Brescia, 7 giugno 2013

La Cartella clinica Elettronica
Prime esperienze

Gian Battista Tura, Orazio Zanetti

IRCCS, Centro S.Giovanni di Dio - Fatebenefratelli, Brescia

Brescia, 7 giugno 2013

La Cartella clinica Elettronica
Prime esperienze

Sommario

- La cornice (riferimenti storico-normativi)

- L'applicazione della CCE all'IRCCS centro S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Brescia

- Conclusioni

Brescia, 7 giugno 2013

La Cartella clinica Elettronica
Prime esperienze

Sommario

- La cornice (riferimenti storico-normativi)

- L'applicazione della CCE all'IRCCS centro S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Brescia

- Conclusioni

L'obbligo della cartella clinica cartacea in Italia nasce per il decreto legislativo 6972 del 1890, che consente l'assistenza ospedaliera per i poveri, in caso di patologie acute, traumi e parti.
Nel 1899 a Roma, presso il Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali si definisce “scheda cubicolare” il primo prototipo standard (dati personali, diagnosi, terapia, note). Nel 1909 (con il R.D. n.615) compare l'obbligo di comunicazione giudiziaria dei dati da parte degli ospedali psichiatrici.

Rossi Mori A., Maceratini R., 2009

Nel 1938, il R.D. 1631 sancisce che il primario cura la regolare tenuta delle cartelle cliniche.
Infine, con il D.P.R. 128 del 1969, il primario è anche responsabile della iniziale conservazione delle cartelle cliniche; il controllo, la conservazione, la certificazione e la diffusione competono alla Direzione Sanitaria (responsabile quindi del trattamento dei dati).
La cartella clinica è quindi inizialmente uno strumento informativo ospedaliero con finalità tutoriali, scientifiche, di audit clinico e medico-legale.

Rossi Mori A., Maceratini R., 2009

Negli Stati Uniti, è stato pubblicato nel 1991 un rapporto della National Academy of Science (Institute of Medicine), commissionato dal Congresso, in cui un Comitato di esperti statunitensi arrivava alla conclusione che una cartella clinica elettronica (Computer-based Patient Record - CPR) rappresenta “una tecnologia essenziale per la sanità”, e quindi proponeva una serie di raccomandazioni per una sua rapida realizzazione.

Rossi Mori A., Maceratini R., 2009

Come conseguenza, è stato fondato un Istituto per la cartella clinica elettronica (Computerbased Patient Record Institute - CPRI), con il contributo di finanziamenti pubblici e privati (industrie e associazioni professionali); oramai tutti i principali ospedali si sono dotati di un HIM (Department of Health Information Management), con lo scopo di ridefinire ruoli strategici, esecutivi e gestionali per il trattamento automatico dell'informazione sanitaria.

Rossi Mori A., Maceratini R., 2009

"CPR-Workshop" (IX Congresso Internazionale di Informatica Medica, Seoul, Agosto 1998).

· *La cartella clinica elettronica è un approccio, non un prodotto* (manca tuttora una comune definizione, non è ancora chiara la differenza tra sistemi informativi clinici e sofisticate cartelle cliniche specialistiche);
· *La tecnologia è un'opportunità, non un vettore* (l'hardware ed il software disponibili sono ancora inadeguati alle neccessità, i costi di alcuni sistemi sono molto elevati, vi è limitata disponibilità per le soluzioni ottimali; gli standard non sono ancora completi e definitivi, ma notevoli progressi sono in corso per standard di connetività);
· *L'aspetto fondamentale è l'uomo, non la tecnologia* (l'innovazione tecnologica è determinata dall'eccellenza del fattore umano: fondamentale l'apporto della psicologia cognitiva e del comportamento organizzativo);
· *Il sistema deve essere sicuro* (security, confidentiality e privacy sono le parole chiave dei sistemi che vengono richiesti alle industrie in tutti i continenti) e
· Occorre un "identicatore unico del paziente", lo sviluppo sia delle smart cards che della telematica; nomenclature e terminologia standard; promozione della "evidence-based medicine".

2012 LA SVOLTA EPOCALE

Verso una nuova ERA

In arrivo la cartella clinica elettronica: è quanto prevede un emendamento al dl Semplificazioni approvato dalle commissioni Affari Costituzionali e Attività produttive della Camera. "Nei piani di sanità nazionali e regionali - si legge nell'emendamento - si privilegia la gestione elettronica delle pratiche cliniche attraverso l'utilizzo della cartella clinica elettronica". Uguale criterio sarà applicato ai sistemi di prenotazione elettronica con lo scopo di rendere più facile l'accessibilità alle strutture sanitarie e di contenere i costi.

Emendamento al Decreto Balduzzi sulle semplificazioni (6 marzo 2012)

"Consente l'implementazione di una sanità europea senza frontiere", migliora "efficacia, efficienza e appropriatezza e riduce la spesa sanitaria". Questi i vantaggi della sanità elettronica secondo il ministro della Salute Renato Balduzzi che ha partecipato a Copenaghen alla eHealth Conference 2012.

… Sposta il focus dall'ospedale, che rimane luogo di elezione per l'accesso alle cure ad alta intensità e specializzazione, al territorio, rendendo possibile l'assistenza anche da località disagiate. Migliora efficacia, efficienza e appropriatezza e riduce la spesa sanitaria".

Per Balduzzi l'eHealth "rappresenta un pilastro fondamentale del processo di innovazione dei processi di cura e di riabilitazione in quanto consente al cittadino di portare con sé ovunque si trovi la propria storia clinica e di fruire conseguentemente di un'assistenza sanitaria il più possibile personalizzata”. …

Il decreto semplificazioni e la cartella clinica elettronica

CON L'EMENDAMENTO DEL 06/03/2012 AL DECRETO SEMPLIFICAZIONI, LA SANITÀ DIGITALE SEMBRA ESSERE DIETRO L'ANGOLO. È STATA INFATTI INTRODOTTA LA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA COME CHIAVE DI VOLTA DI UN SISTEMA DI NETWORKING SANITARIO, CHE VEDRÀ DIFFONDERSI ANCHE LA PRATICA DELLA TELEMEDICINA.

L'INTRODUZIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA PORTERÀ INDUBBI VANTAGGI ANCHE SUL FRONTE AMMINISTRATIVO. GLI ISTITUTI SANITARI, GLI AMBULATORI E I MEDICI, POTRANNO COSÌ ACCEDERE IN TEMPO REALE ALLA STORIA CLINICA DEL PAZIENTE, SENZA DOVER GESTIRE NUMEROSI E INGOMBRANTI ARCHIVI CARTACEI. (7 marzo 2012)

James J. Cimino, MD

JAMA, March 13, 2013—Vol 309, No. 10 991

Author Affiliations: Laboratory for Informatics Development, National Institutes of Health Clinical Center, Bethesda, Maryland.

Improving the Electronic Health Record—Are Clinicians Getting What They Wished For?

PLEAS FOR IMPROVEMENT IN PATIENT HEALTH RECords date back to Florence Nightingale[1] and have persisted well into the 21st century. Computer-based records, currently referred to as electronic health records (EHRs), have been proposed as a means for improving availability, legibility, and completeness of patient information. EHRs have been commercially available since the 1970s, but their adoption has become widespread only recently, driven in part by financial encouragement ($27 billion worth) from the Office of the National Coordinator for Health Information Technology. Today, almost 3 of 4 physicians report using EHRs.[2] With this increase in adoption, the medical community is now beginning to appreciate both the promise and perils of "going electronic."

