

SANITA' DIGITALE

Svolta e-health per l'Emilia-Romagna, ecco la cartella clinica unica

Home > Sanità Digitale



Il paziente diventa baricentro dell'intero processo terapeutico nella strategia adottata dalla Regione. Che fa leva su un solo strumento per la documentazione sanitaria, puntando a definire nuovi protocolli di cura condivisi tra i diversi servizi del settore DSM-DP. Ecco come è stata progettata, vantaggi e rischi

40 minuti fa

Luca Barbieri**Mila Ferri**

dirigente presso Regione Emilia-Romagna

Pierfrancesco Ghedini

CIO presso Azienda USL di Modena

Gandolfo Miserendino

Regione Emilia-Romagna

Alessio Saponaro

Resonsabile osservatorio regionale dipendenze, Regione Emilia Romagna



Cerchi il fornitore
ICT su misura per te?
Trovalo subito!



CERCA IL FORNITORE

SCEGLI FORNITORE
LE MIGLIORI SOLUZIONI DIGITALI

DIGITAL 360

Argomenti

D dematerializzazione **F** fascicolo sanitario elettronico

Canali

S Sanità digitale

Articoli correlati

**IL QUADRO COMPLETO**

Fascicolo Sanitario Elettronico, cos'è, a che serve e come attivarlo

23 Ott 2019

di Anna Francesca Pattaro

Condividi 



La tecnologia si sta affermando sempre più come supporto della clinica e delle organizzazioni sanitarie. In questo senso si afferma come best practice l'Emilia-Romagna, al lavoro su un progetto – nel settore salute mentale – che potrebbe imprimere il cambio di passo nella **Sanità digitale** italiana. Punto d'arrivo nuovi protocolli di cura condivisi tra i diversi servizi, finalizzati a migliorare la qualità delle cure erogate attraverso lo sharing di obiettivi, strumenti, trattamenti e valutazione dei risultati.

Tutto parte nel 2016, quando la Regione Emilia-Romagna lancia un progetto di rilevanti dimensioni per la costruzione di una **"Cartella socio-sanitaria informatizzata unica regionale dei Servizi del DSM-DP"**, che include le attività della Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infanzia adolescenza, Psicologia clinica e Servizi Tutela minori delle AUSL.

Per tre anni, professionisti del DSM-DP, **esperti nei settori ICT, programmazione, farmaceutica e medicina legale hanno collaborato** e fornito indicazioni sulla progettazione della cartella clinica attualmente in fase di test presso l'**AUSL di Imola**. I primi risultati sono stati l'**integrazione dei servizi**, l'uso di nomenclatori condivisi – ad esempio i trattamenti o le prestazioni, la gestione facilitata dei PDTA o percorsi, l'uso di testistica per le attività di outcome e assessment. L'aspetto più importante del progetto è aver definito la **centralità dell'assistito nel processo di cura**, attraverso la cooperazione dei diversi servizi, pubblici o privati, che intervengono nell'ambito delle proprie competenze.

Indice degli argomenti

Tecnologia al servizio della Sanità

L'**eHealth**, attraverso l'ausilio delle tecnologie dell'informazione e



LO SCENARIO

Fascicolo Sanitario Elettronico, ecco tutti i problemi e come risolverli

04 Nov 2019

di **Mauro Moruzzi**

Condividi ➔



REGIONE PUGLIA

Sanità digitale e cronicità: il FSE al centro del Piano regionale della Puglia

06 Mag 2019

di **Giancarlo Ruscitti e Vito Bavaro**

Condividi ➔

della comunicazione (ICT), rappresenta oggi uno strumento imprescindibile per ogni tipo di organizzazione sanitaria che ha necessità di **facilitare la comunicazione all'interno della rete di cura e tra professionisti**, favorire la **sicurezza delle cure, accedere a informazioni strutturate** e in tempi rapidi, realizzare la **dematerializzazione delle informazioni sanitarie**. Questi temi sono nelle agende delle azioni strategiche della Commissione europea, Ministero della Salute, Regione Emilia-Romagna e Aziende sanitarie.

La Commissione Europea, attraverso il Programma UE per la salute e la strategia per il **mercato unico digitale in Europa**, ha indirizzato le politiche verso iniziative di **telemedicina e sanità on line** al fine di **"migliorare l'interoperabilità tra sistemi sanitari elettronici e la continuità delle cure, oltre che garantire l'accesso a un'assistenza sanitaria sicura e di qualità"**^[1].

