



ORDINE  
MEDICI CHIRURGI  
E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA  
DI BRESCIA

COMMISSIONE CULTURA

Coordinatore: Dott. Germano Bettoncelli

*Corso di Aggiornamento - Edizione di Esine*

**BRESCIA, LA MEDICINA CHE CAMBIA**

**ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO AL TEMPO DELLA TECNOMEDICINA**

***Esine***

*Sala Conferenze ASST Valcamonica (Nuova Palazzina Ospedale di Esine) - Via Alessandro Manzoni n. 142*

**13 maggio 2017**

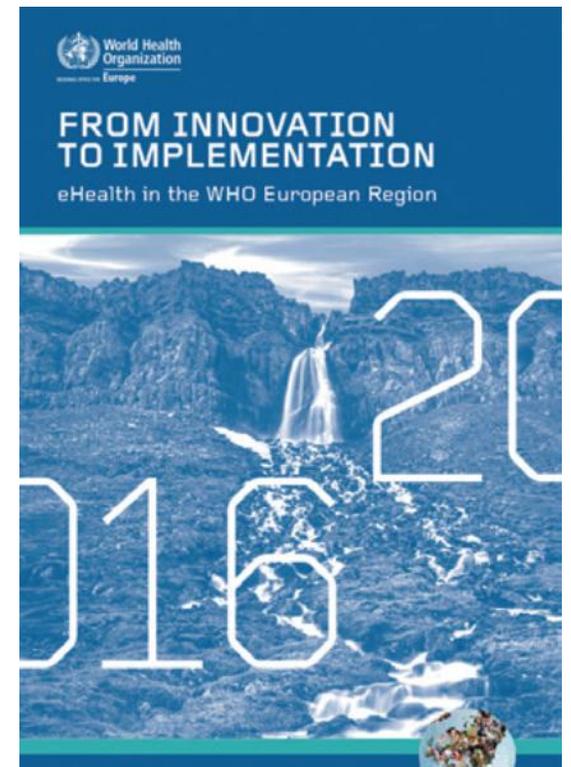
***La cartella informatizzata in Ospedale***

Dott.ssa Georgia Martignone  
Direzione Sanitaria  
FONDAZIONE POLIAMBULANZA BRESCIA

# eHealth

eHealth is defined as the use of electronic means to deliver information, resources and services related to health. It covers many domains, **including electronic health records**, mobile health and health analytics, among others. eHealth can put information in the right place at the right time, providing more services to a wider population and in a personalized manner

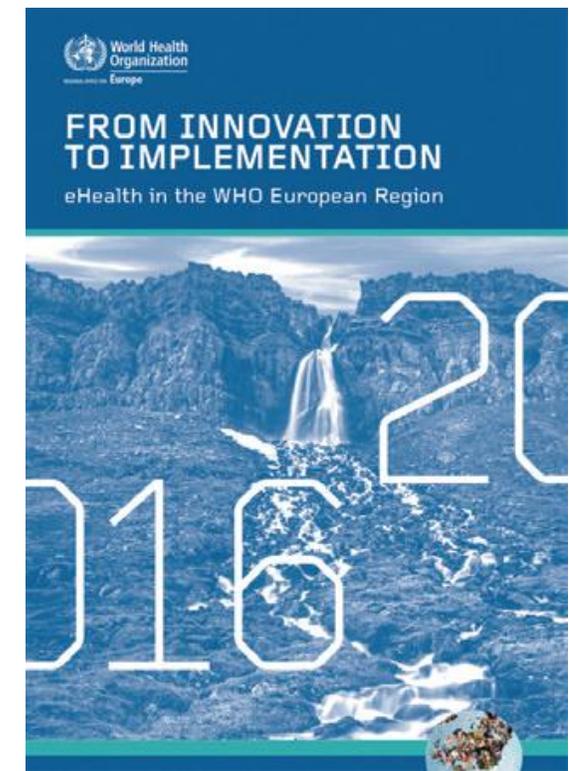
FROM INNOVATION TO IMPLEMENTATION  
eHealth in the WHO European Region, OMS 2016



# eHealth

eHealth can reduce health inequalities and help to modernize national health information systems and services. It has become a key asset for accessing health information and services, as well as improving how health information is gathered, managed and used. The prevalence of eHealth is growing in Europe and many programmes are maturing into established national services, indicating Member States' commitment to eHealth. A new WHO report on eHealth in the WHO European Region specifies that improvements in sustainable funding models, legislation, evaluations and education in eHealth will further support this progress

FROM INNOVATION TO IMPLEMENTATION  
eHealth in the WHO European Region, OMS 2016



# KEY INFORMATION DEL REPORT

- Il report, evidenzia che il 93% degli Stati membri ha investito del denaro pubblico nella sanità elettronica. Insomma, l'interesse non manca, ma va incanalato in maniera corretta; invece, si registrano ancora grandi lentezze sia sul fronte della **health analytics** sia dei **big data**: sono solo 6 i Paesi che hanno una strategia nazionale volta a regolarne il flusso in campo sanitario.
- Altro tema scottante è quello dei **social media**: nell'81% dei Paesi presi in esame dal rapporto Oms vengono utilizzati per promuovere iniziative di salute, ma manca in generale una politica nazionale volta a disciplinare il settore (solo il 14% ne ha allestita una) nonostante i rischi che possano derivare da un utilizzo indiscriminato di questi mezzi.
- Lo stesso dicasi per le **app**: utilizzatissime in tutte le attività sanitarie, mancano di un organo che sia responsabile di supervisionare e regolamentare il settore e quindi che ne garantisca sicurezza ed affidabilità.
- E veniamo al tasto veramente dolente: il Rapporto dell'Oms sottolinea come il 38% dei Paesi europei non abbia ancora sviluppato una strategia destinata alla **telemedicina** e c'è persino un 20% che non ha adottato le normative che tutelino la **riservatezza dei dati personali** che sono riportati nelle cartelle cliniche elettroniche: "In molti Paesi – ha spiegato Zsuzsanna Jakab, che è direttore regionale dell'Oms per l'Europa – l'e-Health sta rivoluzionando la fornitura di assistenza e l'informazione sanitaria. Eppure, nonostante i molti esempi di successo è chiaro da questo rapporto che l'adozione non è uniforme in tutta la Regione. E' importante investire di più".

## OSSERVATORIO INNOVAZIONE DIGITALE IN SANITÀ: SSN A RILENTO, CITTADINI E MEDICI SEMPRE PIÙ DIGITALI

Sono stati presentati ieri a Milano alcuni dei risultati della Ricerca dell'**Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano**. È emerso che l'innovazione digitale nella Sanità italiana avanza a rilento e, dopo un 2015 sostanzialmente stabile, nel 2016 fa registrare un leggero calo degli investimenti. Per la digitalizzazione della Sanità italiana l'anno scorso sono stati spesi complessivamente 1,27 miliardi di euro (1,1% della spesa sanitaria pubblica, 21 euro per abitante), con una contrazione del 5%

rispetto al 2015 (1,34 miliardi di euro, pari all'1,2% della spesa sanitaria pubblica, circa 22 euro per abitante). Nel dettaglio, 870 milioni di euro sono stati spesi dalle strutture sanitarie (-6%), 310 milioni direttamente dalle Regioni (-3%), 72 milioni dagli oltre 47mila Medici di Medicina Generale (1.538 euro per medico, con un aumento del 3% rispetto al 2015) e 16,6 milioni direttamente dal **Ministero della Salute** (-8%). La spesa complessiva dell'Italia per la Sanità resta lontana dagli standard dei Paesi europei avanzati e la contrazione conferma

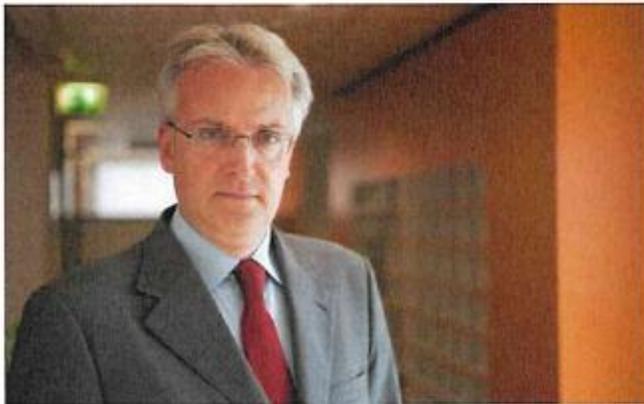
quanto i ritardi normativi, la mancanza di risorse inizialmente "promesse" nel Patto per la Sanità digitale e l'incertezza dovuta alle riforme sanitarie in atto in molte Regioni abbiano bloccato nuovi progetti. Ma il quadro della Sanità Digitale, oltre alle ombre, presenta diverse luci. Prosegue il percorso di digitalizzazione di base delle Aziende Sanitarie, con la Cartella Clinica Elettronica che rappresenta l'ambito di investimento più significativo: 65 milioni di euro nel 2016 (in leggero aumento rispetto a quanto rilevato sul 2015, pari a 64 milioni).

Le Direzioni Strategiche sono ormai consapevoli dell'importanza di offrire servizi digitali ai cittadini, su cui nel 2016 sono stati investiti 14 milioni di euro: l'80% delle strutture offre già - direttamente o tramite soluzioni regionali - il download dei referti via web, il 61% prenotazione delle prestazioni via internet. Dalle Regioni arrivano segnali positivi sui piani di sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e sulle riforme sanitarie che,

se nell'immediato creano incertezze che bloccano gli investimenti in atto, nel medio termine rappresentano un punto di forza perché puntano ad una maggiore aggregazione delle strutture sanitarie e a una più efficace integrazione tra ospedale e territorio. Se il Servizio Sanitario Nazionale si muove lento, inoltre, cittadini e medici corrono veloce.

Gli italiani sono sempre più "in Rete" per la propria salute: il 51% dei cittadini nel 2016 ha utilizzato almeno un servizio online in ambito sanitario (contro il 49% dell'anno prima), in particolare per informazioni sulle strutture (32%) e per prenotare online esami e visite (22%). I medici sono sempre più attenti alle tecnologie soprattutto per acquisire informazioni o comunicare:

oltre la metà dei Medici di Medicina Interna e quattro Medici di Medicina Generale su dieci utilizzano App per aggiornare le loro competenze, il 42% degli internisti e il 53% dei MMG utilizzano WhatsApp per comunicare con i pazienti.



Mariano Corso, Responsabile Scientifico dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità

Oltre la metà dei medici di Medicina Interna e 4/10 MMG utilizzano App per aggiornare le loro competenze, il 42% degli internisti e il 53% dei MMG utilizzano WhatsApp per comunicare con i pazienti

Intuitive. Integrated. Simple.

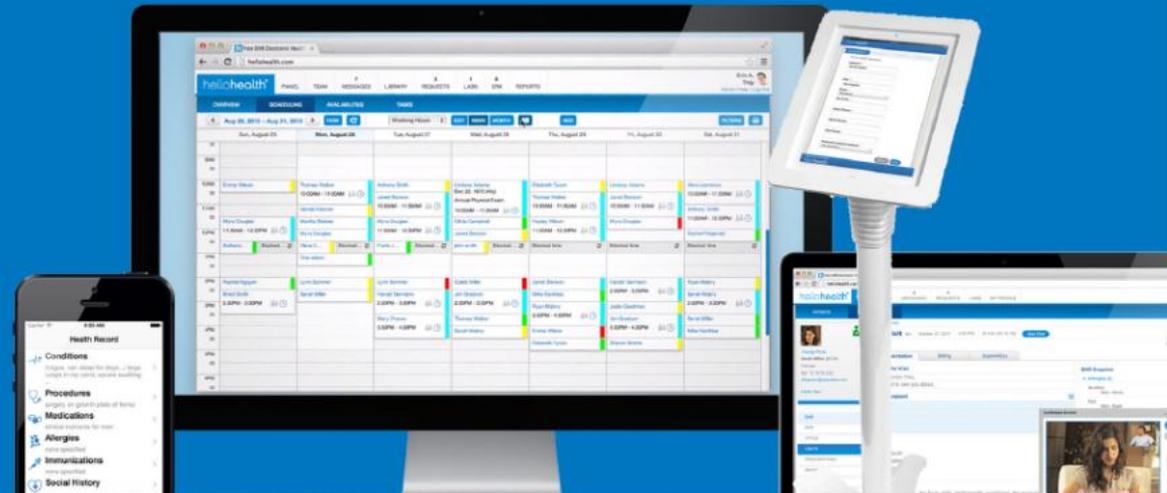
hellohealth® Patient Engagement Platform  
TELEMEDICINE

LEARN MORE >

hellohealth® Electronic Health Record  
EHR

LEARN MORE >

VIEW DEMO >



DISCOVER OUR OTHER SERVICES



# SEE A DOCTOR ONLINE

Next Appointment : 2 mins

See a doctor

Appointments to suit you



The UK's number 1 online doctor



CQC regulated. Secure, private fully-encrypted video consultations.

CHAT

HELP

£ COSTS

## THE WAIT IS OVER.

Whether you're unwell, looking to improve your fitness, have a specific aspiration in mind, or just have a quick question - you can talk face-to-face with a professional, caring UK doctor in as little as six minutes.



### 1. BOOK AN APPOINTMENT

Be seen in minutes, or choose a time that suits you.



### 2. SEE A DOCTOR ONLINE

Talk face-to-face with a UK GP using our app or website.



### 3. START FEELING BETTER

Receive medical advice, prescriptions, referrals and fit notes.

See a doctor

Join us

## Your 24-7 Medical & Wellness Concierge Service

**"Mobile Doctors 24-7"** provides a state of the art 24-7 Physician Control Center for everyone worldwide with the click of a button



Call Doctor



Wellness



Appointments



Integrated App



Deals



Nearby Services



[video\_lightbox\_youtube video\_id="t-ttCLU3Wk" width="620" height="450" anchor="https://youclickvecare.com/wp-content/uploads/watchvideo\_white.png"]  
[video\_lightbox\_youtube video\_id="jrmnL290lDo" width="620" height="450" anchor="https://youclickvecare.com/wp-content/uploads/watchvideo\_color.png"]

## PER IL MEDICO

REGISTRATI COME MEDICO



## GRATUITO

Non esiste quota di ingresso né abbonamento, né per il Medico né per il Paziente: il Paziente, di volta in volta, paga il consulto di cui ha bisogno, alle tariffe decise da ciascun Medico.



## CONSULTI

Il Medico risponde alle richieste di consulto dei Pazienti, che possono inviare testi, allegati e immagini radiologiche in formato DICOM da CD.