The documentation functions are, in a way, automated versions of an antiquated model. The documentation functions in EHRs are designed to replicate problem-based medical records.[5,6] Accomplishing this on paper requires find-

On the positive side, EHRs offer clinicians functions that could never be achieved with paper records. For example, computer-based clinical decision support systems that provide warnings about drug interactions, monitor the emergence of dangerous data trends, and provide reminders about health maintenance tasks have been available for decades.

This vision of computers capturing clinical reasoning is not new, nor is the importance of moving beyond the idea of EHRs as just sophisticated record keepers.[9] EHRs had to

JAMA 2013

Rather than complain about the challenges they have introduced, clinicians should recognize that current EHRs are illuminating the opportunities for the next generation of systems that will support clinicians as active partners across the spectrum of health care settings and tasks. The resulting improvements in documentation will, in turn, support patients, administrators, and researchers as we move towards a true learning health system.

JAMA 2013

Dicembre

© 2012 American Neurological Association

Electronic Medical Records and the Academic Neurologist: When Carrots Turn Into Sticks

Many neurologists will look back and fondly remember 2012 as a year of great advances in neuroscience and clinical therapeutics. Once again the pace of discovery, evident in each issue of the *Annals*, has been downright staggering. However, in our department, and perhaps some of yours, most of us will instead remember 2012 as the year when we implemented the electronic medical record (EMR). What was once rewarded financially as a sign of a progressive hospital embracing technology in the name of improving patient care (a carrot) has increasingly become rushed into existence in many health care systems due to impending government-imposed penalties for failure to implement an EMR system (a stick).

S. Andrew Josephson, MD
S. Claiborne Johnston, MD, PhD
Stephen L. Hauser, MD
Editors

Dicembre

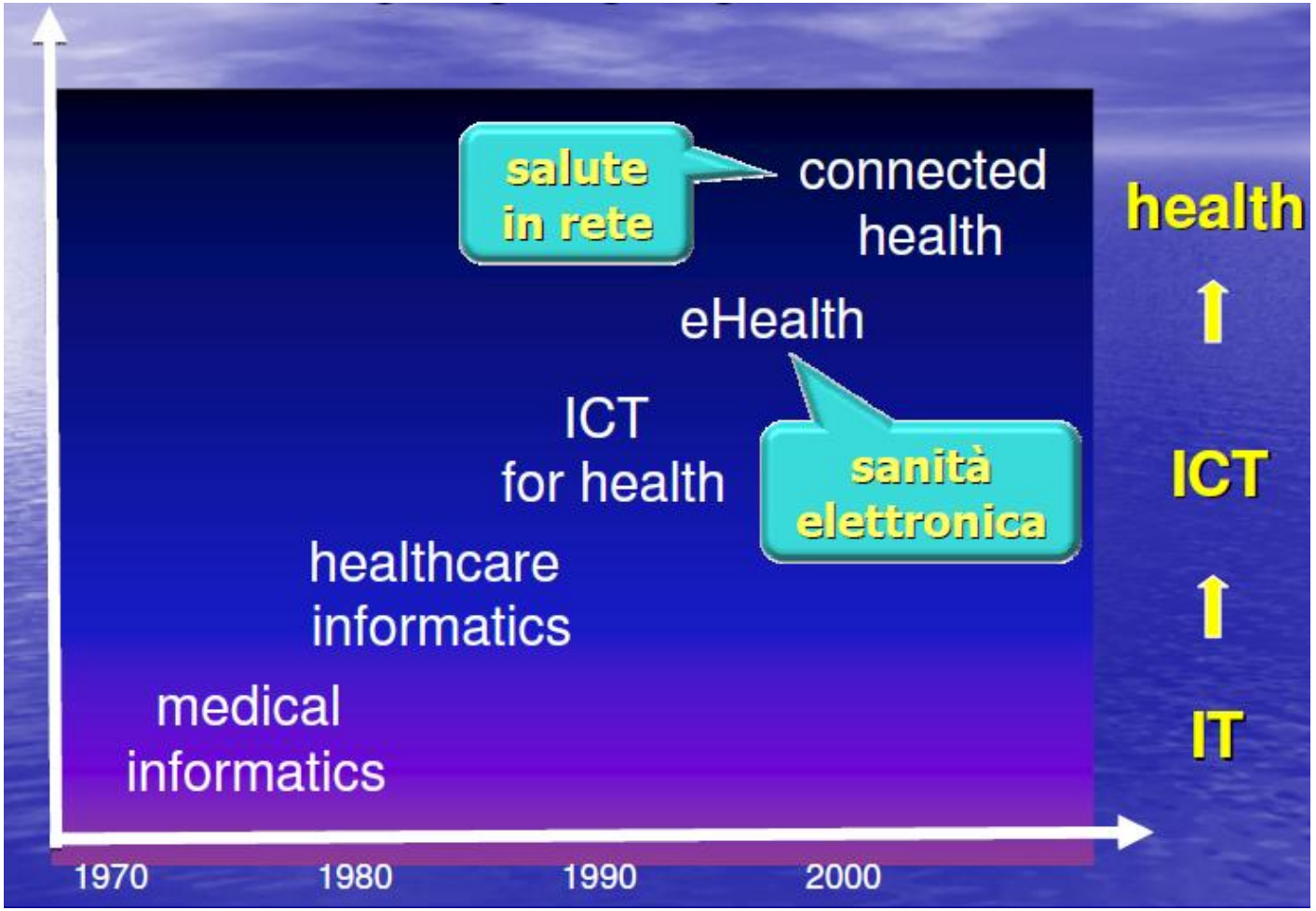
© 2012 American Neurological Association

