse alla procedura diagnostico/terapeutica, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche del singolo paziente; sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario correlato alla mia patologia o singoli atti del trattamento stesso generale e specifico e ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze illustrate nell'informativa specifica del trattamento proposto. 			
DICHIRO INOLTRE CHE:			
Ho un medico di famiglia/di fiducia:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì è il/la Dott./Dott.ssa: _____		
Il mio medico di famiglia/fiducia è al corrente del motivo del ricovero:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì		
Il mio medico di famiglia/fiducia mi ha fornito informazioni sul trattamento da eseguire:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì		



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 42 di 52

DICHIO CHE QUALSIASI INFORMAZIONE SUL MIO STATO CLINICO VENGA COMUNICATA A:			
<input type="checkbox"/> ME STESSO			
<input type="checkbox"/> ALLE PERSONE DI SEGUITO RIPORTATE:			
Nome e Cognome		Documento	
Nome e Cognome		Documento	
<input type="checkbox"/> NESSUNO. Non voglio ricevere informazioni e non voglio che nessun altro le riceva al posto mio.			
SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
<input type="checkbox"/> DELEGO quale familiare o persona di mia fiducia incaricata di esprimere il consenso in mia vece il/la sig./sig.ra			
(Compilare la sezione DELEGA ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE)			
<input type="checkbox"/> ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono stati illustrati nel colloquio informativo e nel foglio informativo eventualmente fornito;			
<input type="checkbox"/> ACCETTO quindi, liberamente e spontaneamente, di sottopormi alle indagini/trattamenti proposti dal medico/equipe, dei quali non intendo prendere visione né essere informato;			
<input type="checkbox"/> NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare anche (specificare): _____			
<input type="checkbox"/> DICHIO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.			
Firma dell'interessato			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI IL PAZIENTE SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATO A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (ove necessario)			
Nel caso di mediazione culturale svolta da remoto (audio o video-chiamata) la sottoscrizione viene attestata dal medico che la richiede e che assiste alla chiamata o videochiamata			
Dichio di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduto, nel corso del quale:			
<input type="checkbox"/> ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso			
<input type="checkbox"/> ho assistito, in qualità di medico, alla mediazione da remoto svolta dalla ditta cui la AOSCF ha affidato il servizio (secondo delibera di affidamento vigente)			
L'attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dal paziente e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento med. culturale		Firma	
Nominativo del medico che assiste alla mediazione culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 43 di 52

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO ESPRESSO DAL DELEGATO – PERSONA CAPACE					
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a:		il (GG/MM/AAAA)			_ / _ / _
Documento d'identità		n.		del	_ / _ / _
In qualità di DELEGATO del sig./sig.ra					
<input type="checkbox"/> ACCETTO liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata;					
<input type="checkbox"/> NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare anche (specificare): _____ _____ _____					
<input type="checkbox"/> DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.					
Firma del delegato					
Firma del medico					
Firma degli operatori presenti					
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (ove necessario)					
Nel caso di mediazione culturale svolta da remoto (audio o video-chiamata) la sottoscrizione viene attestata dal medico che la richiede e che assiste alla chiamata o videochiamata Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduto, nel corso del quale:					
<input type="checkbox"/> ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso <input type="checkbox"/> ho assistito, in qualità di medico, alla mediazione da remoto svolta dalla ditta cui la AOSCF ha affidato il servizio (secondo delibera di affidamento vigente)					
L'attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dal paziente e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.					
Nome Cognome ed estremi documento med. culturale			Firma		
Nominativo del medico che assiste alla mediazione culturale			Firma		
Data e ora di acquisizione del consenso					



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 44 di 52

REVOCA DEL CONSENSO – PERSONA CAPACE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)			
IN QUALITÀ DI:			
<input type="checkbox"/> INTERESSATO <input type="checkbox"/> DELEGATO			
INFORMATO			
dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):			
<hr/> <hr/>			
IN RELAZIONE AL CONSENSO			
Sottoscritto il (data)		Relativamente al seguente atto sanitario proposto:	
<hr/>			
DICHIARO			
LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA DI VOLER			
<input checked="" type="checkbox"/> REVOCARE IL CONSENSO			
Firma dell'interessato			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI IL PAZIENTE SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATO A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (ove necessario)			
Nel caso di mediazione culturale svolta da remoto (audio o video-chiamata) la sottoscrizione viene attestata dal medico che la richiede e che assiste alla chiamata o videochiamata			
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduto, nel corso del quale			
<input type="checkbox"/> ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso <input type="checkbox"/> ho assistito, in qualità di medico, alla mediazione da remoto svolta dalla ditta cui la AOSCF ha affidato il servizio (secondo delibera di affidamento vigente)			
L'attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dal paziente e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento med. culturale		Firma	
Nominativo del medico che assiste alla mediazione culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 45 di 52

**MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO
 DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO**

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

PERSONA INCAPACE

NB: il paziente in amministrazione di sostegno **SENZA** poteri di assistenza o rappresentanza in ambito sanitario, deve compilare il consenso per persona capace.

