

Factsheet

Benefici della cartella informatizzata del paziente dal punto di vista del paziente

I seguenti casi di studio hanno lo scopo di mostrare il valore aggiunto del trattamento digitale dei dati medici rispetto alle modalità tradizionali di scambio di informazioni (p. es. telefono, invio postale, fax, e-mail sicura ecc.).

Gli esempi si basano su uno stato avanzato di integrazione di diversi formati nella cartella informatizzata del paziente (CIP). Nel caso di esami radiologici, ad esempio, alla sua messa in servizio la CIP ne conserva i risultati in formato PDF oppure le immagini della radiografia. Nel caso di immagini di RMN o di altre radiografie ad alta risoluzione, le comunità di riferimento possono integrare un'apposita soluzione di visualizzazione, grazie alla quale le immagini memorizzate nei sistemi informativi dell'ospedale potranno essere visualizzate direttamente nella CIP. Tuttavia, questa integrazione non è obbligatoria.

Contenuto

Caso di studio «lesione sportiva»	1
Caso di studio «cure d'emergenza»	4

Caso di studio «lesione sportiva»

Visita medica (medico di famiglia)

Il signor F., 30 anni, si sloga il ginocchio destro giocando a calcio. Poiché i dolori non accennano a migliorare, nemmeno dopo diversi giorni, va dal suo medico di famiglia. Il medico visita il ginocchio e fa una radiografia per escludere lesioni ossee. Inoltre, gli prescrive degli antinfiammatori e invia il signor F. da un ortopedico per ulteriori accertamenti.

Esempio con trasmissione convenzionale di informazioni

Il medico consegna al paziente una ricetta scritta a mano da presentare in farmacia e le radiografie. Inoltre, detta un breve rapporto di invio e lo inoltra al paziente via e-mail sicura, dopo che l'assistente dello studio medico lo ha trascritto.

Esempio con la cartella informatizzata del paziente (CIP)

Il medico di famiglia registra tutti i dati rilevanti per il trattamento nella cartella sanitaria informatizzata del signor F. (sistema d'informazione dello studio medico) e redige in seguito un rapporto elettronico di invio con tutte le informazioni anamnestiche essenziali sul paziente e sulle circostanze dell'infortunio,

con richiesta di una consultazione specialistica. Il rapporto di trasferimento viene registrato nella CIP del signor F., insieme alle radiografie e alla prescrizione elettronica per gli antinfiammatori. Al signor F. viene chiesto di accordare all'ortopedico e al suo farmacista i diritti necessari per accedere alla sua CIP tramite il portale Internet della sua comunità di riferimento, in modo che questi possano visualizzare i dati prima che il signor F. si rechi nello studio medico o in farmacia.

Vantaggi

- Consultando la CIP, l'ortopedico può farsi un'idea delle circostanze dell'infortunio e delle lesioni subite prima di parlare con il signor F., in modo da poter formulare la diagnosi e prescrivere la relativa terapia in modo più efficiente. Poiché tutte le informazioni rilevanti sono contenute nella CIP, l'ortopedico non ha bisogno di consultare telefonicamente il medico di famiglia.
- Il signor F. non ha il problema di dover ricordare di portare con sé le radiografie alla visita dall'ortopedico, perché quest'ultimo può consultare in anticipo il referto elettronico.
- Il farmacista, a cui il signor F. ha accordato i diritti di accesso, può identificare in modo rapido e preciso il medicamento prescritto visualizzando la ricetta elettronica.

Visita medica (ortopedico)

L'ortopedico visita il signor F. e sospetta uno strappo del legamento crociato anteriore con lesione del menisco mediale. Lo rimanda perciò a un istituto radiologico per una risonanza magnetica (RMN) del ginocchio destro. La RMN permette di ottenere non solo le immagini delle ossa, ma anche degli organi ed è quindi più precisa delle classiche radiografie.

Esempio con trasmissione convenzionale di informazioni

Poiché il rapporto di invio del medico di famiglia non ha raggiunto il signor F. in tempo, l'ortopedico esegue un'altra anamnesi. Compila il modulo di trasferimento all'istituto radiologico e lo spedisce via fax.

Esempio con la cartella informatizzata del paziente (CIP)

Come il rapporto di invio dall'ortopedico, anche quello per il trasferimento all'istituto di radiologia avviene tramite la CIP. Il signor F. accorda al radiologo responsabile dell'istituto di radiologia i necessari diritti di accesso per un periodo limitato.

Vantaggi

- Il radiologo può prepararsi meglio per l'imminente RMN e riceve una richiesta di consulenza chiara che gli risparmia una consultazione preliminare con l'ortopedico.
- Il signor F. non deve riferire nuovamente l'infortunio all'ortopedico e non deve portare con sé le radiografie.

Visita medica (istituto di radiologia)

La radiologia esegue la risonanza magnetica e redige un referto radiologico.