## VIDEOVISITE

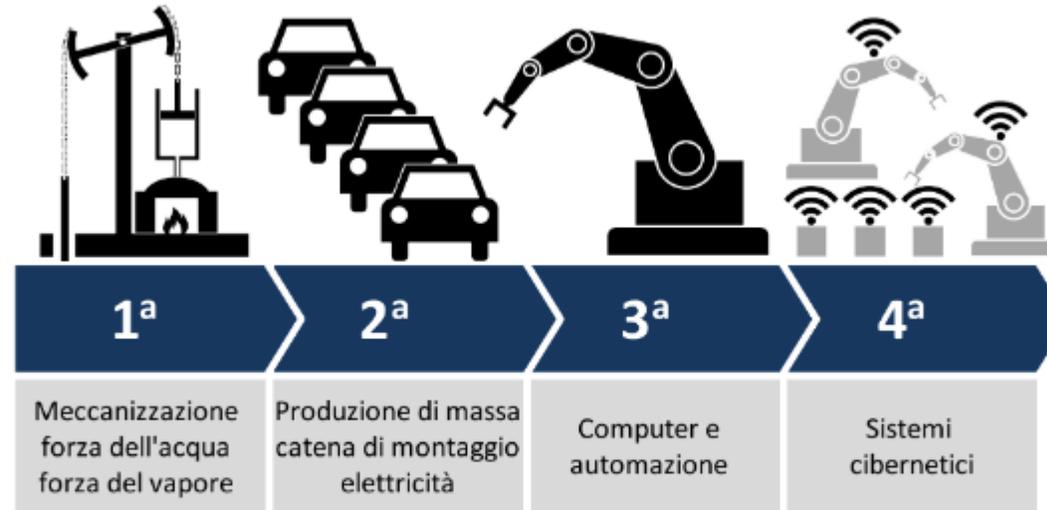
Il Medico può effettuare delle visite da remoto senza chiedere al Paziente di recarsi fisicamente in ambulatorio. Le Videovisite sono effettuate nei giorni e negli orari prestabiliti dal Medico.



## INFO

Il Paziente può contattare il Medico per domande di tipo organizzativo-burocratico. NON è consentito l'invio di dati sanitari da parte del Paziente né l'emissione di pareri medici da parte del Medico.





#### INDUSTRY 4.0

*Di Christoph Roser (original author). Please credit "Christoph Roser at AllAboutLean.com", if possible with link. - File:Industry 4.0 NoText.png, CC BY-SA 4.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=57969598>*

Nell'evoluzione dell'informatica nei processi sanitari si possono identificare:

- ❖ la fase 1.0, con l'introduzione dell'informatica a **sostituzione di processi manuali e cartacei**
- ❖ la fase 2.0, nell'**attivazione della rete aziendale dei sistemi informativi** per abilitare la condivisione degli strumenti informatici tra i diversi operatori
- ❖ la fase 3.0, con l'**interoperabilità dei processi clinico sanitari** per attivare la condivisione di servizi, dati e informazioni cliniche.

# HEALTH 4.0

Ora l'ICT in Sanità è pronta per la nuova fase 4.0: mettere a frutto la produzione informatica dei dati clinico sanitari perché forniscano reale "valore" all'operatore a tutti i livelli:

clinico   assistenziale   manageriale.

Strumenti di supporto decisionale, analisi di indicatori clinici, strumenti predittivi, governance dei percorsi clinico assistenziali sono solo alcuni dei moduli funzionali che portano l'ICT in Sanità a raggiungere il livello 4.0.

# La Cartella Clinica Elettronica

Sistema Informativo Socio Sanitario

## Linee guida Regionali per la Cartella Clinica Elettronica Aziendale

La **Cartella Clinica Elettronica** è definita 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”.

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

# La Cartella Clinica Elettronica

Sistema Informativo Socio Sanitario

## Linee guida Regionali per la Cartella Clinica Elettronica Aziendale

Essa si configura quindi come un **sistema informatico integrato aziendale**, da intendersi come **trasversale alle varie tipologie di regimi clinico-sanitari di accesso e ai vari processi di cura**, in **sostituzione della cartella clinica cartacea**, che da un lato ne rispetti i requisiti e le funzioni, e dall'altro risolva alcune criticità ad essa legate, offrendo opportunità di aumentare il valore attraverso l'integrazione con altri strumenti informatici.

<b>Codice documento:</b>	<b>CRS-LG-SIEE#02</b>		
<b>Versione:</b>	<b>02.1</b>	<b>PVCS:</b>	
<b>Data di emissione:</b>	<b>29-02-2012</b>	<b>Stato:</b>	<b>EMESSO</b>

# Funzioni della cartella clinica

Le funzioni che essa assolve sono molteplici e si possono sintetizzare nei seguenti punti:

- Fornire una **base informativa per scelte assistenziali razionali e per garantire continuità di cura al paziente**, documentando il quadro clinico, il percorso ed i risultati conseguiti nel corso della cura, sia essa espletata in un episodio ricovero o in un episodio ambulatoriale.
- Costituire un **mezzo di comunicazione** tra tutti gli attori responsabili nel tempo dell'assistenza al malato, che possono così comunicare e assistere il paziente con continuità, grazie alle annotazioni riportate. Si tratta, in effetti, di uno spazio di lavoro condiviso.
- Facilitare l'**integrazione di competenze** multi professionali nel processo diagnostico-terapeutico, favorendo la costituzione di un'informazione clinica completa e organica.
- Consentire la **tracciabilità delle diverse attività svolte**, in termini di responsabilità delle azioni intraprese dal personale sanitario, la loro cronologia, le modalità d'esecuzione delle stesse.
- Terminato un episodio di cura, costituire una **fonte informativa di lungo termine** per la ricerca clinico-scientifica, il monitoraggio epidemiologico della popolazione, la formazione degli operatori, studi valutativi sull'attività assistenziale, esigenze amministrative, gestionali e finanziarie (le informazioni riportate sulla cartella clinica sono infatti di supporto ai sistemi di costing).
- Trattandosi di documentazione pubblica di fede privilegiata, permette l'**esercizio di diritti e la tutela degli interessi** sia dell'assistito sia dell'azienda erogante l'assistenza.

# Cartella Clinica

In dottrina:

- **Atto certificativo** – dichiarazione di scienza e verità da parte del medico, non idonea a costituire nuove situazioni giuridiche.

In giurisprudenza (Cassazione) e altra parte della dottrina:

- **Atto pubblico di fede privilegiata**, ossia atto redatto dal medico – pubblico ufficiale se compie attività di assistenza sanitaria (ASL ed Ospedali) – nell'esercizio di una potestà di certificazione ed attestazione conferita dalla legge ed in conformità ai singoli regolamenti interni.

# Atto pubblico

- Articolo 2699 del Codice Civile – definizione di atto pubblico
- *“L'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad **attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato**”*
- Articolo 2700 del Codice Civile – Efficacia dell'atto pubblico
- *L'atto pubblico **fa piena prova, fino a querela di falso**, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti*
- *Definizione di pubblico ufficiale (art. 357 C.P.): soggetto, pubblico dipendente o privato, che può o deve, nell'ambito di una potestà regolata dal diritto pubblico, formare e manifestare la volontà della pubblica amministrazione ovvero esercitare poteri autoritativi o certificativi;*

# Cartella clinica

- La funzione certificatoria deve essere assicurata attraverso la **veridicità, la completezza, la correttezza formale e la chiarezza** (Cfr. Cass. Penale 27 marzo 1992).
- La cartella clinica è una **costante registrazione dei rilievi clinici**, la funzione certificativa non si esaurisce in uno o più momenti temporali ma è continua.
- **I fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi** e l'atto, in sé, non si perfeziona con la firma finale ma con ogni singola annotazione.
- Le correzioni, sulla forma cartacea, possono essere apportate lasciando immutate e leggibili le precedenti annotazioni errate. In caso contrario vi è il rischio di alterazione del documento con conseguenze anche penali per chi l'ha redatta.

# Norme penali applicabili

## Articolo 476 Codice Penale

Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

- *Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni.*
- *Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso la reclusione è da tre a dieci anni*

## Articolo 479 Codice Penale

Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

- *Il pubblico ufficiale, che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite.*

# Nuova Normativa

- D.Lgs. 7 marzo 2005 n. 82 – **Codice dell'amministrazione digitale (CAD)**. Il codice costituisce un corpo organico di disposizioni che presiede all'uso dell'informatica come strumento di comunicazione tra Pubblica Amministrazione e cittadini.
- D.P.C.M. 22 febbraio 2013 – **Regole tecniche sulle firme elettroniche**. Il decreto definisce le regole in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate e digitali.
- D.P.C.M. 3 dicembre 2013 – **Regole tecniche in materia di sistema di conservazione**. Il decreto definisce le caratteristiche, gli oggetti, le responsabilità, le modalità di esibizione del contenuto connesse ad un sistema di conservazione.
- D.P.C.M. 3 dicembre 2013 – **Regole tecniche sul protocollo informatico**. Il decreto definisce le regole tecniche, i criteri e le specifiche delle informazioni previste nelle operazioni di registrazione e segnatura di protocollo, nonché gli adeguamenti a cui sono sottoposte le Pubbliche Amministrazioni in tema di protocollo informatico.
- D.P.C.M. 13 novembre 2014 – **Regole tecniche sul documento informatico**. Il decreto regola la formazione, la copia, la duplicazione, la riproduzione e la validazione temporale dei documenti informatici.

# Nuovo concetto di documento informatico

- D. Lgs. 7 marzo 2005 n. 82 – Codice dell'Amministrazione Digitale, il quale definisce il "documento informatico" come la rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.
- La rappresentazione informatica costituisce l'originale
- Non esiste distinzione tra originale e copia (medesima sequenza di valori binari)
- L'alterabilità del documento nel tempo dipende dalle tecnologie utilizzate e dal processo di gestione del documento stesso
- La cartella clinica quindi può nascere o essere trasformata in documento informatico, nel rispetto di quanto contenuto nel predetto decreto legislativo

# Il Responsabile della Conservazione (RdC)

Il RdC definisce e attua le politiche complessive del sistema di conservazione e ne governa la gestione con piena responsabilità ed autonomia.

Ai sensi dell'art. 7 del D.P.C.M. 3 dicembre 2013, il Responsabile della Conservazione:

- ☒ definisce le caratteristiche e i requisiti del sistema di conservazione in funzione della tipologia dei documenti da conservare, della quale tiene evidenza, in conformità alla normativa vigente;
- ☒ gestisce il processo di conservazione e ne garantisce nel tempo la conformità alla normativa vigente;
- ☒ genera il rapporto di versamento, secondo le modalità previste dal manuale di conservazione;
- ☒ genera e sottoscrive il pacchetto di distribuzione con firma digitale o firma elettronica qualificata, nei casi previsti dal manuale di conservazione;
- ☒ effettua il monitoraggio della corretta funzionalità del sistema di conservazione;
- ☒ assicura la verifica periodica, con cadenza non superiore ai cinque anni, dell'integrità degli archivi e della leggibilità degli stessi;
- ☒ al fine di garantire la conservazione e l'accesso ai documenti informatici, adotta misure per rilevare tempestivamente l'eventuale degrado dei sistemi di memorizzazione e delle registrazioni e, ove necessario, per ripristinare la corretta funzionalità; adotta analoghe misure con riguardo all'obsolescenza dei formati;

# Il Responsabile della Conservazione (RdC)

Ai sensi dell'art. 7 del D.P.C.M. 3 dicembre 2013, il Responsabile della Conservazione:

- ☒ provvede alla duplicazione o copia dei documenti informatici in relazione all'evolversi del contesto tecnologico, secondo quanto previsto dal manuale di conservazione;
- ☒ adotta le misure necessarie per la sicurezza fisica e logica del sistema di conservazione ai sensi dell'art. 12 (delle regole tecniche);
- ☒ assicura la presenza di un pubblico ufficiale, nei casi in cui sia richiesto il suo intervento, garantendo allo stesso l'assistenza e le risorse necessarie per l'espletamento delle attività al medesimo attribuite;
- ☒ assicura agli organismi competenti previsti dalle norme vigenti l'assistenza e le risorse necessarie per l'espletamento delle attività di verifica e di vigilanza;
- ☒ provvede, per gli organi giudiziari e amministrativi dello Stato, al versamento dei documenti conservati all'archivio centrale dello Stato e agli archivi di Stato secondo quanto previsto dalle norme vigenti;
- ☒ predispone il manuale di conservazione di cui all'art. 8 (delle regole tecniche) e ne cura l'aggiornamento periodico in presenza di cambiamenti normativi, organizzativi, procedurali o tecnologici rilevanti.

# Il Responsabile della Conservazione (RdC)

 <b>FONDAZIONE POLIAMBULANZA</b> Istituto Ospedaliero	<b>Procedura Aziendale</b>  <i>Conservazione della documentazione elettronica: canali DICOM e DCE</i>	<b>PA</b>	
		<b>DG</b>	<b>03</b>

## Procedura aziendale:

### Conservazione della documentazione elettronica: canali DICOM e DCE

DICOM - Digital Imaging  
and Communications in  
Medicine

<i>Preparato da:</i>	Resp. Sistemi Informativi ICT Dott. R. Poeta		il 03/05/2016
----------------------	--	--	------------------

<i>Verificato da:</i>	Resp. Conservazione Sostitutiva Canale DICOM Dott.ssa S. Magnaldi		il 05/05/2016
-----------------------	---	--	------------------

<i>Verificato da:</i>	Resp. Conservazione Sostitutiva Canale DCE Dott.ssa V. Zacchi		il 05/05/2016
-----------------------	---	--	------------------

DCE – Documento  
Clinico Elettronico

# Nuovo concetto di firma

- Non deve essere necessariamente sottoscritta
- Non è un gesto personale dell'autore
- Esistono diversi metodi di firma con diversa valenza probatoria

Le firme informatiche:

- firma elettronica (es. e-mail)
- firma elettronica avanzata
- firma qualificata (con smart card)
- firma digitale (con smart card)
- l'“acquisizione digitale della sottoscrizione autografa” seguita dalla firma digitale dal notaio



# ELENCO PRODOTTI CCE "VERIFICATI SISS" (Aggiornato al 31/08/2015) LINEE GUIDA CCE V.2.2

TIPOLOGIA CCE	NOME PRODUTTORE	NOME PRODOTTO	RELEASE	STATO VERIFICA	DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO
RICOVERO	AO Niguarda CàGranda	<b>Portale Clinico</b>	<b>10.1</b>	<b>VERIFICATO SISS</b>	29/11/2013
AMBULATORIALE		<b>Portale Clinico</b>	<b>10.1</b>	<b>VERIFICATO SISS</b>	29/11/2013
RICOVERO	Engineering Ingegneria Informatica S.p.a	<b>AREAS EMR</b>	<b>2.15.5</b>	<b>VERIFICATO SISS</b>	12/12/2012
AMBULATORIALE		<b>AREAS AMB</b>	<b>2.15.5</b>	<b>VERIFICATO SISS</b>	26/03/2013
RICOVERO	Dedalus Clinic S.r.l.	<b>Tabula Clinica</b>	<b>4.0</b>	<b>VERIFICATO SISS</b>	25/09/2013
RICOVERO	NoemaLifeS.p.a	<b>Galileo</b>	<b>1.4</b>	<b>VERIFICATO SISS</b>	18/04/2013
AMBULATORIALE		<b>Galileo</b>	<b>1.4</b>	<b>VERIFICATO SISS</b>	18/04/2013
RICOVERO	Laserbiomed S.r.l.	<b>wHospital Framework</b>	<b>3.16</b>	<b>VERIFICATO SISS</b>	26/02/2013
AMBULATORIALE		<b>wHospital Framework</b>	<b>3.16</b>	<b>VERIFICATO SISS</b>	26/02/2013
RICOVERO	Hi.TechS.p.A.	<b>WEBHOSPITAL</b>	<b>2.0</b>	<b>VERIFICATO SISS</b>	20/12/2012

Continua.....