Gentile Signore/Signora (Nome e Cognome)		
Si è rivolto/a a questa struttura	AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI	
Unità Operativa/DH/ambulatorio		

per sottoporsi ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirLe ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbia compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.

Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui si sta affidando, avuto riguardo di quanto ci ha riferito circa le sue convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Ove non volesse ricevere tutte o in parte le informazioni sul suo stato di salute e su quanto connesso ai rischi relativi agli accertamenti e alle cure, può indicare una persona idonea a riceverle oppure decidere di non ricevere ulteriori informazioni.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che Lei o chi per Lei titolato sottoscriva il presente modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura di un foglio informativo, il cui scopo è quello di rendere edotto il paziente rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarlo in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che Le sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di metterLa in condizione di orientarsi circa:

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al suo caso;
- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di sua fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che le offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche.

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 46 di 52

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE - PERSONA INCAPACE				
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)				
Nato/a a:		II (GG/MM/AAAA)	_/_/___	
Documento d'identità		n.		del _/_/___
Impossibilitato a rispondere	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare il motivo)			
E io sottoscritto (Nome e Cognome)				
Nato/a		II (GG/MM/AAAA)	_/_/___	
Documento d'identità		n.		del _/_/___
In qualità di	<input type="checkbox"/> Tutore (n. decreto: _____) <input type="checkbox"/> Curatore (n. decreto: _____) <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto: _____) <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA <input type="checkbox"/> ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto: _____)			
Con riferimento al colloquio con (nome e cognome dell'operatore)				
Alla presenza di: (Nome e Cognome degli operatori che partecipano al colloquio)				
II (GG/MM/AAAA)	_/_/___	Relativamente al seguente atto sanitario proposto:		
DICHIARO CHE				
<ul style="list-style-type: none"> ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle mie condizioni cliniche, sul trattamento proposto, i suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche e diagnostiche; ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio del foglio informativo specifico, che mi è stato consegnato e spiegato con debito anticipo; sono stato informato sulle possibili complicanze, anche di natura infettiva, connesse alla procedura diagnostico/terapeutica, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche della singola persona assistita; sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario correlato alla mia patologia o singoli atti del trattamento stesso generale e specifico e ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze illustrate nell'informativa specifica del trattamento proposto. 				



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 47 di 52

DICHIARO INOLTRE CHE IL SOGGETTO INCAPACE DI AGIRE:			
Ha un medico di famiglia/di fiducia:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì è il/la Dott./Dott.ssa:	
Il medico di famiglia/fiducia è al corrente del motivo del ricovero:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì	
Il medico di famiglia/fiducia mi ha fornito informazioni sul trattamento da eseguire:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì	
SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA INCAPACE			
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome dell'Amministratore di sostegno)			
In qualità di	<input type="checkbox"/> Tutore (n. decreto: _____) <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto: _____) <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto: _____) <input type="checkbox"/> Curatore (n. decreto: _____)		
<input type="checkbox"/> ACCETTO quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento che mi è stato proposto e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata; <input type="checkbox"/> NON ACCETTO, anche dopo supporto psicologico, ben consapevole dei rischi che comporta il rifiuto delle cure che può comportare anche (specificare): _____ e della possibilità, in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione. <input type="checkbox"/> DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.			
Firma dell'interessato			
Firma dell'Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore			
Firma del medico			
Firma degli operatori presenti			
NEL CASO IN CUI IL PAZIENTE SIA FISICAMENTE IMPOSSIBILITATO A FIRMARE			
Nome Cognome ed estremi documento testimone 1		Firma	
Nome Cognome ed estremi documento testimone 2		Firma	
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (ove necessario)			
Nel caso di mediazione culturale svolta da remoto (audio o video-chiamata) la sottoscrizione viene attestata dal medico che la richiede e che assiste alla chiamata o videochiamata Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduto, nel corso del quale: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso <input type="checkbox"/> ho assistito, in qualità di medico, alla mediazione da remoto svolta dalla ditta cui la AQSCF ha affidato il servizio (secondo delibera di affidamento vigente) L'attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dal paziente e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.			
Nome Cognome ed estremi documento med. culturale		Firma	
Nominativo del medico che assiste alla mediazione culturale		Firma	
Data e ora di acquisizione del consenso			