Esempio con trasmissione convenzionale di informazioni

Il referto radiologico dettato viene trascritto dalla segreteria dell'istituto di radiologia, firmato dal radiologo e inviato per posta all'ortopedico e al medico di famiglia. Le immagini della RMN vengono consegnate al signor F. su CD-ROM.

Esempio con la cartella informatizzata del paziente (CIP)

Le immagini della RMN e il referto radiologico generato direttamente per via elettronica sono memorizzati nel sistema d'informazione ospedaliero dell'istituto di radiologia e vengono registrati nella CIP del signor F.

Vantaggi

- L'ortopedico e il medico di famiglia possono visualizzare il referto della radiologia e aggiungerlo direttamente alla documentazione elettronica relativa alla cartella clinica del signor F.
- Il signor F. non corre il rischio di smarrire il CD-ROM con le immagini della RMN.
- Le immagini sono subito accessibili a tutti gli operatori sanitari ai quali il signor F. ha concesso i relativi diritti di accesso. Le immagini della RMN registrate nel sistema d'informazione

dell'ospedale possono essere visualizzate nella CIP e sono consultabili anche diversi anni dopo.

Visita medica (medico di famiglia)

Il signor F. torna dal suo medico di famiglia per discutere dei risultati dell'esame e delle ulteriori tappe. Insieme giungono alla conclusione che è indispensabile sottoporsi a un intervento. Il medico di famiglia invia il signor F. verso una clinica specializzata.

Esempio con trasmissione convenzionale di informazioni

Il signor F. porta sia le radiografie sia le immagini della RMN alla visita con il medico di famiglia. Il medico scrive a mano un rapporto di invio e lo spedisce via fax al chirurgo responsabile della clinica specializzata.

Esempio con la cartella informatizzata del paziente (CIP)

Prima della visita del signor F., il medico di famiglia dispone già di tutte le informazioni rilevanti per decidere i trattamenti successivi. Il medico di famiglia redige un rapporto di invio elettronico e chiede al signor F. di accordare al chirurgo responsabile della clinica specializzata i diritti di accesso necessari per la durata della sua degenza, in modo che possa visualizzare nella CIP tutte le informazioni rilevanti per il trattamento.

Vantaggi

- Il chirurgo della clinica specializzata ha accesso immediato a tutte le informazioni necessarie per preparare l'intervento chirurgico, senza il bisogno di consultazioni telefoniche.

Degenza ospedaliera

Il signor F. viene ricoverato nella clinica specializzata e visitato dal chirurgo. Il chirurgo esegue successivamente un'artroscopia al ginocchio e rimuove una parte del menisco, con documentazione di immagini. Redige un rapporto dell'operazione, dimette il signor F. raccomandando delle sedute di fisioterapia e gli rilascia una prescrizione con tutti i farmaci necessari.

Esempio con trasmissione convenzionale di informazioni

Il chirurgo esamina tutti i documenti e le immagini portate dal signor F. e si consulta con l'ortopedico o il radiologo in caso di dubbi. Dopo l'operazione, redige un rapporto che viene stampato dalla segreteria del reparto e inviato per posta al medico di famiglia e all'ortopedico. Le immagini dell'artroscopia del ginocchio vengono consegnate al signor F. insieme a una prescrizione per la fisioterapia, scritta a mano, e a una ricetta, sempre scritta a mano.

Esempio con la cartella informatizzata del paziente (CIP)

Il chirurgo può programmare l'operazione anche prima del ricovero del signor F., perché tutte le informazioni rilevanti sono disponibili nella CIP. Dopo l'operazione, il rapporto redatto nel sistema d'informazione della clinica specializzata e le immagini dell'artroscopia del ginocchio vengono registrate nella CIP, insieme alla prescrizione per la fisioterapia e alla ricetta elettronica con tutti i medicinali richiesti.

Vantaggi

- Il medico di famiglia e l'ortopedico possono consultare tutti i referti e le immagini rilevanti per l'ulteriore trattamento del signor F. in modo rapido e diretto nella sua CIP.
- Anche in questo caso, il paziente non è costretto a fungere da veicolo di informazioni.
- Il farmacista può dispensare il medicamento corretto con le istruzioni di dosaggio corrette, mentre il fisioterapista, a cui il signor F. ha accordato i relativi diritti di accesso, può accedere direttamente alla prescrizione.

Caso di studio «cure d'emergenza»

La signora N. è stata investita da un'auto e ha riportato ferite alla testa e una frattura esposta alla gamba. È rimasta a terra priva di sensi. I soccorritori giungono velocemente sul posto per prestare i primi soccorsi e preparano la signora N. per il trasporto in ambulanza. La signora N. soffre di fibrillazione atriale e pertanto assume anticoagulanti. Inoltre, è allergica alla penicillina.

Esempio con trasmissione convenzionale di informazioni

Nel suo portafoglio i soccorritori trovano un documento con i suoi dati personali. Durante il trasporto i soccorritori informano l'ospedale più vicino dell'arrivo della paziente e delle sue condizioni. L'ospedale verifica se sia già disponibile un'anamnesi a nome della paziente, purtroppo senza successo.