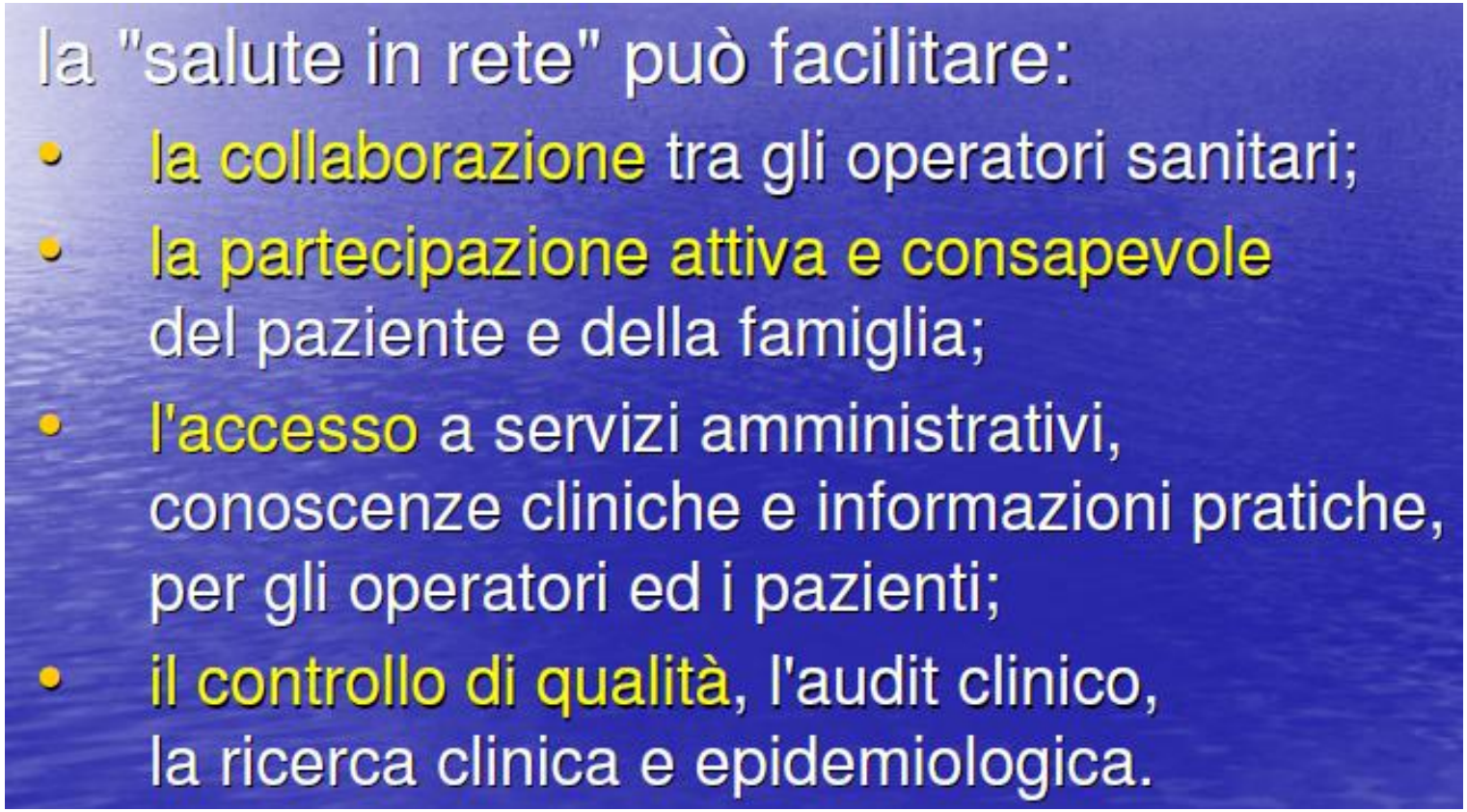
Electronic Medical Records and the Academic Neurologist: When Carrots Turn Into Sticks

An additional problem, of course, that stands in the way of these goals is that there is no standard EMR nationally. Although a few large companies currently dominate the marketplace, health care systems continue to choose different products based on marketing, cost, and competition. These EMRs don't "talk" to each other and some neurology practitioners who routinely cover multiple hospitals are now faced with having to learn multiple EMR systems – a task that seems almost inhumane.

ment of remedial measures. The age of the EMR is here for good, and its arrival is long overdue. Its many

Angelo Rossi Mori
Unità Sanità Elettronica, Istituto Tecnologie Biomediche del CNR Consiglio Nazionale delle Ricerche - Responsabile eHealth Federsanità ANCI





Angelo Rossi Mori: Unità Sanità Elettronica, Istituto Tecnologie Biomediche del CNR Consiglio Nazionale delle Ricerche - Responsabile eHealth Federsanità ANCI

Hanno partecipato al progetto

CARTELLA CLINICA ELETTRONICA OSPEDALIERA

Indicazioni per un progetto sostenibile

Dr. Claudio Caccia - Presidente di Aisis - Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità

Dr. Paolo Giudice - Segretario Generale di Clusit - Associazione Italiana Sicurezza Informatica

Avv. Andrea Lisi - Presidente di Anorc - Associazione Nazionale Operatori e Responsabili della Conservazione

Milano, 23 novembre 2012

A cura di

ASSOCIAZIONE ITALIANA SISTEMI INFORMATIVI IN SANITÀ

In collaborazione con

ANORC

Associazione Nazionale Operatori e R

Clusit

Associazione Italiana per la Sicurezza Informatica

In tale contesto, con specifico riferimento alla Linee Guida sul Fascicolo Sanitario Elettronico del Ministero della Salute, alle medesime linee guida del Garante per la protezione dei dati personali, alle linee guida Joint Commission International vers. 2011 e ad alcuni documenti regionali, nel documento che segue per "cartella clinica elettronica ospedaliera" si intendono **i processi del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale ospedaliero supportati dalle tecnologie informatiche.**

1 —— Definizione CCE ed approccio Aziendale alla CCE

La Cartella Clinica Elettronica (CCE) costituisce un'evoluzione della Cartella Clinica Cartacea (CCC) ovvero è lo strumento per la gestione organica e strutturata dei dati riferiti alla storia clinica di un paziente in regime di ricovero o ambulatoriale, garantendo il supporto dei processi clinici (diagnostico-terapeutici) e assistenziali nei singoli episodi di cura e favorendo la continuità di cura del paziente tra diversi episodi di cura afferenti alla stessa struttura ospedaliera mediante la condivisione e il recupero dei dati clinici in essi registrati.

Le funzioni principali della CCE, riprendendo gli standard di Joint Commission International sono:

- Supportare la pianificazione e la valutazione delle cure (predisposizione del piano diagnostico-terapeutico-assistenziale).
- Costituire l'evidenza documentale dell'appropriatezza delle cure erogate rispetto agli standard.
- Essere lo strumento di comunicazione volto a facilitare l'integrazione operativa tra i professionisti sanitari coinvolti in uno specifico piano diagnostico-terapeutico-assistenziale al fine di garantire continuità assistenziale.
- Costituire una fonte dati per studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, valutazione delle attività assistenziali ed esigenze amministrativo-legali nonché rispondere a esigenze di cost-accounting.
- Supportare la protezione legale degli interessi del paziente, dei medici e dell'azienda sanitaria: deve cioè consentire di tracciare tutte le attività svolte per permettere di risalire (rintracciabilità) ai responsabili, alla cronologia e alle modalità di esecuzione.

Sistema Informativo Socio Sanitario

Linee guida Regionali per la Cartella Clinica Elettronica Aziendale

Codice documento:	**CRS-LG-SIEE#02**		
Versione:	**02.1**	***PVCS:***	
Data di emissione:	**29-02-2012**	**Stato:**	**EMESSO**

1 INTRODUZIONE

1.1 SCOPO

Obiettivo del documento è definire le linee guida per indirizzare gli Enti Erogatori della Sanità Lombarda (e.g. Aziende Ospedaliere, IRCCS, Enti Privati Accreditati, etc.), nell'adozione di sistemi informatici di Cartella Clinica Elettronica a supporto delle attività assistenziali nei reparti di cura e nelle aree ambulatoriali.

A tal proposito, si sta costituendo un elenco dei prodotti software di Cartella Clinica Elettronica Aziendale di Ricovero e Ambulatoriale verificati essere compatibili con il Sistema Informativo Socio-Sanitario (SISS) della Regione Lombardia e coerenti con quanto contenuto nelle presenti Linee Guida, che siano inoltre intesi come piattaforme aziendali unitarie e diffuse a livello aziendale, nonché pienamente integrate nel complesso del Sistema Informativo Ospedaliero dell'Ente.

Sulla base di queste definizioni condivise, la **Cartella Clinica Elettronica** viene ora definita nel presente documento come: "Un sistema informatico, ottimizzato per l'uso da parte del personale clinico e di assistenza, che durante un episodio clinico (degenza ordinaria o episodio ambulatoriale):

- Raccoglie i dati inerenti lo stato di salute e di cura individuale, attività ed eventi legati al paziente;
- Supporta tutte le attività e integra dati provenienti da multiple fonti, interne ed esterne, ed i processi di diagnosi e di erogazione delle cure cliniche (compresa la gestione di prescrizioni e somministrazioni);
- Supporta il processo decisionale degli operatori sulla base di sistemi di Knowledge Management clinico".