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 48 di 52

REVOCA DEL CONSENSO – PERSONA INCAPACE		
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		
IN QUALITÀ DI:		
<input type="checkbox"/> Tutore (n. decreto: _____)		
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno con poteri di ASSISTENZA in ambito sanitario (n. decreto: _____)		
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno con poteri di RAPPRESENTANZA ESCLUSIVA in ambito sanitario (n. decreto: _____)		
<input type="checkbox"/> Curatore (n. decreto: _____)		
Della persona assistita (Nome e Cognome)		
INFORMATO		
<input type="checkbox"/> dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare):		
<input type="checkbox"/> della possibilità in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione,		
IN RELAZIONE AL CONSENSO		
Sottoscritto il (data)		Relativamente al seguente atto sanitario proposto:
DICHIARO		
LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA DI VOLER		
<input checked="" type="checkbox"/> REVOCARRE IL CONSENSO		
Firma della persona assistita		
Firma del dichiarante		
Firma del medico		
Firma degli operatori presenti		
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)		
<p>Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dal paziente e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.</p>		
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma
Data e ora		



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 49 di 52

**MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO
DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO/ATTO SANITARIO**

(L. 22 dicembre 2017 n. 219)

PERSONA MINORE

Gentile Signora e Signore (Nome e Cognome)	
Si è rivolto/a a questa struttura	AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI
Unità Operativa/DH/ambulatorio	

per sottoporre vostro/a figlio/a ad esami diagnostici, cure ed assistenza sanitaria. Per questo motivo è necessario fornirvi ogni informazione utile per decidere se acconsentire al percorso di diagnosi e cura proposto. Tale percorso potrà essere iniziato solo dopo che ne abbiate compreso i motivi e sottoscritto lo specifico consenso.

Le informazioni sono finalizzate anche a rafforzare l'alleanza terapeutica con i componenti dell'equipe sanitaria a cui vi state affidando, avuto riguardo di quanto riferito circa le vostre convinzioni ed orientamenti sulle scelte in tema di cure.

Per procedere con gli accertamenti e le cure è importante che sottoscriviate il presente modulo di consenso informato a conclusione del colloquio informativo, che può essere stato accompagnato dalla fornitura di un foglio informativo, il cui scopo è quello di rendere edotto il paziente rispetto alle sue condizioni di salute e di aggiornarlo in modo completo riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e/o dei trattamenti sanitari proposti, nonché riguardo alle possibili alternative ed alle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Le informazioni che sono state fornite durante il colloquio ed eventualmente riportate nel foglio informativo hanno l'obiettivo di mettervi in condizione di orientarsi circa:

- la scelta tra le diverse opzioni di trattamento e di assistenza appropriate al caso;
- la facoltà di acquisire, eventualmente, ulteriori pareri di sanitari di vostra fiducia;
- la facoltà di scegliere un'altra struttura sanitaria che offra opzioni e condizioni diverse del trattamento proposto;
- il diritto di rifiutare, con consapevolezza delle conseguenze, gli interventi invasivi o la terapia, e/o di decidere di interromperla;
- le normali sequele anatomiche e funzionali da affrontare connesse al trattamento e/o al decorso post-operatorio e riabilitativo, nonché le eventuali complicazioni prevedibili e non del tutto prevenibili, il cui rischio di accadimento è talora aumentato in base alle personali condizioni cliniche.



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 50 di 52

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE - PERSONA MINORE				
Minore (Nome e Cognome)				
Nato/a, a		II (GG/MM/AAAA)	_/_/_	
Documento d'identità		n.		del
ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE				
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)				
Nato/a a		II (GG/MM/AAAA)	_/_/_	
Documento d'identità		n.		del
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)				
Nato/a, a		II (GG/MM/AAAA)	_/_/_	
Documento d'identità		n.		del
TUTORE/CURATORE				
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)				
Nato/a, a		II (GG/MM/AAAA)	_/_/_	
Documento d'identità		n.		del
In qualità di TUTORE/CURATORE	n. decreto: _____			
Con riferimento al colloquio con: (Nome e Cognome dell'operatore)				
Alla presenza di: (Nome e Cognome degli operatori che partecipano al colloquio)				
Effettuato in data: (GG/MM/AAAA)	_/_/_	Relativamente al seguente atto sanitario proposto:		
DICHIARO/DICHIARIAMO CHE				
<ul style="list-style-type: none"> • ho ricevuto informazioni chiare e complete sulle condizioni cliniche del minore, sul trattamento proposto, i suoi potenziali benefici, eventuali rischi e complicanze, nonché sulle alternative terapeutiche e diagnostiche; • ho avuto la possibilità di riflettere sul trattamento proposto anche con l'ausilio del foglio informativo specifico, che mi è stato consegnato e spiegato con debito anticipo; • sono stato informato sulle possibili complicanze, anche di natura infettiva connesse alla procedura diagnostico/terapeutica, alla loro incidenza anche in rapporto alle condizioni specifiche del singolo paziente; • sono stato informato che ho la facoltà di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario correlato alla patologia o singoli atti del trattamento stesso generale e specifico e ho capito che tale rifiuto potrebbe comportare delle conseguenze illustrate nell'informativa specifica del trattamento proposto. 				

Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 51 di 52

DICHIARO/DICHIARIAMO INOLTRE CHE IL MINORE:		
Ha un pediatra di libera scelta/di fiducia:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì è il/la Dott./Dott.ssa: _____	
Il pediatra di libera scelta /fiducia è al corrente del motivo del ricovero:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	
Il pediatra di libera scelta /fiducia ha fornito informazioni sul trattamento da eseguire:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	
SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO – PERSONA MINORE		
NB: in caso di nomina del tutore/curatore, è solo questo che deve firmare il consenso		
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		
In qualità di TUTORE/CURATORE	n. decreto: _____	
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la responsabilità genitoriale
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la responsabilità genitoriale
<input type="checkbox"/> ACCETTO quindi, liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, preso atto della situazione illustrata, il trattamento proposto e i cui dettagli sono riportati nell'informativa specifica allegata;		
<input type="checkbox"/> NON ACCETTO, ben consapevole dei rischi che può comportare il rifiuto delle cure e della possibilità, in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione, nell'interesse del minore		
<input type="checkbox"/> DICHIARO inoltre di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento del trattamento.		
Firma del Tutore		
Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale		
Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale		
Firma del medico		
Firma degli operatori presenti		
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (ove necessario)		
Nel caso di mediazione culturale svolta da remoto (audio o video-chiamata) la sottoscrizione viene attestata dal medico che la richiede e che assiste alla chiamata o videochiamata		
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduto, nel corso del quale:		
<input type="checkbox"/> ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso		
<input type="checkbox"/> ho assistito, in qualità di medico alla mediazione da remoto svolta dalla ditta cui la AOSCF ha affidato il servizio (secondo delibera di affidamento vigente)		
L'attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dal paziente e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.		
Nome Cognome ed estremi documento med. culturale		Firma
Nominativo del medico che assiste alla mediazione culturale		Firma
Data e ora di acquisizione del consenso		



Procedura:	GESTIONE DELLE ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIALI ISTITUZIONALI	Rev. 01 del 04/04/2024
Cod. Doc.: PG/901/SODS07/24/01		Pag. 52 di 52

REVOCA DEL CONSENSO – PERSONA MINORE		
<small>NB: in caso di nomina del tutore/curatore, è solo questo che deve firmare il consenso</small>		
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la responsabilità genitoriale
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		In qualità di esercente la responsabilità genitoriale
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)		
In qualità di TUTORE/CURATORE	n. decreto: _____	
INFORMATO		
<input type="checkbox"/> dei rischi che la mia decisione comporta e che il rifiuto delle cure che può condurre fino a (specificare): _____ _____ _____		
<input type="checkbox"/> della possibilità in caso di parere contrario, qualora le cure siano ritenute dal medico appropriate e necessarie, di ricorrere al giudice tutelare per la decisione,		
IN RELAZIONE AL CONSENSO		
Sottoscritto il (data)		Relativamente al seguente atto sanitario proposto:
DICHIARO		
LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA DI VOLER <input type="checkbox"/> REVOCARRE IL CONSENSO		
Firma del Tutore		
Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale		
Firma dell'esercente la responsabilità genitoriale		
Firma del medico		
Firma degli operatori presenti		
PARTE RISERVATA AL MEDIATORE CULTURALE (se presente)		
Dichiaro di aver assistito alla sottoscrizione del modulo di consenso e al colloquio informativo che l'ha preceduta, nel corso del quale ho svolto attività di mediazione traducendo fedelmente i contenuti del colloquio stesso. La mia attività di traduzione si è concretizzata anche nel rivolgere ai medici le domande formulate dal paziente e/o dai familiari e nel tradurre fedelmente le risposte, nonché nella lettura del presente documento.		
Nome Cognome ed estremi documento mediatore culturale		Firma
Data e ora di acquisizione del consenso		