



**PROCEDURA APERTA PER L'ACQUISIZIONE DI SERVIZI FINALIZZATI ALLA PROGETTAZIONE, SVILUPPO, FORMAZIONE, AVVIAMENTO E MANUTENZIONE DEL SISTEMA "CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA REGIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA"**

**ALLEGATO 6  
CAPITOLATO TECNICO**

# INDICE

<b>1</b>	<b>IL CONTESTO DI RIFERIMENTO: SERVIZI, ASSISTITI E PROFESSIONISTI</b>	<b>8</b>
1.1	<b>Premessa</b>	<b>8</b>
1.1	<b>Organizzazione dei Servizi, assistiti e professionisti</b>	<b>9</b>
1.1.1	Servizi per la salute mentale adulti	11
1.1.2	Servizi di neuropsichiatria infanzia e adolescenza	11
1.1.3	Servizi per le dipendenze patologiche	11
1.1.4	Psicologia clinica e supporto alla Tutela minori	11
<b>2</b>	<b>OGGETTO DELL'ACQUISIZIONE</b>	<b>12</b>
2.1	<b>Caratteristiche della fornitura</b>	<b>13</b>
2.1.1	Requisiti della piattaforma applicativa software e dell'impianto tecnologico	13
2.1.2	Requisiti di competenza professionale per l'erogazione dei servizi	13
2.1.3	Modalità di esecuzione della fornitura	13
2.1.3.1	<i>Configurazione e installazione del sistema SCCE</i>	13
2.1.3.2	<i>Deployment e attivazione del sistema SCCE</i>	14
2.1.3.3	<i>Gestione tecnica del sistema SCCE</i>	15
2.1.3.4	<i>Implementazione evolutiva del sistema SCCE</i>	16
2.1.4	Modalità di rendicontazione e remunerazione della fornitura	17
2.1.5	Penali	17
2.2	<b>Figure professionali</b>	<b>17</b>
2.2.1	Project manager	17
2.2.2	Analista di sistema	18
2.2.3	Architetto di sistemi	18
2.2.4	Sviluppatore senior	18
2.2.5	Sviluppatore junior	18
2.2.6	Formatore	18
2.3	<b>Piano di formazione del personale</b>	<b>19</b>
2.3.1	Formazione dei tecnici informatici delle AUSL	19
2.3.2	Utenti esperti (referenti sistema informativo)	19
2.3.3	Formazione dei formatori	19
2.4	<b>Server per formazione e verifica degli sviluppi</b>	<b>20</b>
2.5	<b>Migrazione degli archivi, avvio del sistema e tempistica</b>	<b>20</b>
2.5.1	Migrazione degli archivi	20
2.5.2	Avvio del sistema	20
2.5.3	Tempistica di realizzazione del sistema	21
2.6	<b>Avvicendamento contrattuale</b>	<b>22</b>
2.7	<b>Osservanza di norme, leggi e regolamenti</b>	<b>22</b>

<b>2.8</b>	<b>Qualità e livelli dei servizi</b>	<b>22</b>
2.8.1	Affidabilità e maturità del software rilasciato	22
2.8.2	Efficienza negli interventi di rimozione degli errori	23
2.8.3	Servizio di help desk, assistenza e manutenzione	24
2.8.4	Efficienza del servizio di help desk di secondo livello - presa in carico della richiesta di assistenza	25
<b>3</b>	<b>REQUISITI FUNZIONALI</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>Descrizione del sistema SCCE</b>	<b>27</b>
<b>3.2</b>	<b>Usabilità e interfaccia grafica</b>	<b>28</b>
<b>3.3</b>	<b>Unione cartelle riferito al medesimo assistito</b>	<b>28</b>
<b>3.4</b>	<b>Interfacce</b>	<b>29</b>
3.4.1	Anagrafica unica degli assistiti	29
3.4.2	Richieste formulate dal DSM-DP verso altri servizi erogatori di prestazioni e consulenze	29
3.4.3	Richieste formulate dai diversi richiedenti aziendali al DSM-DP	30
3.4.4	Interfaccia con FSE	30
3.4.5	Integrazione con i sistemi di codifica regionali mediante servizi REST	30
3.4.6	Interfaccia con SOLE	31
3.4.6.1	<i>Ritorno dei referti nella cartella</i>	31
3.4.6.2	<i>Ritorno dei referti per i SerDP</i>	31
3.4.6.3	<i>Cruscotto dei referti e messaggi inviati alle infrastrutture RER</i>	31
3.4.6.4	<i>Invio dei referti e della documentazione sanitaria/amministrativa in genere al sistema SOLE</i>	31
3.4.7	Interfaccia verso sistema SISP	32
3.4.8	Interfaccia verso WinSimet	32
3.4.9	Interfaccia verso RURER	32
<b>3.5</b>	<b>Specifiche di interconnessione con il sistema regionale</b>	<b>33</b>
3.5.1	Invio referti MMG/PLS	33
<b>4</b>	<b>TRACCIATURA, ASPETTI GIURIDICI E PRIVACY</b>	<b>35</b>
<b>4.1</b>	<b>La gestione della privacy nell'SCCE oggetto di fornitura</b>	<b>35</b>
<b>4.2</b>	<b>Protezione fin dalla fase di progettazione e protezione per impostazione predefinita (Privacy by Design e privacy by Default, art. 25 GDPR)</b>	<b>37</b>
<b>4.3</b>	<b>Gestione dei consensi</b>	<b>37</b>
4.3.1	Caricamento dei dati dai sistemi precedenti e raccolta del consenso del paziente a conferire il dato all'SCCE	38
<b>4.4</b>	<b>Validità giuridica della SCCE</b>	<b>38</b>
4.4.1	Acquisizione di documentazione cartacea mediante scansione	38
4.4.2	Autenticazione e Firma	38
4.4.3	Firma Digitale e Conservazione Sostitutiva	39
<b>4.5</b>	<b>Privacy e consensi</b>	<b>39</b>
4.5.1	Funzione di controllo in base ai consensi forniti	41