È importante infatti riconoscere allo strumento elettronico una sua dignità che ne determina anche **una forte differenza nel modo di assolvere alle sue funzioni rispetto allo strumento cartaceo**.

2.2 NORME, STANDARD E CERTIFICAZIONI INTERNAZIONALI E NAZIONALI DI RIFERIMENTO

Relativamente agli aspetti funzionali, la Cartella Clinica Elettronica deve essere una realizzazione coerente con i dettami della Joint Commission International ripresi nel Manuale della Cartella Clinica della Regione Lombardia.

Ad esempio, riferendosi agli standard della Joint Commission International la cartella clinica, sia medica che infermieristica, ha delle finalità che possono essere riassunte nei seguenti punti fondamentali:

- Supportare la pianificazione e la valutazione delle cure.
- Costituire l'evidenza documentale della appropriatezza delle cure erogate rispetto agli standard.
- Essere lo strumento di comunicazione volto a facilitare l'integrazione operativa tra i medici e le diverse professionalità che erogano le cure, per garantire **continuità assistenziale**.

- Costituire una **fonte dati** per studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, valutazione delle attività assistenziali ed esigenze amministrativo-legali.
- Supportare la protezione legale degli interessi del paziente, dei medici e dell'azienda sanitaria; deve cioè **tracciare** le attività svolte per permettere di risalire (rintracciabilità) ai responsabili, alla cronologia e modalità di esecuzione.

La figura seguente rappresenta il modello logico di riferimento dell'architettura del sistema informativo ospedaliero di una Azienda Sanitaria, che è stato considerato come contesto nel quale si devono i collocare i progetti di Cartella Clinica Elettronica di Ricovero e Ambulatoriale.

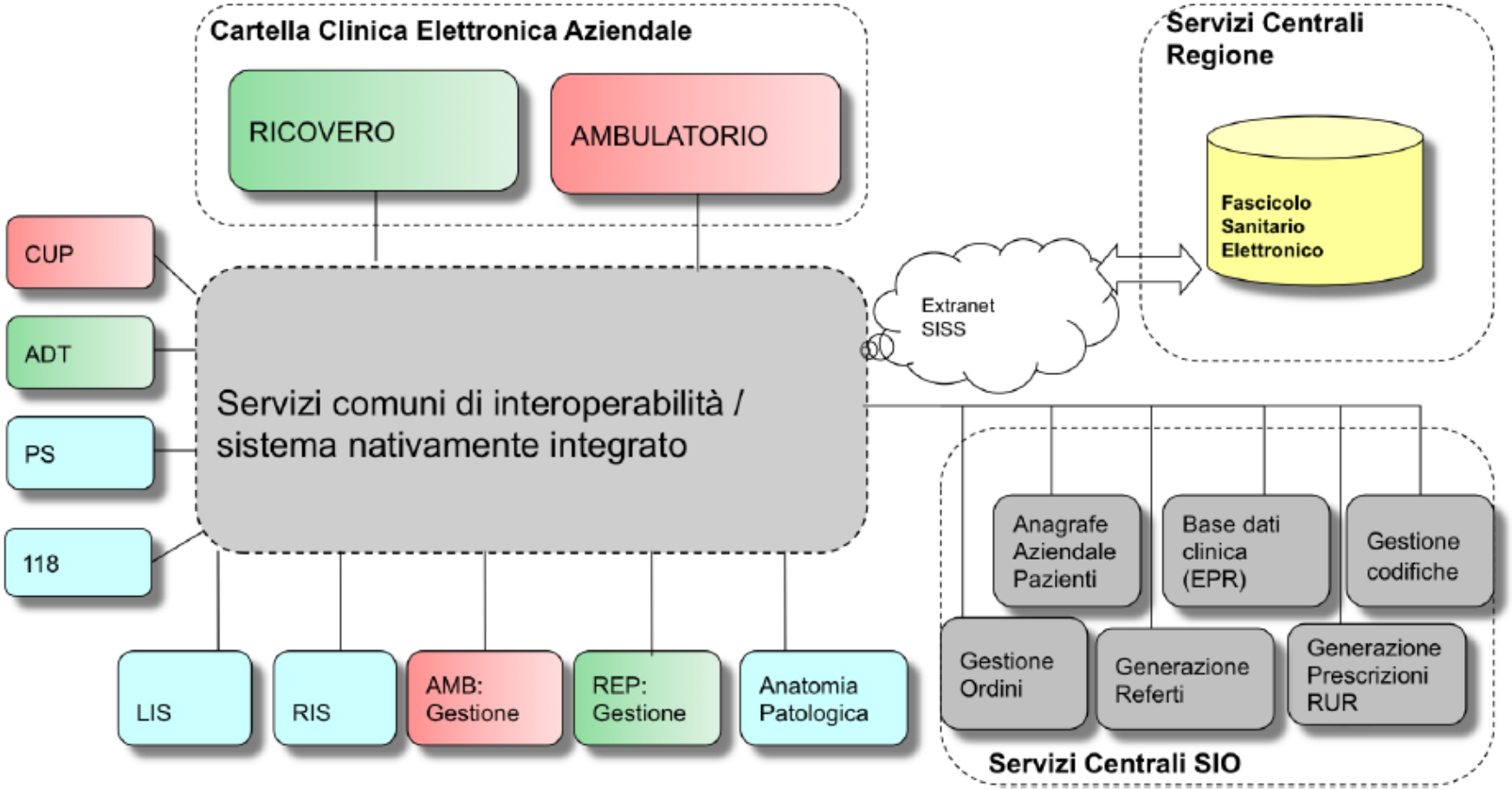


Figura 1: Il modello logico di riferimento dell'architettura dei sistemi informativi di una Azienda Sanitaria. La CCE aziendale di ricovero ed ambulatoriale è uno dei moduli del SIO *

* Servizio Informativo Ospedaliero

Brescia, 7 giugno 2013

La Cartella clinica Elettronica
Prime esperienze

Sommario

- La cornice (riferimenti storico-normativi)

- L'applicazione della CCE all'IRCCS centro S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Brescia

- Conclusioni

Brescia, 7 giugno 2013

La Cartella clinica Elettronica
Prime esperienze

Sommario

- La cornice (riferimenti storico-normativi)

- L'applicazione della CCE all'IRCCS centro S. Giovanni di Dio-Fatebenefratelli, Brescia

- Conclusioni

Molte delle innovazioni tecnologiche sono nate con uno scopo diverso da quello per cui le ricordiamo: il torchio a stampa riproduceva Bibbie in latino; il telegrafo lanciava sos; la radio era solo un «telegrafo senza fili»; Arpanet, l'antenata di internet, era una difesa in caso di attacco militare. È stato con il «mutamento dei contenuti» che è avvenuta la rivoluzione. Quando gli stampatori pubblicano testi in volgare e i primi giornali, quando il telegrafo trasmette le corrispondenze degli inviati del «Times», quando Hitler e Roosevelt utilizzano la radio per fare propaganda. Oggi siamo a questo stesso passaggio dell'era cibernetica. Anche se abbiamo creato gli strumenti del domani, vi travasiamo ancora i vecchi contenuti: l'editoria che cerca una soluzione alla crisi negli e-book, la scuola che si mette online, la fabbrica che diventa digitale. «Il XXI secolo è l'epoca degli individui, - dice Riotta, - leader politici, tecnici specializzati e artigiani del web che creeranno i contenuti di una rivoluzione attesa da tempo e la cui battaglia per l'egemonia è appena iniziata».

