

PROGETTO

CareConnect Pro

DOCUMENTO DI SPECIFICA DEI CASI D'USO



Versione 1.3
Data: 07/01/2026

Redatto da:
Agnese Pinto
Darlis Morillo Mendoza
Sara Domenica Sapone

Caso d'uso 1: Gestione Utenze e Accessi

Descrizione breve: L'Amministratore effettua la registrazione dei dipendenti inserendo i loro dati personali. Dopo aver creato il profilo, il dipendente può effettuare il login, inserendo come nome utente il suo codice fiscale e utilizzando la password impostata durante la registrazione.

Attori primari: Amministratore, Medico, Infermiere.

Stakeholders:

- Amministratore: figura responsabile della gestione del sistema, con il compito di registrare nuovi utenti Dipendenti, assegnare le credenziali di accesso ed eliminare i profili. Può accedere alla piattaforma come gli altri dipendenti, effettuando il login attraverso nome utente e password. Ha interesse che il processo di registrazione e autenticazione sia corretto, sicuro e funzionale.
- Dipendente Medico e Infermiere: utenti del sistema che, tramite le credenziali fornite dall'Amministratore, accedono ai servizi e alle funzionalità della piattaforma, utili allo svolgimento del loro lavoro. Hanno interesse che la registrazione e il login siano affidabili, per poter operare in modo efficiente.

Precondizioni: gli utenti Paziente sono inseriti a priori. Affinché siano modificate le informazioni ad essi associate è necessario contattare l'Amministratore.

Sequenza degli eventi principali:

Scenario A: Registrazione

1. L'Amministratore inserisce i dati personali richiesti per eseguire la registrazione.
2. L'Amministratore imposta una password, in modo che rispetti i criteri base di sicurezza.
3. L'Amministratore conferma la registrazione.

Scenario B: Login

1. Il Dipendente inserisce le credenziali di accesso (username e password).
2. Il sistema verifica che le credenziali siano corrette.
3. Il sistema autorizza l'accesso.

Sequenza di eventi alternativi:

Scenario A: Credenziali Errate

1. L'Utente inserisce delle credenziali di accesso che non sono associate a nessun Dipendente.
2. Il sistema nega l'accesso al Dipendente.

Post-condizioni: il Dipendente risulta registrato nel sistema e può accedere ai servizi e alle funzionalità a lui dedicate.

Caso d'uso 2: Gestione piano terapeutico

Descrizione breve: il Medico utilizza la piattaforma per gestire il piano terapeutico dei pazienti, modificandone il contenuto in base alle condizioni cliniche correnti, al fine di garantire una corretta continuità assistenziale.

Attori primari: Medico.

Stakeholders:

- Medico: responsabile della definizione e dell'aggiornamento del piano terapeutico dei pazienti, necessita di uno strumento affidabile ed efficiente per la gestione delle terapie.
- Infermiere: utilizza il piano terapeutico, aggiornato dal Medico, per la corretta somministrazione delle terapie.
- Paziente: interessato a un piano terapeutico sempre coerente con il proprio stato di salute.

Precondizioni:

- Il Medico deve aver effettuato il login nel sistema.
- I pazienti devono essere registrati nel sistema.
- Il profilo del paziente deve disporre di un piano terapeutico a loro associato.

Sequenza degli eventi principali:

Scenario A: Inserimento nuova terapia

1. Il Medico visualizza il piano terapeutico corrente del paziente.
2. Il Medico aggiunge una nuova terapia.
3. Il Medico inserisce le informazioni relative alla nuova terapia.
4. Il Sistema valida le modifiche apportate.
5. Il Sistema aggiorna il piano terapeutico del paziente.
6. Il Sistema rende le nuove terapie visibili nel piano di lavoro del personale infermieristico.

Sequenza di eventi alternativi :

Scenario A: Inserimento dati incompleti

1. I dati utilizzati per l'inserimento o l'aggiornamento di una terapia sono insufficienti a soddisfare le richieste.
2. Il sistema segnala l'errore al Medico.
3. Il sistema non salva la terapia.

Scenario B: Cancellazione della terapia

1. Il Medico seleziona una terapia esistente.
2. Il Medico elimina la terapia dal piano terapeutico.
3. Il sistema elimina la terapia dal piano terapeutico.
4. Il sistema aggiorna il piano terapeutico del paziente.

Post-condizioni:

- Il piano terapeutico del paziente è aggiornato in modo coerente con le modifiche effettuate.
- Le modifiche validate sono salvate nel sistema.
- Le modifiche effettuate sono immediatamente visibili nel piano di lavoro degli Infermieri.
- In caso di inserimento incompleto dei dati, il piano terapeutico resta invariato.