# La Cartella Clinica Elettronica

La cartella clinica elettronica è un approccio, non un prodotto\*

- Occorre ripensare sia i metodi usati finora per memorizzare e organizzare l'informazione clinica, che le procedure per scambiare e mettere in comune i dati tra operatori sanitari.
- Questo processo porterà in un prossimo futuro a una cartella clinica elettronica pienamente inserita nel sistema informativo sanitario.
- Viene richiesto un trattamento uniforme di dati clinici e amministrativi sui singoli e sulle strutture sanitarie, di letteratura scientifica e di protocolli, nell'ambito di sistemi informativi sempre più complessi ed estesi, con bisogni informativi e di comunicazione estremamente intensi e diversificati.

\*Congresso Internazionale di Informatica Medica (Seoul, 1998)

# Gli usi della cartella clinica elettronica

La cartella clinica elettronica deve essere concepita, fin dall'inizio della sua progettazione, per molteplici utilizzi

- Infatti il supporto elettronico fornisce facilmente le funzionalità necessarie per selezionare e trasformare i dati per diversi tipi di utenti.
- Nei sistemi informativi clinici, i dati contenuti nelle cartelle cliniche possono essere utilizzati, con opportune selezioni, trasformazioni e aggregazioni, da diversi tipi di attori:
  - **da chi fornisce assistenza:** medici di medicina generale, specialisti, ospedalieri, infermieri, fisioterapisti, dietologi, farmacisti, personale di laboratorio, psicologi, radiologi, etc;
  - **da chi utilizza l'assistenza,** cioè pazienti e loro familiari;
  - **da chi gestisce l'assistenza,** per esempio amministratori e direttori sanitari, non solo a livello di ospedale o di ATS, ma anche a livello regionale e nazionale.

# Sicurezza della Cartella Clinica Elettronica

- Requisiti architetturali
  - Centralizzazione dei dati
  - Sincronizzazione dei dati
  - Affidabilità del dato
  - Dispositivi mobili
  - Canale trasmissivo sicuro
  - Continuità del servizio
  - Autenticazione dell'operatore
  - Immodificabilità e tracciabilità dei dati
- Definizione di regole e processi
  - Politiche di gestione del dato clinico
  - Definizione dei ruoli e regole di registrazione e accesso ai dati
  - Definizione dei processi di gestione delle informazioni
- Attività di verifica e controllo
  - Monitoraggio anche proattivo
  - Audit periodico

**ELENCO REVISIONI**

<b>N. Rev.</b>	<b>Data redazione</b>	<b>Redattore</b>	<b>Descrizione Modifiche</b>
1	17.02.2003	Dir. Sanitaria	Prima emissione in forma controllata
2	23.03.2005	RM&Q	Definizione Responsabilità
3	15.06.2006	RM&Q	Aggiornamento legislativo in materia di protezione dei dati personali
4	02.07.2008	RM&Q	Aggiornamento elenco allegati
5	24.07.2009	RM&Q	Aggiornamento elenco allegati
6	05.10.2010	RM&Q	Aggiornamento a delibere Regione Lombardia
7	09.11.2011	RM&Q	Aggiornamento elenco allegati
8	25.09.2013	RM&Q	Aggiornamento radicale secondo standards JCI
9	30.06.2016	Direzione Sanitaria	REVISIONE COMPLETA

 <b>FONDAZIONE POLIAMBULANZA</b> Istituto Ospedaliero	<b>Procedura Aziendale</b>  <i>LA CARTELLA CLINICA</i>	PA	
		DS	04

## INDICE

<b>1. SCOPO</b>	<b>4</b>
<b>2. CAMPO DI APPLICAZIONE</b>	<b>4</b>
<b>3. RIFERIMENTI</b>	<b>4</b>
<b>4. ABBREVIAZIONI/ACRONIMI</b>	<b>5</b>
<b>5. ALLEGATI</b>	<b>5</b>
<b>6. DEFINIZIONE E FUNZIONI DELLA CARTELLA CLINICA</b>	<b>6</b>
<b>7. REQUISITI DI CONTENUTO</b>	<b>8</b>
<b>7.1. FORMATO E SUPPORTO</b>	<b>8</b>
<b>7.2. IDENTIFICAZIONE E COMPOSIZIONE</b>	<b>9</b>
<b>8. REGOLE DI ACCESSO E COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA</b>	<b>31</b>
<b>9. CONSULTAZIONE E RILASCIO DI COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE</b>	<b>33</b>
<b>10. CONSERVAZIONE DELLE CARTELLE CLINICHE</b>	<b>33</b>
<b>11. ARCHIVIAZIONE DELLE CARTELLE CLINICHE</b>	<b>34</b>
<b>12. VALUTAZIONE E CONTROLLO DELLE CARTELLE CLINICHE</b>	<b>35</b>
<b>12.1 MECCANISMI AUTOMATICI DI CONTROLLO</b>	<b>35</b>
<b>12.2. CONTROLLI SUI REQUISITI DI APPROPRIATEZZA E CONGRUENZA</b>	<b>36</b>

# La struttura della cartella clinica elettronica

## 4 SEZIONI

A. Apertura del ricovero (Ammissione della persona assistita)

B. Processo di cura

C. Chiusura del ricovero (Dimissione della persona assistita)

D. Documenti allegati

# Apertura del ricovero

SEZIONI	MODULI	DOCUMENTI DEL PROCESSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	DOCUMENTI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE
<b>A. Apertura del ricovero</b> (Ammissione della persona assistita)	<b>A.1</b> <b>Dati amministrativi</b>	1. Dati di identificazione della cartella clinica 2. Dati di identificazione della persona assistita 3. Dati amministrativi di apertura ricovero	1. Dati di identificazione della cartella infermieristica 2. Dati di identificazione della persona assistita
	<b>A.2</b> <b>Inquadramento iniziale della persona assistita</b>	1. Documento di proposta di ricovero/verbale di accettazione 2. Documento valutazione iniziale: Motivazione del ricovero Anamnesi (sociale, familiare, fisiologica, patologica remota, patologica prossima) Problemi aperti Piano diagnostico terapeutico Allergie Terapia eseguita al domicilio 3. Esame obiettivo generale e per apparati 4. Screening del rischio nutrizionale 5. Piano di cura: pianificazione del processo diagnostico e terapeutico	6. Valutazione multidimensionale 7. Identificazione del bisogno di assistenza infermieristica (Scala di Conley modificata e Norton Plus, IADL, BADL?) 8. Formulazione degli obiettivi

# Processo di cura

SEZIONI	MODULI	DOCUMENTI DEL PROCESSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	DOCUMENTI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE
<b>B. Processo di cura</b>	<b>B.1 Pianificazione del processo di cura e di assistenza</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedure diagnostiche</li> <li>2. Procedure terapeutiche/assistenziali</li> <li>3. Procedure riabilitative</li> </ol>	Pianificazione delle azioni infermieristiche
	<b>B.2 Decorso del ricovero</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diario clinico</li> <li>2. Piano terapeutico (incl. Prescrizioni nutrizionali)</li> <li>3. Rilevazione parametri vitali</li> <li>4. Referti/Consulenze</li> <li>5. Scheda operatoria</li> <li>6. Documentazione anestesiologicala</li> <li>7. Informativa e dichiarazioni di volontà dell'assistito</li> </ol>	Diario infermieristico

# Chiusura del ricovero

SEZIONI	MODULI	DOCUMENTI DEL PROCESSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	DOCUMENTI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE
<b>C. Chiusura del ricovero</b> (Dimissione della persona assistita)		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutazione finale</li> <li>2. Lettera di dimissione</li> <li>3. Dati amministrativi di chiusura ricovero</li> <li>4. Scheda di dimissione ospedaliera</li> <li>5. Chiusura della cartella clinica</li> <li>6. Eventuale risultato del riscontro autoptico</li> </ol>	Valutazione dei risultati

# Documenti allegati

SEZIONI	MODULI	DOCUMENTI DEL PROCESSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	DOCUMENTI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE
<b>D. Documenti allegati</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esami eseguiti in pre-ricovero</li> <li>2. Documenti relativi a prelievo di organi e trapianti</li> <li>3. Documenti relativi a impianti di presidi medico-chirurgici</li> <li>4. Documenti relativi a trasfusioni di sangue, emoderivati, plasma e plasmaderivati</li> <li>5. Documenti relativi alla programmazione della continuità delle cure</li> </ol>	Schede di lavoro

DOCUMENTO	CATEGORIA	PROCESSO	ORIGINALE	PROCEDURE AZIENDALI DA CONSULTARE	NOTE
INFORMATIVA E CONSENSO DATATI E FIRMATI DAL MEDICO E DAL PAZIENTE	CONSENSI INFORMATI	INTERVENTO CHIRURGICO, ANESTESIA, CHEMIOTERAPIA, ESAMI CON MDC, PROCEDURE INTERVENTISTICHE ED ENDOSCOPICHE, RICERCA HIV, TEST GENETICI, UTILIZZO OFF LABEL FARMACI	CONSERVATO		FIRMA AUTOGRAFA
MODULO CON ETICHETTE MATERIALI UTILIZZATI IN SALA OPERATORIA (M-BO-93)/SALA PROCEDURE INTERVENTISTICHE	MATERIALI UTILIZZATI	INTERVENTO CHIRURGICO, PROCEDURE INTERVENTISTICHE	CONSERVATO		FIRMA AUTOGRAFA
<b>TRASFUSIONI</b> - INFORMATIVA E CONSENSO DATATI E FIRMATI DAL MEDICO E DAL PAZIENTE	CARTELLA TRASFUSIONALE	1) TRASFUSIONE SANGUE, PLASMA FRESCO CONGELATO, PIASTRINE 2) SOMMINISTRAZIONE EMODERIVATI 3) AUTOTRASFUSIONE DI SANGUE 4) PRELIEVO E PRODUZIONE CONCENTRATO AUTOLOGO PIASTRINE	CONSERVATO		FIRMA AUTOGRAFA
<b>TRASFUSIONI</b> -MODULI PREVISTI DALLA PA_DS_06 "Sicurezza trasfusionale"	CARTELLA TRASFUSIONALE		CONSERVATO	PA_DS_06	FIRMA AUTOGRAFA
<b>TRASFUSIONI</b> -MODULO RICHIESTA/RITIRO EMAZIE CONCENTRATE O SANGUE INTERO	CARTELLA TRASFUSIONALE		CONSERVATO	PA_DS_06	FIRMA AUTOGRAFA
<b>TRASFUSIONI</b> -MODULI SANGUE SPEDALI CIVILI	CARTELLA TRASFUSIONALE		CONSERVATO	PA_DS_06	FIRMA AUTOGRAFA
<b>UTILIZZO PRP</b> - MODULO M_PA_DS_49_01 (procedura PA_DS_49 "Produzione di emocomponenti autologhi per uso NON trasfusionale")			CONSERVATO	PA_DS_49	FIRMA AUTOGRAFA VERRA ATTIVATA LA NUOVA APPLICAZIONE GEL_PIASTRINICO
La produzione del PRP è registrata sul "Registro produzione PRP" (M_PA_DS_49_02) in formato elettronico, dall'operatore che in blocco operatorio attua la procedura					FIRMA AUTOGRAFA VERRA ATTIVATA LA NUOVA APPLICAZIONE GEL_PIASTRINICO

# SINOTTICO DEI PROFILI DI ACCESSO ALLA PIATTAFORMA GALILEO

I profili di accesso alla CCE differenziati per:

- Medico
- Infermiere
- OSS
- Segreteria di UO
- Amministrativo
- Direzione Sanitaria
- ICT amministratore di sistema
- Consulente esterno
- Medicina preventiva

# SINOTTICO DEI PROFILI DI ACCESSO ALLA PIATTAFORMA GALILEO

TIPOLOGIA DI PROFILO	Accesso e Visibilità pazienti	Movimentazione Paziente	Order Entry (gestione richieste di laboratorio, anatomia patologica, radiologia e consulenze)	Cartella Clinica Elettronica (SEZIONE MEDICA)	Cartella Clinica Elettronica (SEZIONE INFERMIERISTICA)
<b>PROFILO MEDICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UO di Competenza</li> <li>• Ricerca libera dei pazienti su tutta la struttura tramite criteri di ricerca (Nome Cognome Numero SDO, ecc)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasferimento</li> <li>• Dimissione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni iniziali: lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Esame Obiettivo: lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Diario Clinico medico: lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Valutazioni Nutrizionali: lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Scale Valutazione Mediche: lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Lettera Dimissione : lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Modulo Terapie : lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Rilevazione parametri vitali: lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Codifica SDO: lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Refertazione Ambulatoriale: lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Produzione Ricetta Rossa (Prescrizione Prestazioni) (Medici di PS anche prescrizione Farmaci)</li> <li>• Accesso Impax: visualizzazione immagini</li> <li>• Verbale Operatorio : lettura, scrittura, modifica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni Multidimensionali / Scale Infermieristiche: lettura</li> <li>• Attività infermieristiche: lettura</li> <li>• Diario Clinico infermieristico: lettura</li> </ul>
<b>PROFILO INFERMIERE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UO di Competenza e pazienti che hanno avuto almeno un accesso nella UO di competenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasferimento</li> <li>• Dimissione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni iniziali : lettura</li> <li>• Esame Obiettivo : lettura</li> <li>• Diario Clinico medico: lettura</li> <li>• Valutazioni Nutrizionali : lettura</li> <li>• Lettera Dimissione : lettura</li> <li>• Modulo Terapie : lettura, scrittura terapia estemporanea, modifica</li> <li>• Rilevazione parametri vitali: lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Accesso Impax visualizzazioni immagini</li> <li>• Verbale Operatorio : lettura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni Multidimensionali / Scale Infermieristiche: lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Attività infermieristiche : lettura, scrittura, modifica</li> <li>• Diario Clinico infermieristico lettura, scrittura, modifica</li> </ul>