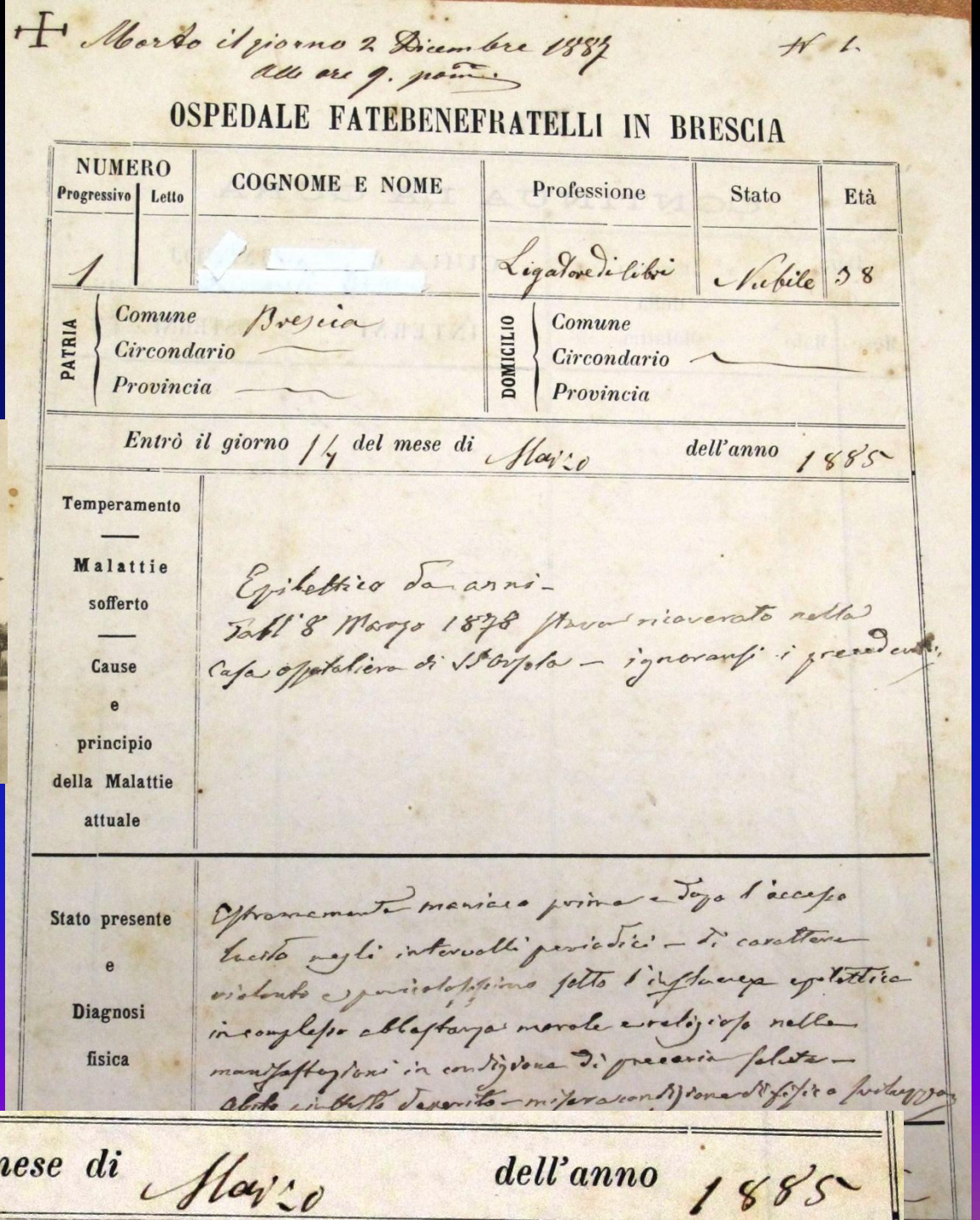
«Se il nuovo libro di Gianni Riotta fosse un lavoro di narrativa, sarebbe una di quelle opere cui spetta la definizione “il romanzo di una generazione”. Dietro l’interrogativo del titolo, si nasconde infatti molto più dell’ennesimo saggio sul futuro della Rete o sulla trasformazione che Internet impone alla quotidianità. È invece la dimostrazione dell’importanza che riveste, anche in un’epoca di frenesia digitale, la figura del testimone esperto: qualcuno cioè capace di interpretare la realtà utilizzando la propria storia personale e un metodo solido (in questo caso quello giornalistico), per trarre chiavi di lettura credibili da offrire a tutti».

Marco Bardazzi, *La Stampa*

Da : progetti finalizzati a miglioramenti organizzativi, strutturali e tecnologici presentati da soggetti privati in attuazione della L.R. 30 dicembre 2009 n. 33 - testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" ,

Informatizzazione dei documenti clinici e telemedicina per una migliore qualità e continuità nelle cure dei pazienti affetti da malattie psichiatriche e demenza

La storia



Morto il giorno 2 Dicembre 1887 N. 1.
alle ore 9. pom.

OSPEDALE FATEBENEFRATELLI IN BRESCIA

NUMERO Progressivo	NUMERO Letto	COGNOME E NOME	Professione	Stato	Età
1			Ligatore di libri	Nubile	38

PATRIA: Comune Brescia; Circondario —; Provincia —

DOMICILIO: Comune; Circondario —; Provincia

Entrò il giorno 14 del mese di Marzo dell'anno 1885

Temperamento — Malattie sofferto — Cause e principio della Malattie attuale

Epilettico da anni — Dall'8 Marzo 1878 stava ricoverato nella Casa ospitaliera di S.ta Orsola — ignoransi i precedenti.

Stato presente e Diagnosi fisica

Estremamente maniaco prima e dopo l'accesso lucido negli intervalli periodici — di carattere violento e pericolosissimo sotto l'influenza epilettica in complesso abbastanza morale e religioso nelle manifestazioni in condizione di precaria salute — abito e intelletto deperito — misera condizione di fisico sviluppo

Entrò il giorno 14 del mese di Marzo dell'anno 1885

Decreto Sviluppo approvato il 4 ottobre 2012 dal Consiglio dei Ministri

5 ottobre 2012

Il Decreto Sviluppo, approvato dal Consiglio dei Ministri il 4 ottobre, contiene novità in particolare in materia di Sanità. Il provvedimento introduce il fascicolo sanitario elettronico e le ricette mediche digitali entro il **2015**.

(…)

Quanto al fascicolo elettronico, offre la possibilità di consultare il fascicolo sanitario del paziente, da ogni luogo d'Italia. Il fascicolo sanitario elettronico conterrà tutti i dati di tipo sanitario e sociosanitario del cittadino, raccogliendo di fatto l'intera storia clinica. Sarà aggiornato dai diversi soggetti che nell'ambito del servizio sanitario pubblico prenderanno in cura gli assistiti. **In questo modo le strutture sanitarie pubbliche e quelle private accreditate potranno conservare le cartelle cliniche solo in forma digitale**, realizzando risparmi e semplificazioni

Finalità del progetto

Attraverso l'informatizzazione dei documenti clinici:

- miglioramento della raccolta della documentazione clinica, della fruizione dei dati raccolto, della tracciabilità dei programmi
- ottimizzazione dei tempi di raccolta dati e di rielaborazione degli stessi sia in ambito clinico che di ricerca
- ottimizzazione dei processi di verifica e controllo qualità
- ottimizzazione della fruizione dei dati in altri "eventi" clinici del pz
- Possibilità di creare programmi a sviluppo longitudinale (controlli programmati, follow up pianificati) senza rischio di dispersione di dati.