Caso d'uso 3: Gestione e Somministrazione Terapie

Descrizione breve: L'Infermiere accede al piano di lavoro delle attività pianificate per il turno corrente, visualizza i dettagli delle prescrizioni e ne registra l'esito (Eseguita o Non Eseguita). Il sistema guida L'Infermiere dalla presa in carico fino alla validazione finale.

Attori primari: Infermiere.

Stakeholders:

- Infermiere: Necessita di una lista di lavoro chiara per evitare errori di omissione o doppia somministrazione.
- Medico: Richiede la certezza che la terapia prescritta sia stata effettivamente erogata.
- Paziente: Ha diritto alla sicurezza e alla puntualità delle cure.

Precondizioni:

- L'Infermiere deve essere autenticato nel sistema.
- Devono esistere prescrizioni attive pianificate per lo slot di somministrazione corrente.

Sequenza degli eventi principali:

Scenario A: Somministrazione Terapia

1. L'Infermiere accede al piano di lavoro giornaliero.
2. Il sistema recupera le informazioni e presenta la lista delle attività mostrando per ogni riga: Paziente, Terapia e Orario.
3. L'Infermiere consulta l'elenco e seleziona la specifica attività da eseguire.
4. Il sistema espande la riga selezionata mostrando i dettagli di sicurezza (principio attivo, dosaggio, note).
5. L'Infermiere somministra fisicamente il farmaco al paziente.
6. L'Infermiere conferma l'avvenuta somministrazione nel sistema.
7. Il sistema aggiorna lo stato in "Eseguita", registra il timestamp e rimuove l'attività dalla lista delle cose da fare.

Sequenza di eventi alternativi:

Scenario A: Terapia Non Eseguita

1. Il paziente rifiuta il farmaco o vi è un impedimento clinico alla somministrazione.
2. L'Infermiere seleziona l'opzione "Segnala Non Esecuzione".
3. Il sistema richiede l'inserimento obbligatorio della motivazione.
4. Il sistema salva lo stato come "Non Eseguita", storicizza l'evento nel diario clinico e rimuove il task dalla lista.

Scenario B: Lista Vuota

1. L'Infermiere accede al piano di lavoro ma non ci sono terapie previste per il turno.
2. Il sistema visualizza il messaggio informativo "Nessuna attività programmata" e mostra la lista vuota.

Post-condizioni:

- Il database registra l'esito definitivo dell'azione (Eseguita/Non Eseguita), garantendo la tracciabilità completa dell'operato infermieristico.

Caso d'uso 4: Monitoraggio Parametri e Diario Clinico

Descrizione breve: L'Infermiere aggiorna la cartella clinica digitale inserendo i parametri vitali ed eventuali note sull'andamento del paziente, indipendentemente dalla somministrazione dei farmaci.

Attori primari: Infermiere.

Stakeholders:

- Medico: Utilizza i dati per valutare il decorso clinico (es. curve della temperatura).
- Infermiere: Consulta il diario per le consegne e per proseguire con l'assistenza.

Precondizioni:

- L'Infermiere ha selezionato la scheda di uno specifico paziente dall'elenco dei degenzi.

Sequenza degli eventi principali:

Scenario A: Registrazione Parametri Vitali

1. L'Infermiere apre la scheda "Diario e Parametri" del paziente.
2. Il sistema mostra il form dell'inserimento. L'Infermiere inserisce i parametri vitali rilevati (Pressione, Temperatura, ...) e/o redige note testuali.
3. L'Infermiere conferma nel sistema l'inserimento.
4. Il sistema verifica il formato dei dati, li salva nello storico del diario clinico, rendendo le nuove informazioni già disponibili al Medico per il monitoraggio del paziente e eventuali modifiche o del piano terapeutico.

Sequenza di eventi alternativi:

Scenario A: Alert Valori Critici

1. L'Infermiere inserisce un valore fuori dai range di sicurezza (es. Febbre > 39°C).
2. Il sistema rileva l'anomalia prima del salvataggio definitivo.
3. Il sistema blocca il flusso e mostra un Alert Visivo (Avviso di Sicurezza) per segnalare la criticità.
4. L'Infermiere deve confermare la presa visione dell'allarme per procedere al salvataggio.

Post-condizioni:

- I nuovi dati sono registrati nel database e immediatamente disponibili per la consultazione da parte dell'equipe medica.