Lettura, scrittura, modifica

Sola lettura

# SINOTTICO DEI PROFILI DI ACCESSO ALLA PIATTAFORMA GALILEO

TIPOLOGIA DI PROFILO	Accesso e Visibilità pazienti	Movimentazione Paziente	Order Entry (gestione richieste di laboratorio, anatomia patologica, radiologia e consulenze)	Cartella Clinica Elettronica (SEZIONE MEDICA)	Cartella Clinica Elettronica (SEZIONE INFERMIERISTICA)
<b>PROFILO OSS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UO di Competenza e pazienti che hanno avuto almeno un accesso nella UO di competenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non possibile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lettura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni iniziali : lettura</li> <li>• Esame Obiettivo : lettura</li> <li>• Diario Clinico medico: lettura</li> <li>• Valutazioni Nutrizionali : lettura</li> <li>• Lettera Dimissione : lettura</li> <li>• Modulo Terapie : lettura</li> <li>• Scale Valutazione Mediche : lettura</li> <li>• Rilevazione parametri vitali: lettura, scrittura, modifica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni Multidimensionali / Scale Infermieristiche: lettura</li> <li>• Attività infermieristiche :lettura</li> <li>• Diario Clinico infermieristico: lettura, scrittura, modifica</li> </ul>
<b>PROFILO SEGRETERIA di UO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UO di Competenza e pazienti che hanno avuto almeno un accesso nella UO di competenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasferimento</li> <li>• Dimissione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lettura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni iniziali : lettura</li> <li>• Esame Obiettivo : lettura</li> <li>• Diario Clinico medico: lettura</li> <li>• Valutazioni Nutrizionali : lettura</li> <li>• Lettera Dimissione : lettura</li> <li>• Modulo Terapie: lettura</li> <li>• Verbale Operatorio : lettura</li> <li>• Scale Valutazione mediche: lettura</li> <li>• Codifica SDO: lettura, scrittura, modifica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni Multidimensionali / Scale Infermieristiche: lettura</li> <li>• Attività infermieristiche :lettura</li> <li>• Diario Clinico infermieristico: lettura</li> </ul>
<b>PROFILO AMMINISTRATIVO:</b> • ACCETTAZIONE PAZIENTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricerca libera dei pazienti su tutta la struttura tramite criteri di ricerca (Nome Cognome Numero SDO)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accettazione</li> <li>• Trasferimento</li> <li>• Dimissione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lettura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni iniziali : lettura</li> <li>• Esame Obiettivo : lettura</li> <li>• Diario Clinico medico: lettura</li> <li>• Valutazioni Nutrizionali : lettura</li> <li>• Lettera Dimissione : lettura</li> <li>• Modulo Terapie : lettura</li> <li>• Parametri vitali : lettura</li> <li>• Scale Valutazione Mediche : lettura</li> <li>• Verbale Operatorio : lettura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni Multidimensionali / Scale Infermieristiche: lettura</li> <li>• Attività infermieristiche :lettura</li> <li>• Diario Clinico infermieristico: lettura</li> </ul>
<b>PROFILO AMMINISTRATIVO:</b> • DIREZIONE SANITARIA • UFF. CARTELLE CLINICHE • SC3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricerca libera dei pazienti su tutta la struttura tramite criteri di ricerca (Nome Cognome Numero Ricovero.....)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasferimento</li> <li>• Dimissione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni iniziali : lettura</li> <li>• Esame Obiettivo : lettura</li> <li>• Diario Clinico medico: lettura</li> <li>• Valutazioni Nutrizionali : lettura</li> <li>• Lettera Dimissione : lettura</li> <li>• Modulo Terapie : lettura</li> <li>• Rilevazione parametri vitali: lettura</li> <li>• Codifica SDO: lettura, scrittura, modifica e sblocco</li> <li>• Scale Valutazione Mediche : lettura</li> <li>• Accesso Impax visualizzazioni immagini</li> <li>• Verbale Operatorio : lettura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazioni Multidimensionali / Scale Infermieristiche: lettura</li> <li>• Attività infermieristiche :lettura</li> <li>• Diario Clinico infermieristico: lettura</li> </ul>

Letture, scrittura, modifica

Sola lettura

# Trasparenza dei dati

LEGGE 8 marzo 2017 , n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Art. 4.

La direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto.....fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta.

# Fascicolo Sanitario Elettronico

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 29  
settembre 2015, n. 178

Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico.  
(15G00192) (GU n.263 del 11-11-2015)

# Fascicolo Sanitario Elettronico

## Contenuti minimi

1. I contenuti del FSE sono rappresentati da un nucleo minimo di dati e documenti, nonché da dati e documenti integrativi che permettono di arricchire il Fascicolo stesso.

2. Il nucleo minimo, di cui al comma 1, uguale per tutti i fascicoli istituiti da regioni e province autonome, è costituito dai seguenti dati e documenti:

- a) dati identificativi e amministrativi dell'assistito di cui all'articolo 21;
- b) referti**, inclusi quelli consegnati ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 243 del 16 ottobre 2013;
- c) verbali pronto soccorso;**
- d) lettere di dimissione;**
- e) profilo sanitario sintetico, di cui all'articolo 3;
- f) dossier farmaceutico;
- g) consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti

# Fascicolo Sanitario Elettronico

## Contenuti integrativi

3. I dati e documenti integrativi, di cui al comma 1, sono ulteriori componenti del FSE, la cui alimentazione è funzione delle scelte regionali in materia di politica sanitaria e del livello di maturazione del processo di digitalizzazione quali:

- a) prescrizioni (specialistiche, farmaceutiche, ecc.);
- b) prenotazioni (specialistiche, di ricovero, ecc.);
- c) cartelle cliniche;**
- d) bilanci di salute;
- e) assistenza domiciliare: scheda, programma e cartella clinico-assistenziale;
- f) piani diagnostico-terapeutici;
- g) assistenza residenziale e semiresidenziale: scheda multidimensionale di valutazione;
- h) erogazione farmaci;
- i) vaccinazioni;
- l) prestazioni di assistenza specialistica;
- m) prestazioni di emergenza urgenza (118 e pronto soccorso);
- n) prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero;
- o) certificati medici;
- p) taccuino personale dell'assistito di cui all'articolo 4;
- q) relazioni relative alle prestazioni erogate dal servizio di continuità assistenziale;
- r) autocertificazioni;
- s) partecipazione a sperimentazioni cliniche;
- t) esenzioni;
- u) prestazioni di assistenza protesica;
- v) dati a supporto delle attività di telemonitoraggio;
- z) dati a supporto delle attività di gestione integrata dei percorsi diagnostico-terapeutici;

# Fascicolo Sanitario Elettronico

- Art. 3 Profilo sanitario sintetico o "patient summary", e' il documento socio-sanitario informatico redatto e aggiornato dal MMG/PLS, che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta.
- Art. 4 Taccuino personale dell'assistito è una sezione riservata del FSE all'interno della quale è permesso all'assistito di inserire dati e documenti personali relativi ai propri percorsi di cura, anche effettuati presso strutture al di fuori del SSN.

# Fascicolo Sanitario Elettronico

## Art. 5 Dati soggetti a maggiore tutela dell'anonimato

1. I dati e i documenti sanitari e socio-sanitari disciplinati dalle disposizioni normative a tutela delle persone sieropositive, delle donne che si sottopongono a un'interruzione volontaria di gravidanza, delle vittime di atti di violenza sessuale o di pedofilia, delle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, delle donne che decidono di partorire in anonimato, nonché i dati e i documenti riferiti ai servizi offerti dai consultori familiari, sono resi visibili solo previo esplicito consenso dell'assistito, fermo restando che, nel caso l'assistito scelga di ricorrere alle prestazioni in anonimato, non è ammessa l'alimentazione del FSE da parte dei soggetti che erogano le prestazioni.

2. Nei casi di cui al comma 1, è responsabilità dei professionisti o degli operatori sanitari che erogano la prestazione acquisire l'esplicito consenso dell'assistito.

# DAO - Documento di Autorizzazione e Oscuramento

ANAGRAFICA PAZIENTE

**Ultima Documentazione**  
 Documento:  
 Laboratorio:  
 Radiologia:

(Paziente 2005009752)

Accesso pazienti

**Titolo**

- 2017006206D 07/03/17 ...
- ANP 07/03/17 13.53
- Raccordo Anamnesti...
- Checklist Operatorie ...
- Consenso Informato ...
- Documentazione Paz...
- Documentazione Paz...
- Terapia 09/03/17 08.16
- PianoDiCura 09/03/1...
- Parametri Vitali 09/0...
- Diario Clinico 09/03/...
- Scheda Ricovero Pazi...
- DAO 08/03/17 08.52
- Lettera Dimissione SI...
- Comunicazione Costi...
- Conley modificata 07...
- Verbale Operatorio 0...
- ANE - Cartella aneste...
- ANE - Cartella aneste...
- ANE - Post-Operatori...
- ANE - Scala di Aldret...

Quadro Episodio
Richieste
Eventi
Documenti
Diagnosi
Procedure

Filtro veloce:

Stato	Oggetto	Sottotipo	Creazione:	Proprietario	Ultima Modifica	Autore
definitivo	Raccordo Anamnestico		29/03/17 15.47	Medico	29/03/17 15.47	Medico
definitivo	Checklist Operatorie		17/03/17 0.00	Bertolassi	17/03/17 11.12	Bertolassi
definitivo	Consenso Informato		17/03/17 0.00	Bertolassi	17/03/17 11.12	Bertolassi
definitivo	Documentazione Paziente		17/03/17 0.00	Bertolassi	17/03/17 11.12	Bertolassi
definitivo	Documentazione Paziente		17/03/17 0.00	Bertolassi	17/03/17 11.12	Bertolassi
definitivo	Terapia		09/03/17 8.16	Medico	09/03/17 8.16	Medico
definitivo	PianoDiCura		09/03/17 8.16	Medico	09/03/17 8.16	Medico
definitivo	Parametri Vitali		09/03/17 8.16	Medico	09/03/17 8.16	Medico
definitivo	Diario Clinico		09/03/17 8.16	Medico	09/03/17 8.16	Medico
definitivo	Scheda Ricovero Paziente		09/03/17 8.16	Medico	09/03/17 8.16	Bertolassi
Referto firmato	DAO		08/03/17 8.52	Zimmitti	08/03/17 8.52	Zimmitti
Referto firmato	Lettera Dimissione SISS	Padre firmato	08/03/17 8.28	Zimmitti	08/03/17 8.52	Zimmitti
definitivo	Comunicazione Costi		08/03/17 8.27	Zimmitti	08/03/17 8.27	Zimmitti
definitivo	Conley modificata		07/03/17 14.58	Aimo	07/03/17 14.58	Aimo
definitivo	Verbale Operatorio		07/03/17 13.55	Guerini	07/03/17 13.55	Guerini
definitivo	ANE - Cartella anestesiológica (grafico)		07/03/17 13.54	Taranto	07/03/17 13.57	Taranto
definitivo	ANE - Cartella anestesiológica (dettaglio)		07/03/17 13.54	Taranto	07/03/17 13.58	Taranto
definitivo	ANE - Post-Operatorio		07/03/17 13.54	Taranto	07/03/17 13.58	Taranto
definitivo	ANE - Scala di Aldrete		07/03/17 13.54	Taranto	07/03/17 13.58	Taranto



Che documento è il DAO?

Il Documento di Autorizzazione e Oscuramento (DAO)

contiene le informazioni di classificazione riguardanti il Documento Clinico Elettronico (DCE) a cui è associato, ovvero:

i) **se il DCE risulta o meno autorizzato**, cioè visualizzabile in autonomia da parte del Cittadino; la visualizzazione del DCE da parte del Cittadino deve essere sempre accompagnata da una Nota di Reperibilità;

ii) **se il DCE deve essere oscurato**, cioè reso non visibile agli Operatori, perchè contiene dati tutelati dalle Leggi Speciali, oppure su esplicita richiesta del Cittadino; Il DAO è generato da un metodo messo a disposizione dal SISS, che inserisce il contenuto dei flag di classificazione del DCE in un foglio di stile (in formato testo), successivamente firmato ed inviato al SISS.

Il DAO deve essere conservato dagli Enti Erogatori che lo hanno generato?

Non è necessario che gli Enti Erogatori conservino il documento DAO generato e firmato, perchè il Dominio Centrale provvede alla sua conservazione ed eventuale esibizione.

E' consigliabile tuttavia memorizzare, associate al DCE, nel Repository, le singole informazioni di classificazione.

Quando si pubblica un DCE integrativo, come deve essere gestito il relativo DAO?

Al DCE integrativo si associa un DAO con le stesse regole applicate al DCE "padre". L'autorizzazione (alla prima visione da parte del cittadino) e l'oscuramento osservano le seguenti regole:

-sarà sufficiente che almeno uno dei DCE risulti non autorizzato alla consultazione in autonomia per determinare la non visualizzazione in autonomia dell'insieme dei DCE.

-un DCE integrativo "oscurato" comporterà l'oscuramento dell'intera catena di DCE. Questo significa che il DCE ottenuto come insieme dei DCE integrativi risulterà oscurato se almeno uno dei suoi componenti sarà oscurato

# DAO - Documento di Autorizzazione e Oscuramento

Documento Clinico emesso da 690369,  
03029500,

In data 08/03/2017 - 08:28

Interessato: NOME E COGNOME PAZIENTE E CODICE FISCALE

Redatto da: GIUSEPPE - ZIMMITTI - ZMMGPP78T26G482F

Riferimenti del Documento Clinico:  
LETTERA DIMISSIONI

Numero Nosologico: 2017006206

## Sezione Autorizzazione

In conformita' con l'art. 84 del d. lgs. 196/2003, con la presente autorizzo la consultazione in autonomia del Documento Clinico in

## Sezione Oscuramento per Leggi Speciali

In osservanza a quanto previsto dalle Leggi speciali (art. 11 della l. 22 maggio 1978, n. 194; art. 5 della l. 5 giugno 1990 n. 135; art. 120 del d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309; art. 734-bis del codice penale), dichiaro il Documento Clinico

- Non oscurato, per quanto riguarda la norma che disciplina il Trattamento dei dati relativi alla sieropositività;
- Non oscurato, per quanto riguarda la norma che disciplina il Trattamento dei dati relativi alla tossicodipendenza;
- Non oscurato, per quanto riguarda la norma che disciplina il Trattamento dei dati relativi alla interruzione volontaria di gravidanza;
- Non oscurato, per quanto riguarda la norma che disciplina il Trattamento dei dati relativi a violenza subita.