L'obiettivo è **utilizzare anche le tecnologie dell'informazione** al fine di migliorare la qualità delle cure migliorando l'interoperabilità dei sistemi e la comunicazione di informazioni sanitarie^[2], rendendo gli strumenti tecnologici **"più efficienti e più facili da usare e promuoverne l'accettazione**, coinvolgendo sia gli operatori sanitari che i pazienti nelle scelte strategiche e nella progettazione e attuazione"^[3]. Lo stesso Ministero della Salute mette in evidenza come **"Le iniziative di eHealth migliorano l'accesso alle cure**, ponendo il cittadino al centro dei sistemi sanitari; inoltre, contribuiscono ad accrescere l'efficienza generale e la sostenibilità del settore sanitario"^[4].

E' nella DRG 2139/2018 **"Piano Pluriennale 2019-2021 per lo sviluppo ICT del Sistema Sanitario e Socio-Sanitario regionale"** che sono state definite le **strategie della Regione Emilia-Romagna per lo sviluppo dei progetti dell'Information Communication Technology nell'area del sistema sanitario e sociosanitario** per i prossimi anni, compresi il Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche.

Obiettivi del progetto Emilia-Romagna

Infatti dal 2016 il Servizio Assistenza Territoriale e il Servizio ICT, Tecnologie e Strutture sanitarie sono impegnate nella realizzazione di un progetto di rilevanti dimensioni: la costruzione di una **cartella**

socio-sanitaria informatizzata unica regionale dei Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche^[5], che include le attività della Salute mentale adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infanzia adolescenza, Psicologia clinica e Servizi Tutela minori delle AUSL.

Un progetto orientato a supportare la **gestione della documentazione socio-sanitaria degli assistiti**, facilitare le **integrazioni tra i professionisti**, aumentare l'appropriatezza nella **progettazione dei percorsi di cura individualizzati**. Ma l'obiettivo primario è di definire **nuovi protocolli di cura condivisi** tra i diversi servizi, finalizzati a migliorare la qualità delle cure erogate, attraverso la definizione e condivisione di obiettivi, strumenti, trattamenti e valutazione dei risultati.

I capisaldi della progettazione

Il progetto si è basato su alcuni principi di base dettati dalla **programmazione nazionale e regionale**, dalle linee guida su appropriatezza dei percorsi di cura, interazione tra i Servizi e non di meno dalle indicazioni derivanti dalle conoscenze scientifiche e tecniche dei professionisti nell'ambito della **Salute mentale e Dipendenze patologiche**. In particolare se ne evidenziano alcune che hanno rappresentato la base culturale su cui sviluppare un progetto:

- *Piano attuativo Salute mentale regionale 2009 – 2011* (DGR 313/2009), che fornisce alcune basilari direttrici relative alla organizzazione dei Servizi di Salute mentale e dipendenze patologiche sulla cura degli assistiti. **Il sistema di cura per la salute mentale è costituito dall'insieme di tutti i servizi pubblici e privati** che nel territorio concorrono ai processi di diagnosi, cura, riabilitazione delle persone con disturbi mentali o dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità ed in ogni fase della vita.
- *Piano di azioni nazionale per la salute mentale*, elaborato dal Ministero della salute in collaborazione con il Gruppo tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Conferenza delle Regioni. Riporta che «diviene rilevante, a livello dei servizi territoriali (CSM, Servizi NPIA), differenziare le tipologie dei bisogni e delle domande per individuare **percorsi territoriali di cura diversificati**

[...], la relazione di cura continuativa paziente – specialista, la presa in carico per pazienti portatori di bisogni gravi e/o complessi *con progetto terapeutico condiviso*».

- **LEA, i Livelli Essenziali di Assistenza**, le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, è specificatamente indicata la necessità di *integrazione tra i Servizi del DSM-DP*.
- L'acquisizione dell'efficacia delle *conoscenze scientifiche* pone sfide anche nel ripensare l'organizzazione dei servizi del DSM-DP, che devono essere in grado di porre in essere *programmi di cura efficaci*, con **esiti di salute misurabili**, compatibili con le *risorse economiche* disponibili.
- devono essere sviluppati programmi di trattamento **integrato, interdisciplinare e multidimensionale**, che valutano le diverse dimensioni della patologia psichica (biologica, psicologica e sociale); intervengono sulle diverse aree di vita (lavoro, scuola, famiglia, abitazione, spazio sociale e ricreativo); non trascurano le comorbidità fisiche; utilizzano le competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi di cura, riabilitazione e reinserimento sociale individuati, indipendentemente dalla loro collocazione organizzativa; si sviluppano eliminando le separazioni orizzontali (i servizi) e longitudinali (l'età anagrafica)
- gestire programmi di trattamento che richiedono la capacità dei professionisti di **lavorare in team operativi**. All'interno di queste équipe è centrale la condivisione delle informazioni relative alla *valutazione, agli obiettivi, ai metodi, alla evoluzione del trattamento, ai compiti e alle responsabilità dei singoli professionisti*.
- *Valorizzazione competenze professioni sanitarie, così come indicato dal Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017 – 2019 (DGR 120/2017): «ascoltare e assecondare [...] le espressioni di autoaffermazione diventa un obiettivo prioritario dei servizi sociosanitari. Nei Servizi sanitari è necessaria una transizione da un modello medico-centrico verso un modello che valorizzi tutte le professioni sanitarie per la costruzione di relazioni negoziali in grado di favorire la messa in campo delle risorse e delle energie del cittadino utente»*
- il **“lavoro di squadra”** e la buona **“comunicazione”** sono essenziali per garantire un'assistenza sanitaria di alta qualità, **accompagnata da una certificazione documentale dell'intero processo clinico-**