All'arrivo in ospedale il medico del pronto soccorso si occupa della paziente. Poiché questa è priva di sensi, non è in grado di dare informazioni sulla propria storia clinica né indicare il nome del medico di famiglia. La TC del cranio prescritta mostra un trauma cerebrale con emorragia cerebrale intracranica. I valori di laboratorio indicano un'emodiluizione farmacologica.

A causa della ferita aperta, la paziente viene trattata con un preparato a base di penicillina. La signora N. ha una grave reazione allergica. L'antibiotico deve essere quindi sostituito immediatamente ed è inoltre necessario trattare la reazione allergica.

In seguito, il rapporto di dimissione viene inviato al medico di famiglia della signora N. via posta o e-mail sicura.

Esempio con la cartella informatizzata del paziente (CIP)

Nel portafoglio della signora N. i soccorritori trovano un documento con i suoi dati personali. Durante il trasporto i soccorritori informano l'ospedale più vicino dell'arrivo della paziente e delle sue condizioni. Queste informazioni servono all'ospedale per verificare se la paziente ricoverata d'urgenza possiede una CIP.

All'arrivo in ospedale il medico del pronto soccorso si occupa della paziente. L'accesso alla CIP in situazioni di emergenza permette al medico di consultarla anche quando il paziente non è in grado di accordare il diritto di accesso. Consultando la CIP, il medico scopre che la signora N. soffre di fibrillazione atriale e che pertanto assume anticoagulanti. Inoltre nella CIP è indicato che la signora N. è allergica alla penicillina. Queste informazioni importanti permettono al medico di farsi un quadro della paziente ricoverata d'urgenza prima ancora che arrivino i risultati delle analisi di laboratorio, e di adattare di conseguenza l'assistenza medica successiva. Ad esempio, il medico sa subito che la ferita aperta non va trattata con la penicillina ma con un altro antibiotico. Questo tipo di informazioni può essere di vitale importanza. Più tardi, la signora N. riceve una notifica dell'accesso di emergenza alla sua CIP. L'ospedale registra il rapporto di dimissione nella CIP della signora N., dove potrà essere visualizzato dalla paziente e dal suo medico di famiglia, al quale lei avrà accordato la relativa autorizzazione.

Vantaggi

- Il medico del pronto soccorso ha accesso ai principali dati sanitari della signora N. e può così prendere decisioni più informate sull'assistenza medica successiva.
 - Può trattare la coagulazione del sangue anche prima che arrivino i risultati del laboratorio.
 - La ferita aperta può essere trattata fin dall'inizio con un antibiotico di riserva, evitando così una grave reazione allergica.
- La signora N. si sente al sicuro. Sa che i paramedici e i medici possono informarsi sul suo attuale stato di salute anche se non dovesse essere cosciente.
- La signora N. riceve una notifica di accesso di emergenza alla sua CIP. In questo modo può controllare l'utilizzo dei suoi dati sanitari.

Sintesi

La cartella informatizzata del paziente

- evita ai pazienti di svolgere un ruolo di «portalettere», poiché questi non sono più costretti a portare con sé cartelle cliniche e documenti ai professionisti della salute;
- evita ai pazienti di dover raccontare ogni volta la loro storia clinica a diversi professionisti della salute;
- dà ai pazienti la sicurezza che tutti i professionisti della salute coinvolti nella loro assistenza medica sono a conoscenza dei loro problemi di salute;
- consente ai pazienti di accedere ai propri dati sanitari in qualsiasi momento e di prepararsi per la prossima consultazione (aumento dell'alfabetizzazione sanitaria e della cultura sanitaria del paziente);
- offre ai pazienti la possibilità di controllare la cronologia degli accessi alla loro cartella informatizzata e di esporre denuncia in caso di accesso illecito;
- offre ai pazienti la possibilità di inserire essi stessi nella loro cartella informatizzata dati o informazioni supplementari sul loro stato di salute, contribuendo a formulare la diagnosi o a scegliere il trattamento in modo più specifico;
- riduce le interruzioni del mezzo telematico ed elimina la necessità di scambiare dati personali particolarmente sensibili tramite e-mail o fax non protetti;
- offre una migliore qualità delle informazioni grazie a una maggiore strutturazione e codifica delle informazioni mediche (ad esempio, meno errori farmacologici dovuti a prescrizioni illeggibili);
- fornisce ai professionisti della salute una rapida panoramica degli accertamenti già eseguiti e delle decisioni (terapeutiche) prese e attuate, riducendo così il numero di esami (ripetuti);
- aumenta la sicurezza del trattamento e dei medicinali (soprattutto in caso di emergenza, come allergie a medicinali o intolleranze del paziente);
- è altrettanto veloce della trasmissione dei dati via fax, ma permette ad altri professionisti della salute con diritti di accesso di elaborare ulteriormente i dati memorizzati nella CIP (ad esempio inserendovi un rapporto di laboratorio) e riduce così il rischio di errori di trasmissione (manuale).