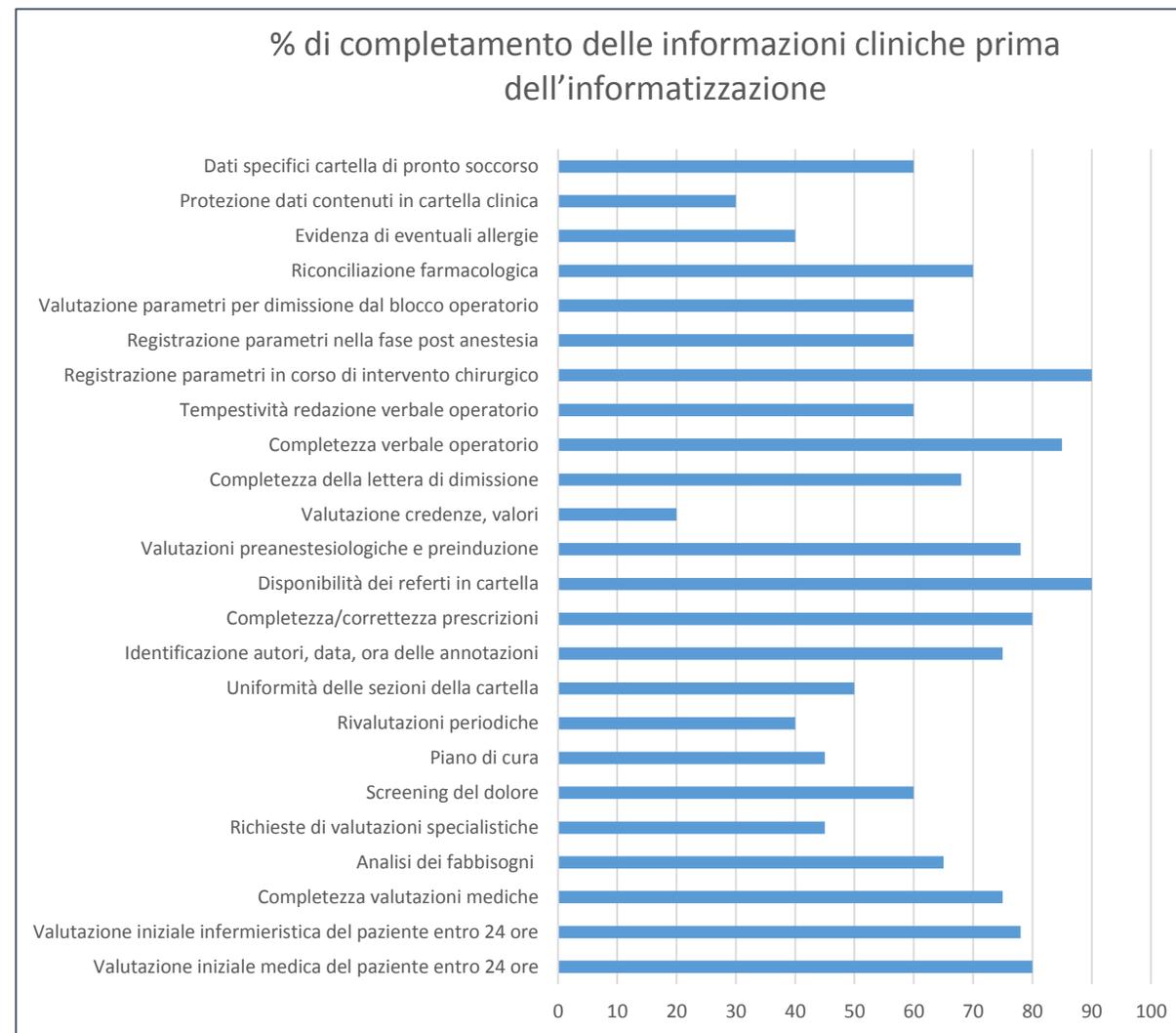
## Sezione Oscuramento per richiesta del Cittadino

Il Cittadino ha richiesto l'oscuramento del Documento Clinico in oggetto.

IDDC: f3F4NErmuCOV97uq8EkByguf4+M=

# 2010 – Da dove siamo partiti

Nell'area clinica l'informatizzazione era limitata ai processi amministrativi, agli order entry ed ai principali sistemi dipartimentali (LIS, RIS, AP)



# Il Progetto di informatizzazione dell'area clinica

2010 – avvio del progetto

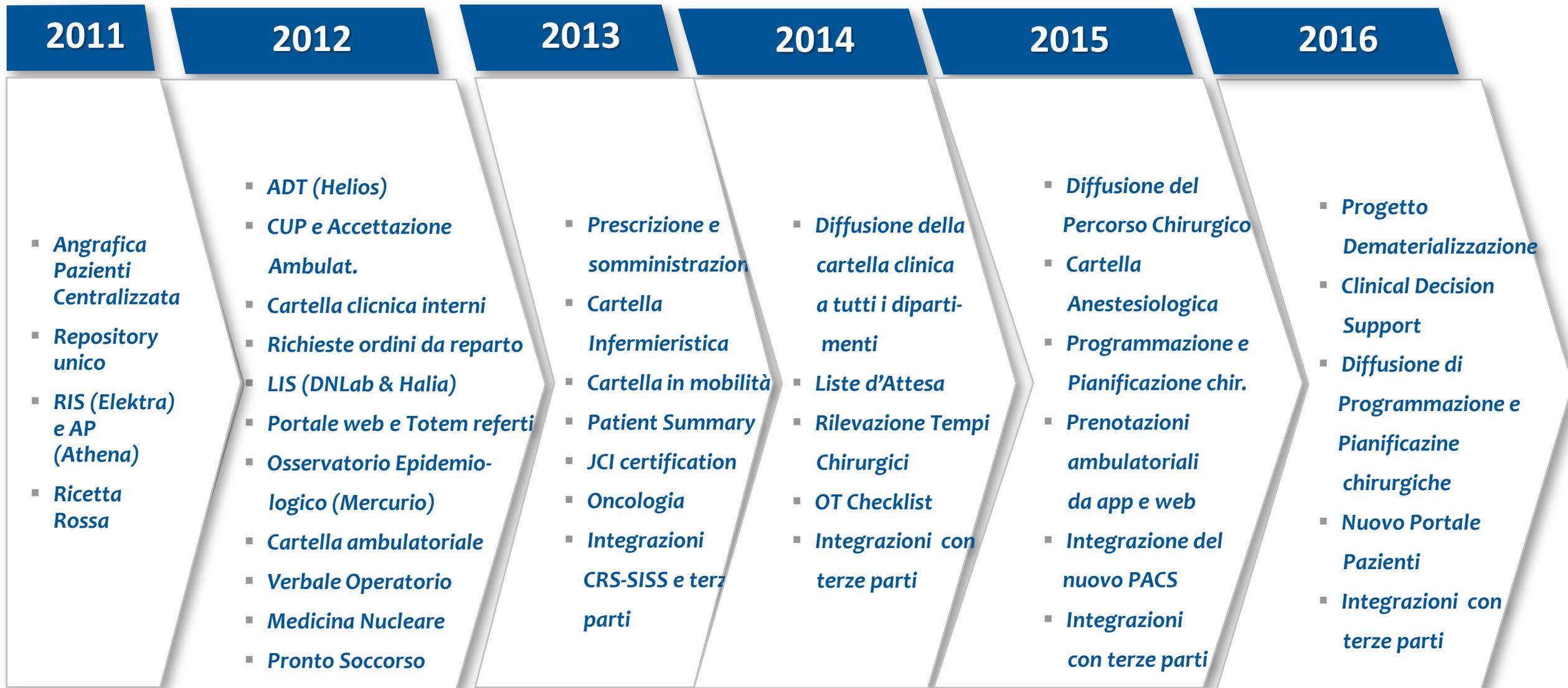
## PRE-REQUISITI

- Scelta strategica di investire risorse finanziarie nel progetto
- **Rafforzamento delle infrastrutture tecnologiche** di base (Networking, Rete WiFi, Storage, Ambienti di virtualizzazione, Sistemi di Back Up e Recovery)
- Costituzione di un **team di project manager e project leader dedicati** - lavoro costante di confronto e «messa a punto» con gli utilizzatori dello strumento (medici , infermieri, tecnici ecc...)

# Il Progetto di informatizzazione dell'area clinica

- **Centralizzazione:** rendere il nuovo sistema informativo dell'area clinica il repository unico delle informazioni cliniche del paziente
- **Standardizzazione:** creare degli standard nella raccolta e gestione del dato clinico
- **Fruibilità:** il sistema deve permettere un facile utilizzo a tutti gli operatori (Medici, Infermieri, Personale di supporto) ed essere, in real time, accessibile e consultabile in qualunque contesto
- **Affidabilità e sicurezza:** il sistema deve consentire l'accesso a funzionalità e informazioni secondo profili e ruoli

# Le tappe dell'informatizzazione dei processi di cura



**Obiettivi raggiunti:**

**Richieste ordini 100%**

**Cartella Clinica 100%**

**Terapia 100%**

**Archiviazione e conservazione legale 50%**

## AREA MEDICA

- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Piani di cura
- Screening nutrizionale
- Diario clinico
- Richiesta di esami e consulenze
- Consultazione dati clinici (compresi referti e immagini)
- Verbale operatorio
- Lettera di dimissione
- Prescrizione di terapie («alert» su allergie, interazioni tra farmaci, duplicazione delle prescrizioni)
- Sistema di supporto alle decisioni cliniche (CDS Clinical Decision Support)

## AREA INFERMIERISTICA

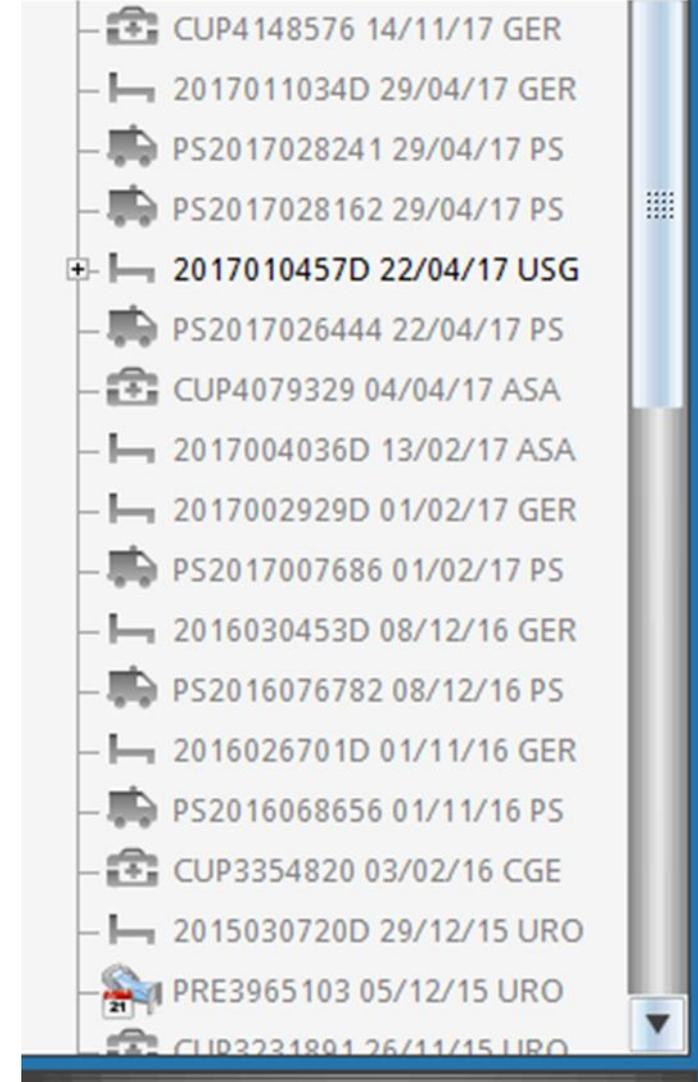
- Valutazione multidimensionale
- Pianificazione assistenziale
- Scale di valutazione (Norton Plus, Conley, ecc)
- Diario infermieristico
- Registrazione parametri vitali
- Registrazione attività infermieristiche svolte e raggiungimento degli obiettivi assistenziali
- Consultazione dati clinici, referti, esami
- Registrazione somministrazione terapie (utilizzo di lettore barcode)

# Cartella Clinica Elettronica - Highlights

Il completo utilizzo della Cartella Clinica Elettronica ha permesso di migliorare il processo di gestione del dato clinico, aumentando il livello di disponibilità, fruibilità, affidabilità e sicurezza.

«Galileo» è il repository unico e centrale di tutta la documentazione clinica, medica ed infermieristica, inclusi tutti i referti provenienti dai diversi sistemi dipartimentali: LIS (Laboratory Information System), RIS (Radiology Information System), AP (Anatomia Patologica), etc.

«Galileo» contiene la storia clinica completa di tutti gli accessi effettuati dal paziente in Poliambulanza (Ricoveri, accessi ambulatoriali, Pronto Soccorso)



	CUP4148576	14/11/17	GER
	2017011034D	29/04/17	GER
	PS2017028241	29/04/17	PS
	PS2017028162	29/04/17	PS
	<b>2017010457D</b>	<b>22/04/17</b>	<b>USG</b>
	PS2017026444	22/04/17	PS
	CUP4079329	04/04/17	ASA
	2017004036D	13/02/17	ASA
	2017002929D	01/02/17	GER
	PS2017007686	01/02/17	PS
	2016030453D	08/12/16	GER
	PS2016076782	08/12/16	PS
	2016026701D	01/11/16	GER
	PS2016068656	01/11/16	PS
	CUP3354820	03/02/16	CGE
	2015030720D	29/12/15	URO
	PRE3965103	05/12/15	URO
	CLP3231891	26/11/15	URO

# Cartella Clinica Elettronica – Modalità di utilizzo

## Nelle Unità Operative di degenza

- I medici utilizzano Notebook al letto paziente per l'inquadramento iniziale, le prescrizioni, il diario, il piano di cura, la consultazione dello storico, dei referti e del PACS, etc.
- Gli infermieri utilizzano i PC nelle loro postazioni e i tablet (iPad mini) con lettore barcode per le attività a letto paziente (Parametri Vitali, Somministrazione, Note, etc.)