Informatizzazione cartella

- Criteri di progettazione e realizzazione
  - Non acquisizione di strumenti redatti altrove ma informatizzazione degli strumenti cartacei già in uso in quanto specifici e "occasione" di loro rivalutazione
  - Coinvolgimento delle diverse figure professionali nella redazione del materiale di competenza
  - Cartella unica per le diverse unità operative con diversificazioni specifiche
  - Cartella non "chiusa" ma dinamica (predisposta per recepire successive evoluzioni di forma e contenuto)

Punti di forza

- Qualità della registrazione dei dati (identificazione operatore, registrazione giorno/ora), quindi ottemperanza a tutti i criteri formali di qualità
- Codifica degli interventi (facilitazione rielaborazione dati e redazione schede di monitoraggio "dinamiche")
- Tracciabilità dei percorsi
- Possibilità di estrapolare dati e "pesare" le attività dei singoli operatori e correlarle con diverse variabili (esiti, costi, etc.)
- Monitoraggio costante da parte delle direzioni di tutta l'attività (per es. presa visione in tempo reale di eventi sentinella)
- Predisposizione di "libreria" per aggiunta illimitata di nuovi strumenti
- Possibilità di interazione diretta con altri sistemi informatici per importazione/esportazione dati (sistemi informatici regionali – medicina di base – strumentistica – consulenza esterne – materiale diagnostico) e altri programmi (programmi per controllo interazione farmaci, effetti collaterali, *interazione farmaci/dieta*)

REALTA' OPERATIVE COINVOLTE

IRCCS
CENTRO S. GIOVANNI DI DIO
Fatebenefratelli – Brescia

SOCIETA' INFORMATICA
HTN
Brescia

HTN
Health telematic network

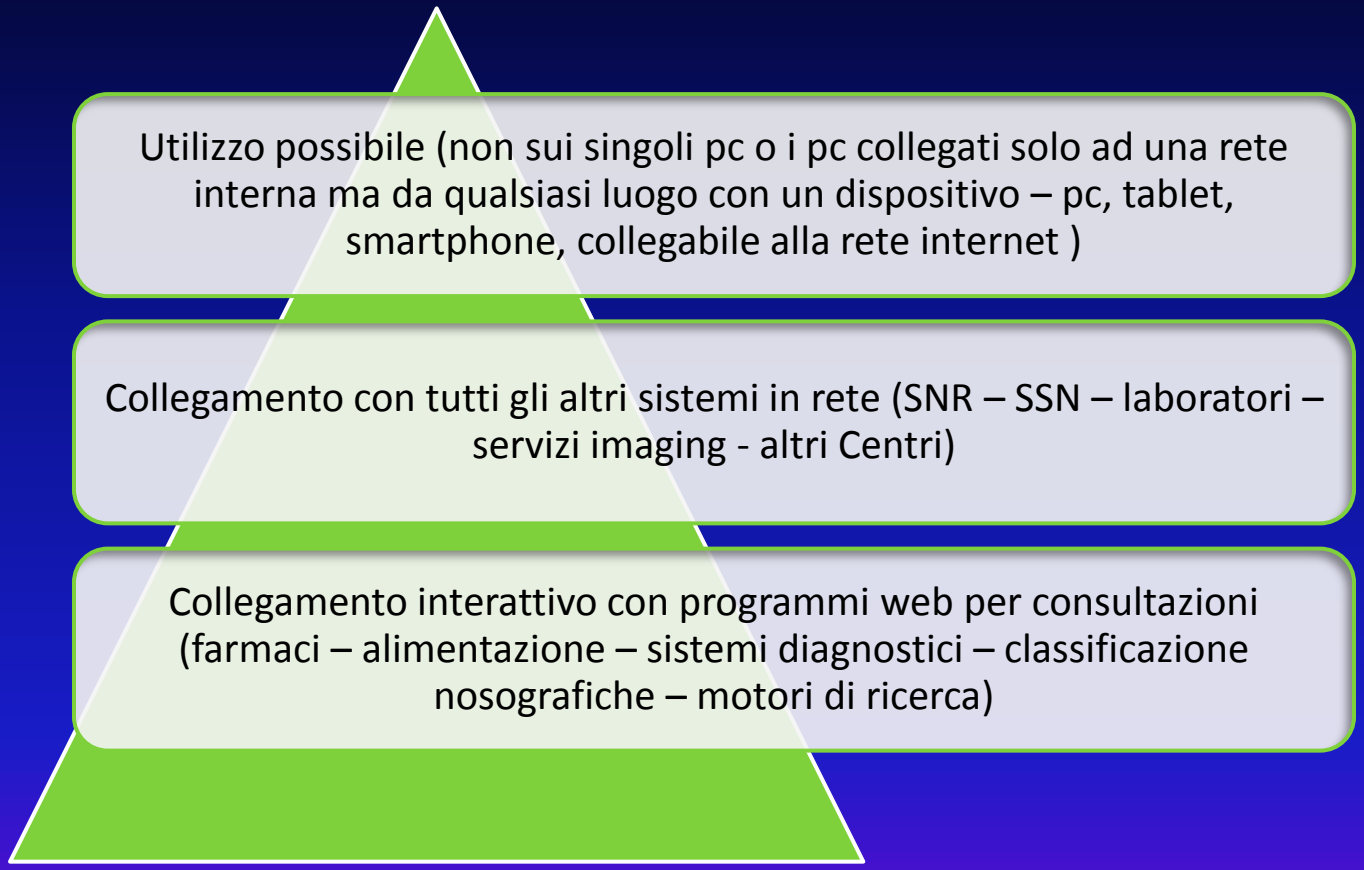
HTN, accreditata in Regione Lombardia per progetti di questa natura e già operativa in molteplici presidi ambulatoriali e ospedalieri in Lombardia e territorio nazionale.

Secondo quanto dichiarato dalla Carta dei Servizi della stessa, HTN vuol essere il punto di riferimento in Italia per lo sviluppo di un nuovo "disease management" che contribuisca all'integrazione tra ospedale e territorio.

Due macroobiettivi:

Cartelle informatizzate a confronto: Punti di forza della CC Fbf

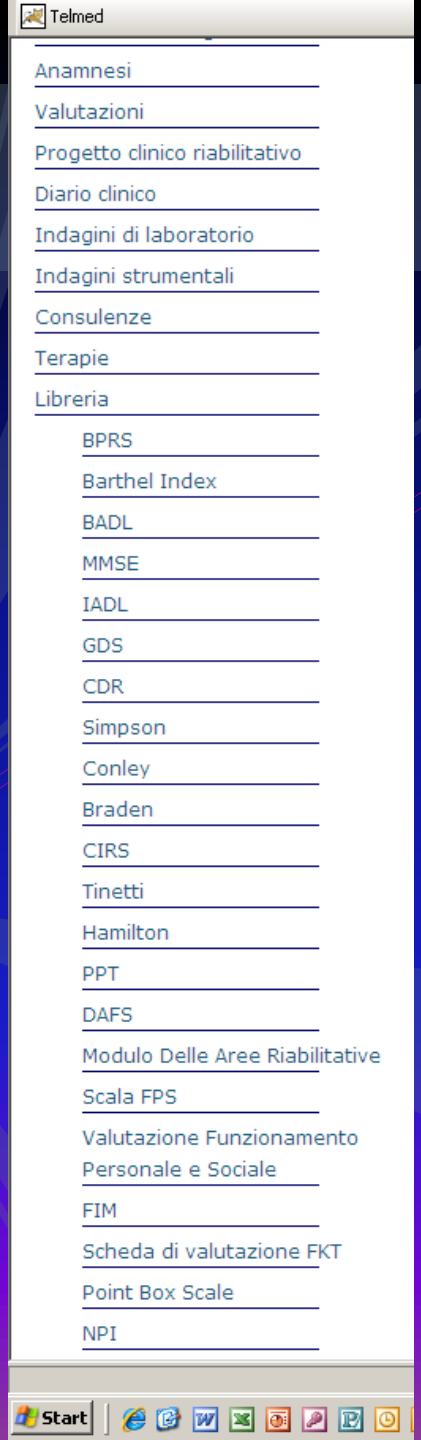
Cosa vuol dire “in rete”