assistenziale, in quanto strumento di lavoro per la **tutela del paziente e dei professionisti**.

- *documentazione clinica*. La **promozione del corretto utilizzo della documentazione sanitaria** è uno degli obiettivi fondamentali del progetto, per favorire l'integrazione tra le professionalità del DSM-DP, del privato sociale, del privato profit e dei Servizi sociali degli Enti locali. Una buona qualità dell'intervento passa anche attraverso una documentazione completa, che integri le diverse professionalità, che fornisca sicurezza nelle cure e la conseguente riduzione di rischio di errori.

Rischi e soluzioni dell'uso dell'e-health

L'uso dell'eHealth ha sicuramente molti vantaggi nel supportare le attività cliniche, ma al contempo non bisogna **sottovalutare i possibili rischi connessi all'implementazione della tecnologia informatica** nei Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche.

Gli attuali verticali in uso della documentazione clinica dei Servizi del DSM-DP sono percepiti dai professionisti come strumenti funzionali agli **obblighi informativi regionali o nazionali**, più che a supportare la propria attività. **L'obiettivo è costruire uno strumento che soddisfi appieno i molteplici bisogni dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie di riferimento**, diventando un supporto reale nella gestione quotidiana della documentazione socio-sanitaria.

E' alto il rischio di costruzione di uno strumento che non soddisfi appieno i molteplici bisogni dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie di riferimento, diventando l'ennesima "**cartella obbligo informativo**", **avulsa dalla reale necessità quotidiana di gestione della documentazione socio-sanitaria**.

Si è ritenuto che per ridurre i rischi descritti, fosse necessario strutturare un progetto che implementasse una **logica bottom-up**, che partisse dall'**analisi dei bisogni dei dirigenti e dei professionisti socio-sanitari e delle organizzazioni**, ma che allo stesso momento puntasse **verso l'innovazione delle organizzazioni dei servizi**, come ad esempio la gestione dei PDTA o percorsi trasversali di cura tra Servizi.

Tutelare il rapporto medico-paziente

Un altro elemento di rischio di uso eccessivo dell'informatica

emerso durante i lavori di progettazione, è la necessità di non snaturare l'oggetto principale della Salute mentale e le Dipendenze patologiche – la **relazione con il paziente** – attraverso l'uso della tecnologia; **sarà oggetto della formazione erogata ai professionisti.**

Questo è il principale motivo per il quale sono stati necessari **tre anni di progettazione**, suddivisi in diversi step di sviluppo e che ha coinvolto, come mostra la Tabella 1, tantissimi professionisti con diverse aree di competenza.

Le dimensioni del progetto sono talmente importanti che **i primi otto mesi sono stati dedicati alla realizzazione di uno studio di fattibilità**, che ha consentito di valutare gli impatti organizzativi, informatici, informativi ed economici connessi alla progettazione e implementazione della **cartella unica**. Oltre agli elementi valutativi sono stati considerati tutti gli aspetti che avrebbero portato eventuali **vantaggi dalla realizzazione del progetto**, come l'adozione di nomenclatori unici (prestazioni, trattamenti, sistemi diagnostici, test diagnostici), la definizione di percorsi trasversali, uso di tecnologia di supporto, accesso al **Fascicolo sanitario elettronico** (FSE), sicurezza nelle cure, come nella prescrizione ed erogazione di farmaci.

Tutti gli step del progetto



[PA e imprese insieme per una nuova politica industriale dell'innovazione - Scopri FORUMPA 2020](#)

Ma il vero obiettivo finale è stato quello di facilitare lo sviluppo di una cultura professionale condivisa tra i professionisti e i Servizi del DSM-DP, che ha dato valore innovativo al progetto. Per mesi i professionisti di SerDP, CSM, SPDC, NPIA e Psicologia si sono confrontati sulle modalità di accoglienza degli assistiti, appropriatezza delle valutazioni, progettazione degli interventi, valutazione dei risultati.