## Nei Blocchi Operatori

- I chirurghi consultano la cartella clinica ed il PACS sui monitor gestiti dal sistema di integrazione (videorouting) e refertano su PC dedicati
- Gli anestesisti gestiscono la cartella anestesiologicala con PC Medicali posizionati in ciascuna sala operatoria; i Parametri Vitali rilevati in sala, nelle postazioni di pre/post sala ed in recovery vengono automaticamente inviati alla cartella clinica dal sistema di Monitoraggio.
- Gli infermieri utilizzano i PC in sala per le attività di consultazione cartella, scarico materiale, gestione tempi e check-list

## Nelle Terapie Intensive

- Oltre ai PC e Notebook medici e infermieri utilizzano PC Medicali posizionati in corrispondenza di ciascun letto; i Parametri Vitali vengono automaticamente inviati alla cartella dal sistema di Monitoraggio

# Cartella Clinica Elettronica - Risultati ottenuti

## Processo di cura più efficiente

- Informazioni sempre aggiornate in tempo reale
- Informazioni usufruibili ovunque all'interno e all'esterno dell'ospedale
- Rintracciabilità dello storico, di tutti gli eventi e dei relativi autori
- Processo di cura standardizzato

## Maggiore sicurezza per il paziente

- Riduzione del rischio clinico (riconoscimento del paziente e dei farmaci tramite codice a barre)
- Controllo delle somministrazioni («Alert» allergie, interazioni, duplicazioni terapia) e delle prestazioni erogate (controllo indicazioni, duplicazioni)

**Riduzione dell'utilizzo della carta** (dematerializzazione)

# CCE- Valutazione Iniziale

Galileo - CAR Cardiologia - Noemalife Galileo Core - 1.5.4.11.27 [srv-nlga643-lb-poliambulanza.local], DB: 58.2

File Edit Unità Paziente Episodio Clinico Richiesta Aiuto Finestra

CAR Cardiologia

Frontespizio ANAMNESI (Familiare, Sociale) ANAMNESI (Remota, Prossima) Allergie e Intolleranze Esame Obiettivo - Valutazione Nutrizionale Piano di cura

Cognome: [redacted] Nome: [redacted] Sesso: M Nato il: [redacted] a: BOVEZZO  
 ID: 2012001835 Corsia: W-CAR Cardiologia Stanza: CAR207 Letto: 007B

**Dati Paziente**

Età: 84 C.F.: [redacted] SSN: 011XX136  
 Indirizzo domicilio: [redacted] BRESCIA Telefono 1: [redacted]  
 Indirizzo residenza: [redacted] BRESCIA Telefono 2: [redacted]  
 MMG/PLS: [redacted]  
 Data di ingresso: 24/11/2016 14:39

**Dati di entrata**

Provenienza: [redacted]  
 Data e ora di ingresso effettiva: 24/11/2016 14:35  
 Accompagnato:  No  Sì, da [redacted]

**Motivo di accettazione**

Pronto Soccorso  Programmato  Prericovero  TS Obbligatorio

Sospetta sindrome coronarica acuta e fibrillazione atriale ad insorgenza non databile

**Orientamento diagnostico all'ingresso:** Forgiore (CAR Cardiologia) - 24/11/2016 15:51

Codice	Descrizione	Note	Data
4139	Altre e non specificate forme di angina pectoris		24/11/2016 15:45

**Persone di riferimento**

Cognome	Nome	Relazione	Tipo	Ruolo	Telefono	Telefono	Note Aggi...
Non ci sono dati							

**Referenti**

Medico Referente: Cuccia Claudio  
 Infermiere Referente: [redacted]

12:39 25/11/2016

# CCE- Valutazione Infermieristica

Galileo - CGE Ch. Generale 1 - Noemalife Galileo Core - 1.5.4.11.27 [srv-nlga1643-lb.poliambulanza.local], DB: 58.2

File Edit Unità Paziente Episodio Clinico Richiesta Aiuto Finestra

CGE Ch. Generale 1 Scale di Valutazione

Ultima Documentazione  
Documento: ANE - Cartella anestesiologicala (grafico) 25/11/16 9.57  
Laboratorio: Ultimi esami il 25/11/16 7.30  
Radiologia:

Unità: CGE Ch. Generale 1 (interno da 25/11/16 7.15 a oggi)  
(Paziente 2003009193 - Diagnosi: Colelitiasi)

**CEDEEM**

- C - Stato di coscienza ✓
- E - Stato emotivo ✓
- D - Dolore ✓
- E - Respirazione ✓
- E - Circolazione ✓
- M - Mobilizzazione ✓

**Area generale**

- Informazioni fornite da ✓
- Dimensione sociale ✓
- Valori credenze ✓

**Area comunicativo - sensoriale**

- Udito ✓
- Vista ✓
- Comunicazione ✓

**Area assistenziale**

- Alimentazione e idratazione ✓
- Eliminazione (minzione) ✓
- Eliminazione (alvo) ✓
- Ciclo mestruale ✓
- Igiene personale ✓
- Cute ✓
- Sonno, riposo ✓

**C - Stato di coscienza**

**E - Stato emotivo**

Risposta: Ansioso

Obiettivi	Data valutazione	Stato	Utente	Note
Rivalutare lo stato emotivo		Non valutato		

**Attività**

Ultima modifica	Stato	Utente	Note	Help
Assicurare un ambiente tranquillo e favorire la verbalizzazione del disagio	25/11/16	Planificata al bisogno	R. Pesci	

Risposta: Collaborante

Obiettivi	Data valutazione	Stato	Utente	Note

**Attività**

Ultima modifica	Stato	Utente	Note	Help

**D - Dolore**

Risposta: Presente - 1

Obiettivi	Data valutazione	Stato	Utente	Note
Controllo del dolore (<=4 VAS)		Non valutato		

**Attività**

Ultima modifica	Stato	Utente	Note	Help
Valutare efficacia del trattamento antidolorifico	25/11/16	Planificata al bisogno	R. Pesci	
Rilevare il dolore 3 volte/die e al bisogno	25/11/16	Planificata	R. Pesci	

13:27  
25/11/2016

# CCE- Terapie

Galileo - CAR Cardiologia - Noemalife Galileo Core - 1.5.4.11.27 [srv-nigal643-ib-poliambulanzalocal, DB: 582]

File Edit Unità Paziente Episodio Clinico Richiesta Aiuto Finestra

CAR Cardiologia - Terapia Paziente

Paziente - Nome ..... Cognome ..... Ricovero 2016026645D - Reparto CAR Cardiologia

Fasce orarie 4,6,8,10,12,14,16,18,20,22

Codice a barre

Farmaceutica	Nu...	ven, 25 nov 2016										sab, 26 nov 2016								dom, 27 nov 2016											
		20	22	00	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	00	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	00	04	06	08	10	12
[OS] [mg] ACIDO ACETILSALICILICO	31-10-11							100 mg											100 mg												100 mg
[OS] [mg] ALLOPURINOL	10-11-11	50 mg										150 mg											150 mg								
[OS] [mg] AMLODIPINA	23-11-11				2,5 mg											2,5 mg														2,5 mg	
[OS] [mg] BIPERIDENE	31-10-11				4 mg											4 mg														4 mg	
[OS] [mg] FERROSO SOLFATO	31-10-11																														
[OS] [mg] FUROSEMIDE	23-11-11				25 mg										25 mg													25 mg			
[OS] [mg] IVABRADINA	23-11-11	5 mg			2,5 mg								2,5 mg										2,5 mg						2,5 mg		
[OS] [mg] METFORMINA	23-11-11											500 mg											500 mg								
[OS] [mg] PANTOPRAZOLO	23-11-11	0 mg			20 mg								20 mg										20 mg						20 mg		
[OS] [mg] POTASSIO CLORURO	24-11-11							600 mg											600 mg											600 mg	
[OS] [mg] RISPERIDONE	10-11-11	2 mg			1 mg								2 mg										2 mg						2 mg		
[OS] [mg] SIMVASTATINA	31-10-11	0 mg											20 mg										20 mg						20 mg		
[SC] [UI] ENOXAPARINA SODICA	31-10-11	000 UI											4000 UI										4000 UI						4000 UI		
Al bisogno																															
[SC] [U] INSULINA LISPRO DA DNA RICOMB ...																															
Infusione	Nu...																														

lun 31/10/2016 12:42 25/11/2016

TP

# CCE- Diario Clinico

Galleo - CAR Cardiologia - Noemallo Galleo Core - 1.5.4.11.27 [srv-nlga1643-lb-poliambulanza.local], DB: 58.2

File Edit Unità Paziente Episodio Clinico Richiesta Aiuto Finestra

CAR Cardiologia - Diario Clinico

Ultima Documentazione  
Documento: Lettera Dimissione-SISS-24/11/16-16.43  
Laboratorio: Ultimi esami il 25/11/16 6.30  
Radiologia: RADIOGRAFIA TORACE ROUTINE, NAS 16/11/16 17.00

Unità: CAR Cardiologia (interno da 31/10/16 20.54 a oggi)  
(Paziente 3003677256 - Diagnosi: Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco))

Tipi profilo: Tutti Tipo note: Tutti Reparto: Tutti Episodio: Visita Corrente

Nota	Data	Tipo	Operatore	Profilo	Reparto	L	!
Ricoeuvro dal ps dve ola poaziente è giunta lamentando da 20 giorni dolore toracico,retrosternale e dispnea per sorzi lievi, non febbre, non tosse. Oggi è stata valutata presso altro PS dove ha eseguito esami ematochimici (troponina-e-GKMB negativi).	31/10/2016 21:22:00	Quadro Anamnestico	Riad Kanso	MEDICO	MGE Medicina Generale		
Ricoeuvro dal ps dve ola poaziente è giunta lamentando da 20 giorni dolore toracico,retrosternale e dispnea per sorzi lievi, non febbre, non tosse. Oggi è stata valutata presso altro PS dove ha eseguito esami ematochimici (troponina e CKMB negativi). In ps. eseguiti esami ematochimici, ECG, TAC torace e visita cardiologica.	31/10/2016 21:24:00	Quadro Anamnestico	Riad Kanso	MEDICO	MGE Medicina Generale		
SCOMPENSO CARDIACO INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA DI GRADO LIEVE DISPNEA DA SFORZO DA CIRCA 20 GIORNI VERSAMENTO PLEURICO BILATERALE MINIMO VERSAMENTO-PERICARDICO INCREMENTO DEL D.DIMERO NODULI POLMONARI DI NDD LSD (riscontro tac torace) DIABETE MELLITO IPERTENSIONE ARTERIOSA INSUFFICIENZA RENALE DI GRADO LIEVE DISTURBO PSICHIATRICO NON MEGLIO PRECISATO (SCHIZOFRENIA?)	31/10/2016 21:45:00	Motivo di Ricovero	Riad Kanso	MEDICO	MGE Medicina Generale		
C: vigile orientata E: tranquilla D: non dolori E: euforica iri 02 tp lamenta dispnea ai minimi sforzi M: dipendente nelle adl, cammina accompagnata x brevi tratti A: riferisce vertigini	31/10/2016 21:52:00	Nota Infermieristica	Lucia Fontana	INFERMIERE	MGE Medicina Generale		
SCOMPENSO CARDIACO	31/10/2016	Motivo di	Riad Kanso	MEDICO	MGE Medicina		

Opzioni di stampa: stampa tutto, comprese le note annullate (anche se non visibili)

TP

# CCE - Parametri Vitali

Galileo - CAR Cardiologia - HomeLife Galileo Core - 1.54.11.27 (srv-nlga643-ib.polambulanza.local) DB:582

File Edit Unità Paziente Episodio Clinico Richiesta Aiuto Finestra

CAR Cardiologia Parametri Vitali

Ultima Documentazione  
Documento: Lettera-Dimissione SISS 24/11/16-15.43  
Laboratorio: Ultimi esami il 25/11/16 6.30  
Radiologia: RADIOGRAFIA TORACE ROUTINE, NAS 16/11/16 17.00

Unità: CAR Cardiologia (interno da 31/10/16 20.54 a oggi)  
(Paziente 3003677256 - Diagnosi: Insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco))

Stampa tutto Ordina per reparto Categoria: BASE Reparto: CAR Cardiologia (Ultima unità) Episodio: Visita Corrente

25/11/2016	Bonaccò Andrea CAR Cardiologia	Chimelli Claudia CAR Cardiologia	Abeni Pietro CAR Cardiologia	Servino Sady Beanno CAR	Chiaf Stefania CAR Cardiologia	Vallauri Luisa CAR Cardiologia	Maculotti Daniela CAR Cardiologia	Zanola Victoria CAR Cardiologia	Rosa Paola CAR Cardiologia	Valeri Luisa CAR Cardiologia	Valeri Luisa CAR Cardiologia	Vallauri Luisa CAR De Cicco Veronica CAR Cardiologia	Chiaf Stefania CAR Cardiologia	Chiaf Stefania CAR Cardiologia	Chiaf Stefania CAR Cardiologia	Maculotti Daniela CAR Cardiologia	Rosa Paola CAR Cardiologia	Stauringhi Laura CAR Cardiologia	Chiaf Stefania CAR Cardiologia	
Ultimo Valore	25/11 12.05	25/11 08.18	25/11 06.08	25/11 05.51	24/11 21.02	24/11 19.36	24/11 17.09	24/11 11.49	24/11 08.07	24/11 06.51	24/11 05.54	23/11 19.25	23/11 18.01	23/11 15.56	23/11 15.55	23/11 15.53	23/11 11.26	23/11 08.03	23/11 06.21	22/11 20.29
Coscienza	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE	VIGILE
PA max (mmHg)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
PA min (mmHg)	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
FC (Bpm)	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Dolore (N°)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FR (R/min)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SpO2 (%)	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97
T° 1 (°C)	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6	36.6
Diur. or (ml)	708	708	708	708	708	708	708	708	708	708	708	708	708	708	708	708	708	708	708	708
Diur. tot (ml)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alvo	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Hgt (mg/dl)	131	131	122	122	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131	131
Peso (Kg)	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9	75.9
Altezza (cm)	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165	165
Vol. Vesc. (ml)																				
O2T																				
NEWS (N°)																				
PA Alarm																				

ClinicalView

Cognome: Nome: Episodio: 2016026645D

DNI LAB\_DG Ulteriori risultati

Prima i più vecchi Nascondi grafico

Episodio corrente Escludi colonne nulle Nascondi Esami Di Labor...