Uguale per tutte le UU.OO.
quindi ricostruibili e misurabili x variabili…

“APERTA”

Possibilità di integrare in itinere nuovi strumenti o nuove schede



DOTAZIONE STRUMENTI

20 TABLETS	•PER FIGURE PROFESSIONALI TRASVERSALI ALLE DIVERSE UU.OO.
17 UNITA' INFORMATICHE PER LE UU.OO.	•1 PC PORTATILE •1 STAMPANTE/SCANNER •1 TABLET
5 APPARECCHI PER IL TELE ECG	•TRACCIATI SOVRAPPONIBILI AI TRADIZIONALI E FUNZIONALI AL TELECONSULTO CARDIOLOGICO SPECIALISTICO
N.B.	•OGNI PC GIA' IN USO COLLEGATO ALLA RETE INTERNET POTRA' ESSERE UTILIZZATO PER LA CC
STRUMENTI PER LA TELEMEDICINA	•50 UNITA' INFORMATICHE DOMICILIARI (pc – cellulari – devices per monitoraggi clinici)

Criticità

- Criticità del cambiamento in quanto tale
- Attitudine e competenze informatiche di base del personale
- "Abitudini" consolidate ---> forma vs contenuto
- Raccolta dati pletorica e non funzionale
  - Alta percentuale di:
    - DATI RACCOLTI SENZA FRUIZIONE
    - ATTIVAZIONE DI FLUSSI SENZA CHIUSURA
    - VALUTAZIONI INZIALI E NON FINALI
    - SEGNALAZIONI DI CRITICITA' SENZA INZIATIVA CORRELATA

2° obiettivo

“Sento le voci, ma da lontano”: progetto - pilota per l’attivazione di un servizio di telemedicina nelle cure dei pazienti affetti da malattie psichiatriche e demenza

Cosa ci si propone:

l'attivazione di un servizio che consenta ad alcuni utenti selezionati di ricevere assistenza e cura da parte degli operatori del Centro presso il proprio domicilio, attraverso l'uso delle più avanzate tecnologie dedicate, con l'obiettivo di

- Migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei famigliari, consentendo loro cure nel loro ambiente di vita
- Creare un continuum fra le cure ricevute in ambito di degenza e quelle a domicilio
- Abbattere le barriere spazio-temporali fra operatore e paziente, operatore e famigliare, operatore e operatore
- Creare una rete di cura e assistenza che preveda più attori (Centro – MMG – Assistenza domiciliare – altri specialisti) che veda al centro l'utente, i propri familiari, il proprio ambiente di vita
- Concorrere ai più moderni input in tema di organizzazione sanitaria (efficacia, efficienza, ottimizzazione risorse, qualità di interventi, economicità, dinamica territorio-centrica)

N.B.

- La telemedicina è sempre da intendersi come attività da affiancare alle metodiche tradizionali di contatto diretto con l'utente, non alternativa o sostitutiva, ad aggiungere opportunità e risorse, ottimizzando così anche le altre risorse dedicate

Possiamo avere tutti i mezzi di comunicazione del mondo, ma niente, assolutamente niente, sostituisce lo sguardo dell'essere umano.

P. Cohelo

STRUMENTO OPERATIVO:
UNITA' INFORMATICA ASSE CENTRO ---> CASA

UNITÀ OSPEDALIERA =

Equipe multidisciplinare
con piattaforma informatica
dedicata

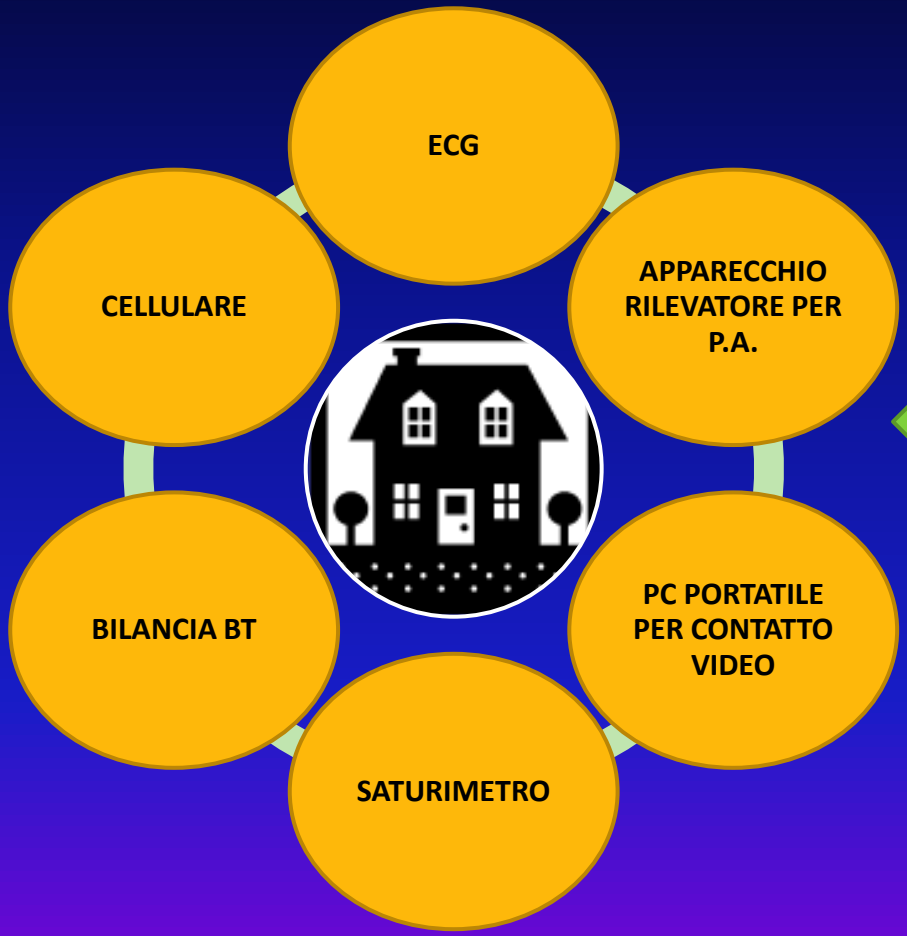
CALL CENTER =

Contatti telefonici
Agenda operativa
Monitoraggio flusso in/out

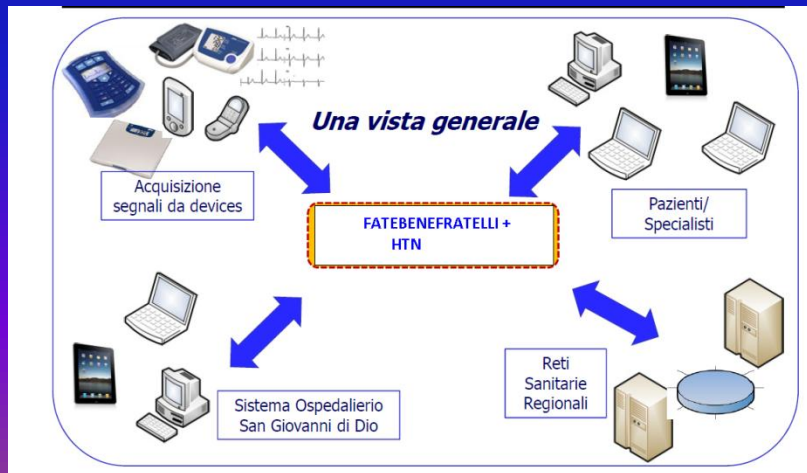
HOME =

Piattaforma domestica
Netbook
Cellulare
Devices di monitoraggio
ECG monotraccia
Bilancia
Rilevatore pressorio
Saturimetro

