

## Scheda informativa

# Differenza tra cartella clinica elettronica e cartella informatizzata del paziente

Al giorno d'oggi le persone sono estremamente mobili: cambiano luogo di domicilio, cassa malati, medico curante o effettuano viaggi all'estero. Ne consegue che per i pazienti e il loro personale curante sia difficile o addirittura impossibile reperire le informazioni mediche aggiornate indispensabili in una situazione di emergenza.

La cartella informatizzata del paziente mette in rete i professionisti della salute e garantisce loro di poter accedere a dati sul paziente rilevanti ai fini della cura, creati e messi a disposizione a livello decentralizzato da altri colleghi. I professionisti della salute del caso possono così, previo consenso del paziente, prendere visione di suddetti dati e documenti ed eventualmente salvarli nei sistemi d'informazione delle loro cliniche e dei loro studi medici. I pazienti possono in qualsiasi momento accedere alla propria cartella informatizzata e consultare i dati in essa registrati.

### Sistemi primari e sistemi secondari

In materia di archiviazione e trasmissione di informazioni è necessario distinguere tra l'archiviazione di dati e documenti in «sistemi primari» e la loro messa a disposizione in «sistemi secondari».

Sono definiti **sistemi primari** i sistemi d'informazione delle cliniche e degli studi medici nei quali vengono inserite le cartelle cliniche elettroniche interne di un ospedale, di uno studio medico o di una farmacia<sup>1</sup>. Si tratta quindi dei dati e dei documenti che sono, per esempio, archiviati da un medico o dai suoi collaboratori nel sistema del proprio studio medico durante una visita.



La cartella informatizzata del paziente rientra invece nei **sistemi secondari**. Una volta che il paziente ha dato il proprio consenso, all'interno di questa cartella vengono resi disponibili ad altri professionisti della salute i dati e i documenti rilevanti ai fini delle cure successive. Questa raccolta dei dati principali del paziente è utilizzata per lo scambio di informazioni tra i diversi professionisti della salute ed è costituita da una serie di dati e documenti archiviati nei sistemi d'informazione di cliniche e studi medici (sistemi primari). I documenti rilevanti per il processo terapeutico sono solitamente rapporti di operazioni e di dimissioni dall'ospedale, elenchi di medicinali,

<sup>1</sup> I dati e i documenti salvati nei sistemi primari sottostanno al diritto vigente (p. es. direttive cantionali sulla documentazione, norme sulla responsabilità o l'obbligo del segreto professionale da parte del medico) e non alla [legge federale sulla cartella informatizzata del paziente \(LCIP\)](#).

elenchi di diagnosi o problemi attuali, esami di diagnostica per immagini con relativo referto nonché altri referti (p. es. analisi di laboratorio, analisi patologiche). Al tempo stesso sono utili anche indicazioni generali sul paziente e sul suo stato di salute, che possono fornire informazioni importanti ai professionisti della salute sia in una situazione d'emergenza sia durante una visita programmata. Si tratta di dati quali informazioni relative al gruppo sanguigno nonché a trasfusioni, vaccinazioni, trapianti, allergie, patologie specifiche, conseguenze di incidenti o ancora contatti per le emergenze e direttive anticipate.

Non verrà tuttavia fornita una definizione esaustiva delle informazioni da considerarsi come «rilevanti ai fini della cura». I dati che sono da considerarsi tali, e che possono dunque essere messi a disposizione di altri professionisti della salute, vengono infatti definiti di comune accordo tra il professionista della salute e il paziente.

### **La cartella informatizzata del paziente: un fascicolo virtuale**

La cartella informatizzata del paziente<sup>2</sup> è un fascicolo virtuale che si basa sul principio della gestione condivisa dei dati. Ciò significa che non contiene fisicamente alcun documento originale, ma tramite un registro dei documenti rinvia semplicemente al luogo di salvataggio dei dati, ossia direttamente al sistema di archiviazione del personale curante o al sistema di archiviazione interno alla comunità<sup>3</sup>. I link ai documenti vengono raggruppati e mostrati solo nel momento in cui un professionista della salute autorizzato o il paziente stesso accede alla cartella informatizzata. Solamente selezionando un link il documento viene richiamato dal luogo di archiviazione corrispondente e mostrato come accesso temporaneo. La cartella informatizzata del paziente non è dunque fisicamente archiviata in modo centralizzato, ma viene compilata virtualmente ad ogni accesso a partire da diverse fonti di dati.

#### **Fonti:**

- [Messaggio concernente la legge federale sulla cartella informatizzata del paziente](#)
- [Legge federale sulla cartella informatizzata del paziente](#)
- [eHealthsuisse – Centro di competenza e di coordinamento di Confederazione e Cantoni](#)
- [Green M. A., Bowie J. B. Essentials of Health Information Management: Principles and Practices. Seconda edizione. Cengage Learning, 2010](#)

---

<sup>2</sup> La legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP) disciplina esclusivamente le condizioni quadro per il trattamento dei dati della cartella informatizzata del paziente.

<sup>3</sup> Il sistema di archiviazione interno alla comunità è una componente decentralizzata predisposta per una procedura di richiamo automatizzata, a monte del sistema primario (documentazione interna del personale curante) che contiene solo ed esclusivamente i dati rilevanti ai fini della cura. È una componente necessaria affinché i dati presenti nella cartella informatizzata del paziente siano sempre disponibili, anche quando i sistemi interni dei professionisti della salute non sono consultabili, come ad esempio nei fine settimana.