L'impatto previsto era così rilevante che lo studio di fattibilità è stato presentato, discusso e approvato da Direttori DSM-DP, Direttori dei Dipartimenti Salute Donna Infanzia e Adolescenza AUSL

Romagna, Direttori UONPIA, Responsabili Programma dipendenze, Comitato tecnico allargato costituito dai Direttori ICT delle Aziende Sanitarie, Consulta Salute mentale e CUFO, Responsabili Sistema informativo e Osservatori dipendenze delle Aziende USL.

Per comprendere la complessità del progetto in termini organizzativi e di coordinamento basta riportare un solo elemento di valutazione:

tra aprile 2016 e ottobre 2019 sono state dedicati 248 incontri, suddivisi tra professionisti, esperti nei settori medico-legali, privacy, ICT.

Tab. 1. *Incontri sino ad oggi realizzati per la progettazione della cartella del DSM-DP (Periodo aprile 2016 – ottobre 2019).*

Tipo di incontri	Numero
Studio di fattibilità (aprile-dicembre 2016)	35
Progettazione cartella (aprile 2017 – ottobre 2019)	87
Esperti (aprile 2017 – ottobre 2019)	91
Incontri con progettisti software (aprile – ottobre 2019)	35
Totale generale incontri (aprile 2016 – ottobre 2019)	248

** Sono escluse le giornate utilizzate per la stesura della documentazione e l'organizzazione delle attività, il corso regionale sull'ICD10 erogato a i professionisti dei Servizi di salute mentale adulti e la formazione per i professionisti delle AUSL sulla nuova cartella.*

Dalla torre di Babele all'esperanto

I Servizi del DSM-DP hanno una propria struttura organizzativa, caratterizzata da competenze cliniche specifiche, ma soprattutto hanno una storia diversa. Gli strumenti informativi sino ad oggi non hanno agevolato il processo di integrazione auspicato; **di fatto il DSM-DP è organizzato a “silos organizzativi”**, suddivisi per stretta competenza di trattamento (NPIA, SerDP, Salute mentale adulti, SPDC, psicologia, ...). Questo ha portato a **sviluppare una organizzazione funzionale alla propria specifica peculiarità** che si è tradotta in **propri** trattamenti, prestazioni, nomenclatori, sistemi di codifica della diagnosi, utilizzo di specifici test di assessment e outcome. **In breve, i Servizi hanno coniato un proprio “linguaggio”** che di fatto mal si adatta ad un sistema orientato alla condivisione strategica degli interventi socio-sanitari e che funzioni per

programmi trasversali.

In tre anni di lavoro, specifici gruppi di lavoro si sono adoperati per **individuare un linguaggio comune**, che si può tradurre nelle seguenti azioni:

- unico sistema di codifica delle diagnosi per tutti i Servizi del DSM-DP: l'*ICD-10* – sistema di Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Oggi sono utilizzati l'ICD9-CM-1997 e diverse versioni di ICD10;
- nomenclatore unico delle prestazioni (51 prestazioni), legato al catalogo accessorio SOLE, condiviso tra i Servizi, alcune specifiche per figura professionale, alcune trasversali ai diversi attori dell'équipe. Il processo di semplificazione diviene ancora più rilevante se si considera che in precedenza vi erano oltre 160 prestazioni dei SerDP, 75 per l'NPIA e 54 per la Salute mentale adulti;
- nomenclatore unico dei trattamenti (24), condivisi tra i servizi, anche in questo caso in forte miglioramento rispetto al passato;
- un'unica modalità di rilevazione dell'anamnesi, suddivisa per aree specifiche (familiare patologica, fisiologica, patologica remota e prossima, farmacologica e trattamenti, sociale) e domini, ambiti da esplorare utili come guida per i professionisti che devono inserire le informazioni anamnestiche.

Riorganizzare i processi clinici

Nel processo di facilitazione della gestione della documentazione clinica, molte delle sovrastrutture organizzative/culturali generate dai precedenti applicative sono state, nel limite del possibile, **fortemente semplificate**, almeno nella eccezione della compilazione attraverso uno strumento informatico.

Sostanzialmente la cartella è stata strutturata in **processi che corrispondono alle principali fasi del processo di cura**:

- *prenotazione*, gestita attraverso un'agenda interfacciata con più servizi: servizi CUP aziendali, che potranno inserire le prenotazioni dei cittadini che richiedono una prima visita, rivolgendosi direttamente al Servizio, o attraverso un appuntamento telefonico.

L'idea è di seguire qualsiasi modello organizzativo oggi esistente e