Di cosa dispone l'utente a domicilio :



UU. OO. Centro S. Giovanni di Dio



6/11/2008

HTN Teleriab - Mozilla Firefox

File Modifica Visualizza Cronologia Segnalibri Strumenti ?

http://teleriab.3caravelle.com/3cvideoteleriab/

le trottoir milano

HTN Teleriab | Alice Video - Orishas - El Kilo - -, un... | Facebook | Cerca: francesca meucci

HTN Teleriab

Menu

Welcome jsarri
jacopo sarri
jacoposarri@3caravelle.com

Edit Profile
Home
New User
Edit Users
New Meeting
Edit Meetings
Library
Logout

Emergency
choose a patient
Call in Emergency

NaN

My Video

Audio On
Video On
Save Settings

Khz Quality Kbps Fps Kfi

Alberto Bosisio - albertobosisio@3caravelle.com

Khz
Kbps
Fps
Kfi
Quality

Video On
Audio On
FULLSCREEN
Save Settings

Mari
F V A

Bosisio
F V A

buildVersion 2.31

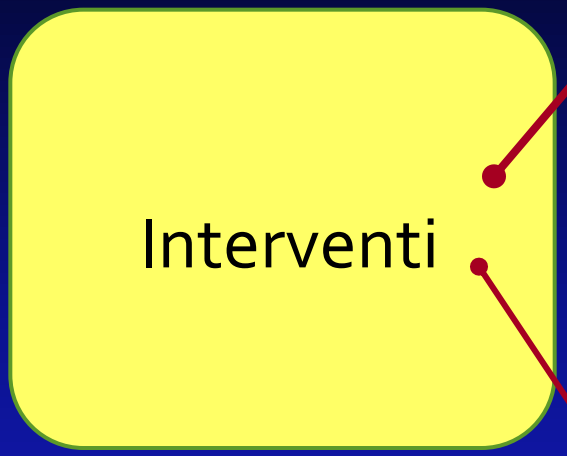
Trasferimento dati da teleriab.3caravelle.com...

Paziente

Centro Servizi

Infermiere

Specialista



Contatti programmati

- colloqui clinici in forma libera;
- controlli periodici dell'andamento clinico e del funzionamento secondo precisi protocolli (scale, questionari, test, interviste aperte o strutturate)
- interventi di tipo psicoeducazionale e riabilitativo secondo precisi programmi;
- colloqui di ascolto/supporto ai familiari;
- contatti specifici consulenziali al MMG
- osservazione "diretta" del paziente nel suo ambiente di vita sia per una miglior qualità dell'interazione terapeutica che per una più oggettiva rilevazione di aspetti fenomenologici (comportamenti) tramite web cam.
- utilizzo di servizi di telemedicina già esistenti per altre discipline mediche (per es. tele cardiologia, tele dermatologia) per le problematiche di comorbilità

Contatti non programmati

- L'utente coinvolto avrà la possibilità, sempre attraverso il contatto via call center, di contattare h24 l'Unità Operativa in casi di necessità, quindi non programmabile (urgenze, necessità non procrastinabili, bisogni estemporanei)

RISULTATI ATTESI

Prospettiva clinica:

- Interventi efficaci e di qualità
  - Miglioramento clinico e del profilo di funzionamento personale e sociale
  - Miglioramento QoL percepito e oggettivo
  - Riduzione o minor incremento carico farmacologico
  - Riduzione/miglior gestione comorbilità
- Riduzione del ricorso ad altre fonti di risposta sanitaria
  - Riduzione accessi/ricoveri impropri

RISULTATI ATTESI

Prospettiva economica:

- Riduzione costo gestione singolo paziente
- Sperimentare un servizio tariffabile per il SNR

Intervento tradizionale

Teleassistenza

RISULTATI ATTESI

Prospettiva di impatto

- L'attività in "tele" risulta
  - gradita
  - di facile utilizzo
  - di facile applicazione
  - di "intuibile" economicità
    - Tempo/denaro/spazio

- L'attività in "tele" risulta gradita perchè…
  - tempestiva
  - disponibile h24
  - garante presa in carico multidisciplinare (soma/psiche)
  - garante della continuità terapeutica (stessa èquipe)

IPOTESI DI SVILUPPO

- **Progettazione di diverse forme operative**

  (U.O. dedicata/ Assistenza domiciliare /Rete con MMG /rete polispecialistica)

- **Definizione delle specifiche prestazioni, loro tariffazione ed erogazione in regime ordinario in convenzione con SSN**

Patologia e tipologia di percorso		Durata	Pazienti coinvolti dall'inizio del servizio al 31.12.2011	Strutture coinvolte	Fase	Tariffa sperimentale
PTS	Cardiaca Scompenso NYHA II,III, IV Telesorveglianza Domiciliare	6 mesi max	conclusi 1.297 percorsi remunerati	38	Attivo dal 2006	€ 720,00 per 6 mesi € 480,00 per la bassa intensità
POD	Cardiaca: Riabilitazione Post-cardiochirurgica Ospedalizzazione Domiciliare	28 gg max 22 gg medio	conclusi 666 percorsi remunerati	6	Attivo dal 2006	€ 140,00 a giornata
ODPC	Oncologica:cure palliative terminali Opedalizzazione Domiciliare	90gg stimati	conclusi 7.925 percorsi remunerabili	32	Attivo dal 2008	€ 156,00 di presa in carico + € 63,00 a giornata se entro i 90 gg o € 42,00 a giornata se oltre i 90gg
PTP	Pneumologica: BPCO III-IV Gold Telesorveglianza Domiciliare	6 mesi max	operative dal 10.9.2010 le 7 strutture già attivate in Telemaco	32	Attivo dal 2010	€ 720,00 per 6 mesi € 480,00 per la bassa intensità
TCS	Cardiologica, dermatologica, diabetologica, pneumologica, teleconsulto specialistico al Medico di Medicina Generale	puntuale, secondo necessità	servizio attivato il 10.9.2010	7 ASL	Attivo dal 2010	€ 18,00 a prestazione

CALENDARIO

- **OTTOBRE 2012 --->** **PRIME IPOTESI DI SVILUPPO OPERATIVO E SETTAGGIO STRUMENTI**

- **NOVEMBRE / DICEMBRE 2012 --->** **ATTIVAZIONE PRIME PIATTAFORME DI PROVA A DOMICILIO (psichiatria e Div. Alzheimer)**

- **1°TRIMESTRE 2013 --->** **START**

La scienza e' sempre imperfetta.
Ogni volta che risolve un problema,
ne crea almeno 10 nuovi

George Bernard Shaw

Buon lavoro a tutti.....