Vista Completa

Mostra range di riferimento

Stampa Stampa le linee selezion... Attuale Esporta

12:44 25/11/2016

# CCE – Piano di Cura

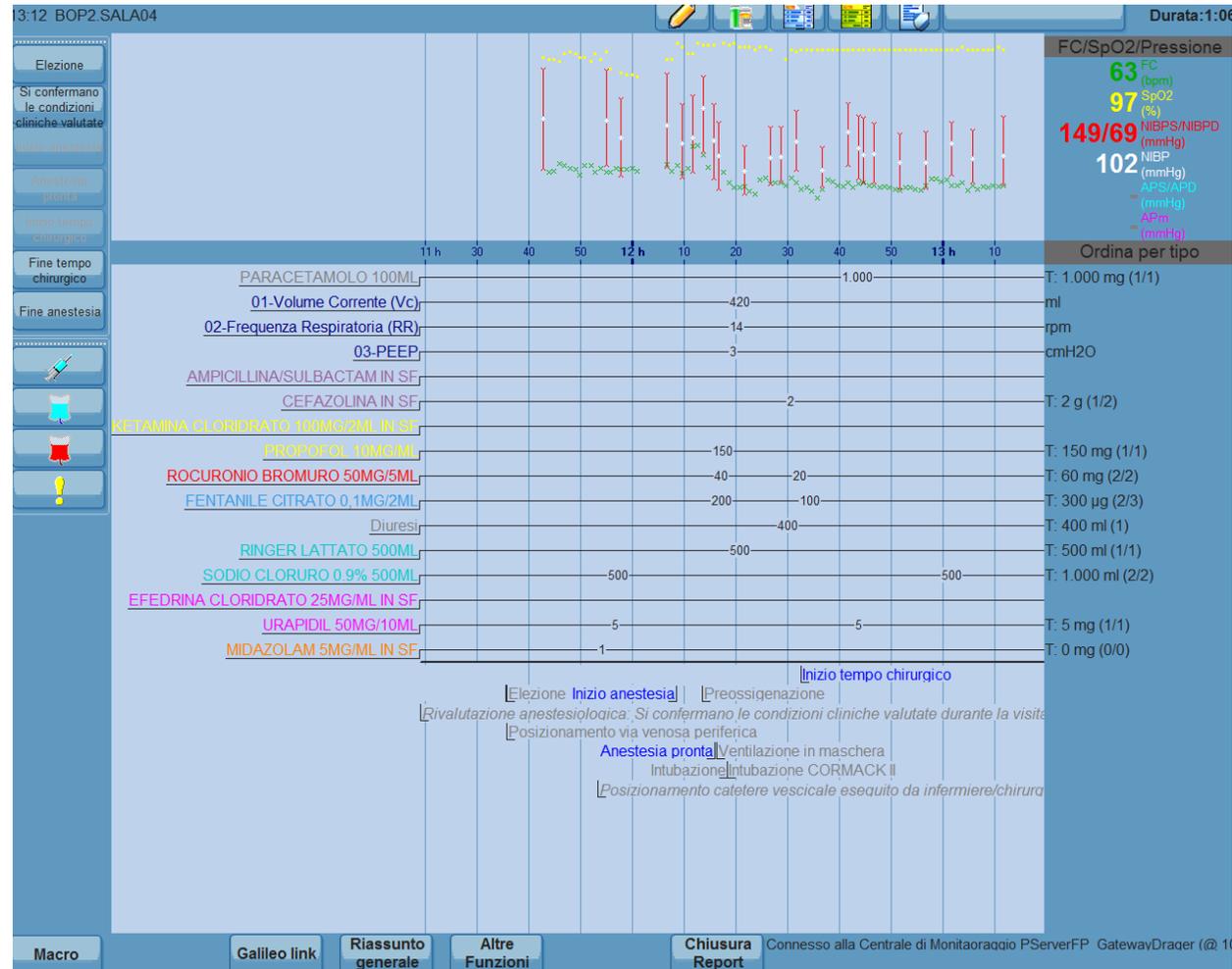
The screenshot displays a medical software interface for a patient named Alberto Manzoni. The patient's diagnosis is 'Tumori maligni primitivi del fegato'. The interface shows a 'Piano di cura' (Treatment Plan) for the date 24/11/2016 09:39, created by Manzoni. The plan includes three entries:

- 24/11/2016 09:38**  
Condizione: neoplasia epatica  
- Obiettivo: embolizzazione portale  
valutazione: Non Valutato - Valutato da Alberto Manzoni
- Obiettivo: controllo del dolore**  
valutazione: Non Valutato - Valutato da Alberto Manzoni
- Obiettivo: controllo emorragie accessi embolizzazione**  
valutazione: Non Valutato - Valutato da Alberto Manzoni
- Obiettivo: ripresa del movimento, alimentazione e canalizzazione**  
valutazione: Non Valutato - Valutato da Alberto Manzoni

The interface also features a sidebar with a list of patient records and a 'Cartella Paziente' (Patient Chart) menu with options like 'ADT', 'Conservazione Legale Sostitutiva', 'Firma Cumulativa SISS', 'Gestione Ambulatorio', 'Gestione Patient Summary', 'Gestione Reparto', 'Gestione Richieste', 'Immagini Radiologia', 'Oncosys', 'Percorso e Verbale Operatorio', 'Ricetta', 'Richieste Antibiotici 2a Scelta', 'Sale Operatorie', and 'Stampe e Configurazioni'. The top bar shows the user is 'Medico Reparto, Utente Medico' and the system is in 'Modalità urgenza'.

TP

# CCE – Cartella Anestesiologica



**ANAGRAFICA PAZIENTE E  
CODICE FISCALE**

Episodio N. 2017005742D del 02/03/2017  
U.O. Accettazione e Dimissione: CGE Ch. Generale 1

Cartella Clinica Chiusa il 06/03/2017 alle 23:59

Elenco dei documenti presenti

1 - Sommario Documenti	
2 - Scheda dimissione ospedaliera (SDO)	
3 - Lettera di dimissione	
4 - Inquadramento clinico iniziale	
5 - Piano di cura	
6 - Esame obiettivo	
7 - Valutazione multidimensionale	
8 - Scala di Conley	
9 - Scala di Conley	
10 - Raccordo anamnestico	
11 - Checklist operatoria	
12 - Scala di Aldrete	
13 - Cartella anestesiologicala	
14 - Cartella anestesiologicala	
15 - Prescrizione anestesiologicala post	
16 - Verbale Operatorio	
17 - Conta materiali sala	
18 - Diario clinico	
19 - Rilevazione parametri vitali	
20 - Scheda unica di terapia	
21 - Consenso informato	
22 - Documentazione generica paziente	
23 - Scheda ricovero paziente	
<b>Accertamenti Pre-Ricovero</b>	
24 - Inquadramento clinico iniziale	
25 - Esame obiettivo	
26 - Referto di anestesia e rianimazione	
27 - Referto di laboratorio di analisi - 22/02/2017	
28 - Referto di ECG	

Documenti estratti dal sistema di conservazione aziendale in data 19/04/2017

	Documento Informatico Firmato con firma Digitale
	Documento Informatico Firmato con firma Elettronica (login/password)
	Documento Cartaceo Scannerizzato

1. Sommario Documenti
2. Scheda dimissione ospedaliera..
3. Lettera di dimissione
4. Inquadramento clinico iniziale
5. Piano di cura
6. Esame obiettivo
7. Valutazione multidimensionale
8. Scala di Conley
9. Scala di Conley
10. Raccordo anamnestico
11. Checklist operatoria
12. Scala di Aldrete
13. Cartella anestesiologicala
14. Cartella anestesiologicala
15. Prescrizione anestesiologicala ...
16. Verbale Operatorio
17. Conta materiali sala
18. Diario clinico
19. Rilevazione parametri vitali
20. Scheda unica di terapia
21. Consenso informato
22. Documentazione generica pa...
23. Scheda ricovero paziente

- Documento in .pdf
- Indice cliccabile
- Documenti categorizzati
- Lettura barcode delle singole categorie
- Macchine multifunzione scannerizzano e denominano le categorie
- Copia semplificata
- Esibizione approvata dai controllori ATS
- Spazio di archiviazione ridotto





# Focus sull'area clinica ad oggi

Anagrafica Unica Pazienti (Galileo People)
CUP –Booking System (Galileo - Soldanella)
Accettazione Ambulatoriale (Galileo Soldanella)
ADT - Accettazione, Dimissione, Trasferimento (Galilo Helios)
Pronto Soccorso (Galileo ER)
<b>Patient Administration System</b>

<b>ADT Reparti (Galileo Helios)</b> <i>Accettazione, Trasferimenti, Dimissioni, Codifica SDO</i>	<b>ORDER ENTRY (Galileo CPOE)</b> <i>Order management : LIS, RIS, AP, Consulenze, Departmental Systems (ECG, Endoscopy, ..)</i>	<b>CCE Pazienti ricoverati (Galileo core)</b> <i>Valutazione iniziale, Piano di Cura, Clinical Decision Support, Valutazione Nutrizionale, Diario clinico, Parametri Vitali/ Scale di valutazione, Terapie(Advanced Therapy), CCE Inf./ Score (Galileo Nurse), Lettera dimissione</i>	<b>APP MOBILE (Galileo Mobile iClinic)</b> <i>Terapie, Parametri Vitali, Diario Clinico, Consultazione, documentazione</i>	<b>Percorso Chirurgico (Galileo, Exacto, DXPlanning)</b> <i>Liste d'attesa, Visita Anestesiologica, Tempi Chirurgici, Check list, Cartella Anestesiologica</i> <b>Schedulazione e viewer</b>	<b>CCE Pazienti Ambulatoriali (Galileo core)</b> <i>Refertazione SSN and Privati, Prescrizione farmaci e prestazioni</i>
<b>Galileo Hospital Information System – CCE e Repository unico</b>					
<b>Sistema di Integrazione (jcaps/Picasso)</b>					

CCE PS (Galileo ER)	CCE Terapie Intensive (Margherita 3)
CCE Oncologia (Galileo OncoSys)	CCE Terapia Intensiva Neonatale (NeoCare)
<b>Cartelle Specialistiche</b>	

Laboratorio Analisi (DNLab)	Sistema di Integrazione sale Operatorie (Endoalpha)
Laboratory Middleware (Halia)	Endoscopia (EndoBase/Alpha)
L.I.S. (Prometeo)	Radioterapia (Mosaik/Thema)
Anatomia Patologica (Athena)	Emodinamica(Suite Estensa)
Radiologia - (Elektra)	Cardiologia(EchoPac)
Pianificazione interni di Radiologia	Elettrofisiologia (MediConnec)
TAO (siemens)	Ecografia OST/GINE (Exprivia)
Parametri Vitali (GE, Draeger)	ECG (Muse)
<b>PACS (Carestream)</b>	
<b>Sistema di diagnostica</b>	

ADT reporting (Verbena DS)
OutPatient reporting (Soldanella)
Fatturazione(Soldanella)
Medical record check (CliCart)
Accounting (Eusis)
Statistics & reporting (P-DW)
<b>Fatturazione e reportistica</b>

Infezioni ospedaliere(Mercurio)
Risk Management suite (Talete)
<b>Risk Management</b>

Copia Cartella Clinica
Studi di Radiologia (Scryba)
Fatture (Zucchetti)
Cartella Clinica Elettronica (Scryba)
<b>Archiviazione Legale</b>

Farmacia (Eusis)
Magazzini di reparto (Silor)
Sale Operatorie (Silor)
Sterilizzazione (Steelco)
<b>Logistica</b>

Integrazione con SISS (LIS/RIS/AP report, Discharge Letter, ER report, Outpatient report)
Portale Paziente – Clinical Docs. (Galileo Portal)
Portale Paziente - Radiologia (Portale Carestream)
Prenotazioni Online– Web/App (Prenoting)
<b>Territorio</b>

# 2017 – Nuovi Progetti

- Dematerializzazione dei consensi informati
- Integrazione dei Parametri Vitali con CCE
- Prelievo Sicuro
- Seconda Validazione delle terapie
- Somministrazione sicura con lettore barcode terapie oncologiche
- Estensione del sistema decisionale clinico CDS (Clinical Decision Support)
- Cartelle Cliniche Elettroniche Specialistiche (Riabilitazione, Oculistica)
- Estensione del percorso chirurgico (pianificazione, liste operatorie, check list, tracking pazienti e materiali)
- Portale Paziente

# Report Poliambulanza

Accettazione Ambulatoriale   Segreteria Reparto   Accettazione Degenze   CUP   SMS   PS   Laboratorio   Controllo Gestione   **Percorso e Verbale Operatorio**   Monitoraggi   Correzioni

- Codifiche ▶
- Percorso Operatorio
- Verbale Operatorio ▶

- Codifica Diagnosi CCH
- Codifica Diagnosi CGE**
- Codifica Diagnosi CVA
- Codifica Diagnosi NCH
- Codifica Diagnosi NRA
- Codifica Diagnosi OCU
- Codifica Diagnosi ORT
- Codifica Diagnosi OST
- Codifica Diagnosi OTR
- Codifica Diagnosi URI
- Codifica Diagnosi RTP
- Codifica Diagnosi TIP
- Codifica Diagnosi URO
- Codifica Procedure CCH
- Codifica Procedure CGE
- Codifica Procedure CVA
- Codifica Procedure NCH
- Codifica Procedure NRA
- Codifica Procedure OCU
- Codifica Procedure ORT
- Codifica Procedure OST
- Codifica Procedure OTR
- Codifica Procedure URI
- Codifica Procedure RTP
- Codifica Procedure TIP
- Codifica Procedure URO

Macro Gruppo:

Codice:

Gruppo:

Descrizione:

Ricerca

Trascina qui le intestazioni delle colonne per raggrupparne i valori

MACROGRUPPO	GRUPPO	CODICE	DESCRIZIONE
	COLON	CGE-153.0	COLON - TUMORI MALIGNI DEL FLESSURA EPATICA
	COLON	CGE-153.1	COLON - TUMORI MALIGNI DEL COLON TRASVERSO
	COLON	CGE-153.2	COLON - TUMORI MALIGNI DEL COLON DISCENDENTE
	COLON	CGE-153.3	COLON - TUMORI MALIGNI DEL SIGMA
	COLON	CGE-153.4	COLON - TUMORI MALIGNI DEL CECO
	COLON	CGE-153.5	COLON - TUMORI MALIGNI DELL' APPENDICE
	COLON	CGE-153.6	COLON - TUMORI MALIGNI DEL COLON ASCENDENTE
	COLON	CGE-153.7	COLON - TUMORI MALIGNI DELLA FLESSURA SPLENICA
	COLON	CGE-153.8	COLON - TUMORI MALIGNI DI ALTRE SEDI (SPECIFICATE) DEL GROSSO INTESTINO
	COLON	CGE-153.9	COLON - TUMORI MALIGNI DEL COLON, NON SPECIFICATO
	COLON	CGE-154.0	COLON - TUMORI MALIGNI DELLA GIUNZIONE RETTOSIGMOIDEA
	COLON	CGE-154.8	COLON - ALTRI TUMORI MALIGNI DEL RETTO, DELLA GIUNZIONE RETTOSIGMOIDEA E DELL' ANO
	COLON	CGE-197.5	COLON - TUMORI MALIGNI SECONDARI DI COLON E RETTO
	COLON	CGE-211.3	COLON - TUMORI BENIGNI DEL COLON
	COLON	CGE-556.2	COLON - PROCTITE ULCEROSA (CRONICA)
	COLON	CGE-556.3	COLON - PROCTOSIGMOIDITE ULCEROSA (CRONICA)
	COLON	CGE-556.6	COLON - PANCOLITE ULCEROSA
	COLON	CGE-556.8	COLON - ALTRA COLITE ULCEROSA
	COLON	CGE-556.9	COLON - COLITE ULCEROSA, NON SPECIFICATA
	COLON	CGE-562.10	COLON - DIVERTICOLOSI DEL COLON (SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA)
	COLON	CGE-562.11	COLON - DIVERTICOLITE DEL COLON (SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA)
	COLON	CGE-562.12	COLON - DIVERTICOLOSI DEL COLON CON EMORRAGIA
	COLON	CGE-562.13	COLON - DIVERTICOLITE DEL COLON CON EMORRAGIA
	COLON	CGE-564.02	COLON - COSTIPAZIONE CON DISFUNZIONE DELLO SBOCCO
	COLON	CGE-751.3	COLON - MALATTIA DI HIRSCHSPRUNG ED ALTRI DISTURBI FUNZIONALI CONGENITI DEL COLON
	COLON	CGE-863.49	COLON - ALTRO TRAUMATISMO DEL COLON O RETTO SENZA MENZIONE DI FERITA APERTA IN CAVITÀ
	COLON	CGE-V10.05	COLON - ANAMNESI PERSONALE DI TUMORE MALIGNO DELL' INTESTINO CRASSO



## Codifiche

Codifica Procedure CGE

Macro Gruppo:   
Codice:

Gruppo:   
Descrizione:

Ricerca

Trascina qui le intestazioni delle colonne per raggruppare i valori

MACROGRUPPO	GRUPPO	CODICE	DESCRIZIONE	SETPROCEDURALE
Nessun gruppo	COLON	CGE-40.29-08	COLON - SAMPLING LINFONODALE	NESSUN SET ()
Nessun gruppo	COLON	CGE-40.29-12	COLON - LINFOADENECTOMIA SEMPLICE	NESSUN SET ()
Nessun gruppo	COLON	CGE-40.3-04	COLON - ASPORTAZIONE LINFONODI REGIONALI	NESSUN SET ()
Nessun gruppo	COLON	CGE-40.59-05	COLON - LINFOADENECTOMIA RADICALE	NESSUN SET ()
Nessun gruppo	COLON	CGE-45.03-01	COLON - INCISIONE DEL COLON OPEN	NESSUN SET ()
Nessun gruppo	COLON	CGE-45.03-02	COLON - INCISIONE DEL COLON VLS	NESSUN SET ()
Nessun gruppo	COLON	CGE-45.26	COLON - BIOPSIA DEL COLON OPEN	NESSUN SET ()
Nessun gruppo	COLON	CGE-45.29-01	COLON - BIOPSIA DEL COLON VLS	NESSUN SET ()
COLON OPEN	COLON	CGE-45.71-01	COLON - RESEZIONE SEGMENTALE MULTIPLA DEL COLON OPEN	SET UNIVERSALE LAPAROTOMIA CHIRURGIA (97074347-01)
COLON VLS	COLON	CGE-45.71-02	COLON - RESEZIONE SEGMENTALE MULTIPLA DEL COLON VLS	NESSUN SET ()
COLON OPEN DX	COLON	CGE-45.72-01	COLON - RESEZIONE DEL CIECO OPEN	SET UNIVERSALE LAPAROTOMIA CHIRURGIA (97074347-01)
COLON VLS DX	COLON	CGE-45.72-02	COLON - RESEZIONE DEL CIECO VLS	NESSUN SET ()
COLON OPEN DX	COLON	CGE-45.73-01	COLON - EMICOLECTOMIA DESTRA OPEN	SET UNIVERSALE LAPAROTOMIA CHIRURGIA (97074347-01)
COLON VLS	COLON	CGE-45.73-02	COLON - EMICOLECTOMIA DESTRA VLS	NESSUN SET ()
COLON OPEN DX	COLON	CGE-45.73-03	COLON - EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIA ESTESA (CME) OPEN	SET UNIVERSALE LAPAROTOMIA CHIRURGIA (97074347-01)
COLON VLS DX	COLON	CGE-45.73-04	COLON - EMICOLECTOMIA DESTRA CON LINFOADENECTOMIA ESTESA (CME) VLS	NESSUN SET ()
COLON OPEN	COLON	CGE-45.73-05	COLON - EMICOLECTOMIA DESTRA CON LEGATURA RAMO PORTALE	SET UNIVERSALE LAPAROTOMIA CHIRURGIA (97074347-01)
COLON OPEN DX	COLON	CGE-45.73-06	COLON - RESEZIONE FLESSURA EPATICA OPEN	SET UNIVERSALE LAPAROTOMIA CHIRURGIA (97074347-01)
COLON VLS DX	COLON	CGE-45.73-07	COLON - RESEZIONE FLESSURA EPATICA VLS	NESSUN SET ()
COLON TRASVERSO OPEN	COLON	CGE-45.74-01	COLON - RESEZIONE DEL COLON TRASVERSO OPEN	SET UNIVERSALE LAPAROTOMIA CHIRURGIA (97074347-01)
COLON TRASVERSO VLS	COLON	CGE-45.74-02	COLON - RESEZIONE DEL COLON TRASVERSO VLS	NESSUN SET ()
COLON OPEN SX	COLON	CGE-45.75-01	COLON - EMICOLECTOMIA SINISTRA OPEN	SET UNIVERSALE LAPAROTOMIA CHIRURGIA (97074347-01)
COLON VLS SX	COLON	CGE-45.75-02	COLON - EMICOLECTOMIA SINISTRA VLS	NESSUN SET ()
COLON OPEN SX	COLON	CGE-45.75-03	COLON - EMICOLECTOMIA SINISTRA CON LEGATURA RAMO PORTALE	SET UNIVERSALE LAPAROTOMIA CHIRURGIA (97074347-01)
COLON OPEN SX	COLON	CGE-45.75-04	COLON - RESEZIONE FLESSURA SPLENICA OPEN	SET UNIVERSALE LAPAROTOMIA CHIRURGIA (97074347-01)
COLON VLS SX	COLON	CGE-45.75-05	COLON - RESEZIONE FLESSURA SPLENICA VLS	NESSUN SET ()

# Tempi Chirurgici

Galileo - BOP2 - Noemalife Galileo Core - 1.5.4.11.27 [srv-nlga643-lb.polambulanza.local], DB: 58.2

File Edit Unità Paziente Episodio Clinico Richiesta Aiuto Finestra

BOP2 x Rilevazione Tempi Operatori x

25121 BRESCIA, [redacted]  
Unità: CGE Ch. Generale 1 (interno da 25/11/16 7.48 a oggi)  
(Paziente 3003718957 - Diagnosi: Gozzo multinodulare tossico)

Ultima Documentazione  
Documento: Conta-Materiali-Sala 25/11/16 13.46  
Laboratorio:  
Radiologia:

Accesso pazienti

Rilevazione Tempi Operatori  
Verbale Operatorio

Rilevazione Tempi Chirurgici

Cognome: [redacted] Sesso: M Nato: [redacted] ID: 3003718957  
Episodio: 2016029140D

TEMPO LETTO

USCITA REPARTO  
INGRESSO BLOCCO 25/11/2016 11:43

Si confermano le condizioni cliniche (valutate durante visita anestesiológica)  
Motivazioni per:

Motivazioni:

INIZIO ANESTESIA 25/11/2016 12:01  
INGRESSO SALA 25/11/2016 11:57  
OK ANESTESIA 25/11/2016 12:09  
INIZIO T. CHIRURGICO 25/11/2016 12:15  
FINE T. CHIRURGICO 25/11/2016 13:24  
USCITA SALA 25/11/2016 13:47  
INGRESSO RECOVERY  
USCITA RECOVERY  
FINE ANESTESIA 25/11/2016 13:43  
USCITA BLOCCO  
INGRESSO REPARTO

TEMPI PERCORSO OPERATORIO

BARCODE

ora ora

BOP2 BOP2.P06 appoggio  
Paziente in appoggio

BOP2.SALA03 Sala  
Letto Recovery

convalida e continua

Sessione EXACTO in corso  
I tempi intraoperatori sono gestiti dall'anestesia

Tempi chirurgici per interventi precedenti nello stesso episodio clinico

Sala	Uscita ...	Ing Blocco	Inizio Anes	Ing Sala	ok Anes	Inizio Chir	Fine Chir	Uscita Sala	Fine Anes	Ing Rec	Uscita Rec	Uscita Bloc	Ing Repa...
Non si s...													

Cartella Paziente  
ADT  
Firma Cumulativa SIS  
Gestione Ambulatorio  
Gestione Patient Summary  
Gestione Reparto  
Gestione Richieste  
Immagini Radiologia  
Oncosys  
Percorso e Verbale Operatorio  
Ricetta  
Richieste Antibiotici 24 Scelta  
Stampe e Configurazioni

14:06 25/11/2016

TP

# Percorso Chirurgico – Tracciabilità dei pazienti

**FONDAZIONE POLIAMBULANZA Istituto Ospedaliero**

## Mappe Blocchi Operatori BOP2

**Legenda:**

- presala postala
- rec\*
- errore errore in ingresso
- ingresso sala apertura CA
- OK anestesia inizio TC fine TC
- chiusura CA
- scaduto dimissibile

SALA 01	SALA 02	SALA 03	SALA 04	SALA 05	SALA 06
URO - 201602868D 08/08/1931 F In sala dalle 13:48:00 OK Anestesia alle 13:57:08			CGE - 201602968D 03/06/1924 F In sala dalle 12:00:00 Iniziato TC alle 12:32:27	OST - 2016029056D 29/10/1989 F In sala dalle 12:27:00 Iniziato TC alle 12:49:00	
P01	P02	P03	P04	P05	P06
		URO - 2016029184D 18/03/1956 F ERRORE In postala dalle 13:44:00 Chiusura CA alle 13:49:45 ma non uscita dal blocco		R01	R02
		NCH - 2016029146D 27/08/1934 M ERRORE In blocco dalle 13:46:00 e postazioni di presala assente		R03	R04
		URO - CBC389214Z 29/04/1972 M ERRORE In blocco dalle 14:07:00 e postazioni di presala assente		ORT - 2016028076D 22/10/1940 F In recovery dalle 13:26:00 Apertura CA alle 13:27:53	
				R06	R05
				ORT - 201602867D 28/11/1937 F In recovery dalle 12:05:00 Apertura CA alle 12:05:12	ORT - 2016028068D 26/12/1943 M In recovery dalle 12:21:00 Apertura CA alle 12:17:54
P14	P13	P12	P11	P10	P09
	ORT - 2016029139D 07/04/1972 M In presala dalle 13:38:00			NCH - 2016029156D 19/05/1940 F In postala dalle 14:00:00	
				ORT - CBC3892733 25/04/1960 M In postala dalle 13:55:00 Apertura CA alle 13:57:42	



TP

Galileo - PED Pediatria - Noemalife Galileo Core - 1.5.4.11.27 [srv-nigal643-lb-poliambulanza.local] DB: 58.2

File Edit Unità Paziente Episodio Clinico Richiesta Aiuto Finestra

PED Pediatria Piano Diagnostico Terapeutico PDTA

Ultima Documentazione  
 Documenti: Scheda Pediatrica Alarm 25/11/16 11.53  
 Laboratorio: Ultimi esami il 25/11/16 6.30  
 Radiologia: ECOENEFALOGRAFIA

Accesso pazienti

PDTA\_checkin

Titolo

- CUP3890378 19/01/17
- CUP3890390 09/01/17
- 20160291130 25/11/16
- CON 25/11/16 11.59
- CON 25/11/16 08.42
- RAD 25/11/16 08.41
- LAB 25/11/16 06.30
- LAB 25/11/16 05.21
- LAB 25/11/16 04.50
- Scheda Pediatrica Ala...
- (Bozza) PDTA\_Chet...
- Scheda Pediatrica Ala...

Cartella Paziente

- ADT
- Conservazione Legale Sostitutiva
- Firma Cumulativa SISS
- Gestione Ambulatorio
- Gestione Patient Summary
- Gestione Reparto
- Gestione Richieste
- Immagini Radiologia
- Oncosys
- Parcorso e Verbale Operatorio
- Ricetta
- Richieste Antibiotici 2a Scelta
- SAE Operatorie
- Stampe e Configurazioni

Problemi del paziente

Condizione	Note	Data	Autore
FEBBRE		25/11/2016 04:37	camara-p

Esami Richiesti

Esame	Data Richiesta	Stato
S-Proteina C reattiva	25/11/2016 04:50	Refertata
S-Fosfato inorganico	25/11/2016 04:50	Refertata
Emogasanalisi sangue venoso	25/11/2016 04:50	Refertata
S-Urea	25/11/2016 04:50	Refertata
S-Potassio	25/11/2016 04:50	Refertata
S-Sodio	25/11/2016 04:50	Refertata

Attività proposte dal protocollo

Ambito	Attività	Note
Laboratorio A.	PED-Urgenze	
Laboratorio A.	PED-Ingresso	
Laboratorio A.	Velocità di eritrosedimentazione (VE)	
Laboratorio A.	S-Immunoglobuline A	
Laboratorio A.	S-Immunoglobuline G	
Laboratorio A.	S-Immunoglobuline M	
Laboratorio A.	S-Colesterolo totale	
Laboratorio A.	S-Trigliceridi	
Laboratorio A.	Emocoltura su un campione TIN	
Laboratorio A.	Malaria, ricerca plasmodi	
Consulenza	Urina da sacchetto - Urina da sacchetto	
Laboratorio A.	Urinocoltura mido intermedio	
Laboratorio A.	Urinocoltura catet. singolo	
Laboratorio A.	Widal-Wright - Widal-Wright - Siero	
Laboratorio A.	S-anticorpi anti Borrelia burgdorferi, IgM (*)	

Attività del PDTA

Ambito	Attività	Stato
Laboratorio Analisi	PED-Urgenze	
Consulenza	Urina da sacchetto - Urina da sacchetto	

13:13 25/11/2016

# 2018 - GOVERNO DELLA DOMANDA

+	CUP4148576	14/11/17	GER
	2017011034D	29/04/17	GER
	PS2017028241	29/04/17	PS
	PS2017028162	29/04/17	PS
+	2017010457D	22/04/17	USG
	PS2017026444	22/04/17	PS
	CUP4079329	04/04/17	ASA
	2017004036D	13/02/17	ASA
	2017002929D	01/02/17	GER
	PS2017007686	01/02/17	PS
	2016030453D	08/12/16	GER
	PS2016076782	08/12/16	PS
	2016026701D	01/11/16	GER
	PS2016068656	01/11/16	PS
	CUP3354820	03/02/16	CGE
	2015030720D	29/12/15	URO
	PRE3965103	05/12/15	URO
	CUP3231891	26/11/15	URO

01/01/2018 PAI

• PAI – PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

01/01/2018  
PATTO DI CURA

• PATTO DI CURA

**...a volte, dal cuore della tradizione, nasce la voglia di indicare la rotta verso il futuro!!!**



*Grazie per l'attenzione*