<b>4.6</b>	<b>Documentazione allegata</b>	<b>42</b>
<b>4.7</b>	<b>Documentazione Generata</b>	<b>42</b>
4.7.1	Note Riservate	43
4.7.2	Worklist	43
<b>4.8</b>	<b>Tracciabilità delle operazioni degli utenti e delle integrazioni</b>	<b>44</b>
<b>4.9</b>	<b>Tracciabilità dei servizi</b>	<b>44</b>
<b>4.10</b>	<b>Gestione della compartecipazione alla spesa</b>	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>FUNZIONI AREA GESTIONALE</b>	<b>45</b>
<b>5.1</b>	<b>Gestione delle Risorse / Pianificazione Attività attraverso l'Agenda</b>	<b>46</b>
<b>5.2</b>	<b>Link e documentazione</b>	<b>47</b>
<b>5.3</b>	<b>Attività non dirette agli assistiti</b>	<b>47</b>
<b>5.4</b>	<b>Unità di strada e App</b>	<b>47</b>
5.4.1	UDS Notte	48
5.4.2	UDS Riduzione del danno	48
<b>5.5</b>	<b>Messaggistica interna</b>	<b>49</b>
<b>5.6</b>	<b>Segnalazioni per la sicurezza delle cure</b>	<b>49</b>
<b>5.7</b>	<b>Consegne</b>	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>FUNZIONI AREA CLINICA</b>	<b>51</b>
<b>6.1</b>	<b>Percorso di cura</b>	<b>51</b>
<b>6.2</b>	<b>Accoglienza</b>	<b>52</b>
6.2.1	Primo contatto/Prenotazione	52
6.2.2	Accesso	53
6.2.2.1	<i>Consulenze</i>	53
6.2.2.2	<i>Consulenza in regime libero professionale</i>	53
<b>6.3</b>	<b>Anamnesi, valutazione e diagnosi</b>	<b>54</b>
6.3.1	Anamnesi	54
6.3.2	Esame obiettivo/parametri vitali	54
<b>6.4</b>	<b>Diagnosi</b>	<b>54</b>
6.4.1	Gestione della ricodifica da ICD9-CM a ICD-10	56
<b>6.5</b>	<b>Progetto individualizzato</b>	<b>56</b>
6.5.1	Percorsi strutturati	57
6.5.2	Condivisione Progetto	58
6.5.3	Obiettivi	59
6.5.4	Tempi	60

6.5.5	Referente del progetto	60
6.5.6	Trattamenti e risorse	60
<b>6.6</b>	<b>Conclusione episodio di cura</b>	<b>61</b>
<b>6.7</b>	<b>Flessibilità e modularità del percorso di cura</b>	<b>61</b>
<b>6.8</b>	<b>Controllo coerenza dati</b>	<b>62</b>
<b>6.9</b>	<b>Ponti procedurali e gestione fasi</b>	<b>63</b>
<b>6.10</b>	<b>Funzione Help nei diversi contesti applicativi</b>	<b>63</b>
<b>6.11</b>	<b>Avvisi</b>	<b>64</b>
<b>6.12</b>	<b>Notifiche</b>	<b>65</b>
<b>6.13</b>	<b>Ricerca cartella clinica assistito e funzioni di ricerca generali</b>	<b>65</b>
<b>6.14</b>	<b>Funzioni di stampa</b>	<b>65</b>
6.14.1	Stampa della cartella clinica	66
6.14.2	Modulistica, certificati o referti	66
<b>7</b>	<b>ULTERIORI FUNZIONI AREA CLINICA</b>	<b>67</b>
<b>7.1</b>	<b>Gestione degli Ordini</b>	<b>67</b>
7.1.1	Inserimento Ordini	67
7.1.2	Visualizzazione Ordini	67
7.1.3	Evidenza Clinica	67
7.1.4	Gestione Consulenze e Accesso in sola Lettura	67
<b>7.2</b>	<b>Refertazione per consulenze fuori dal reparto richiedente</b>	<b>68</b>
<b>7.3</b>	<b>Consulenze che si attuano su lunghi periodi</b>	<b>68</b>
<b>7.4</b>	<b>Gestione del Trasferimento del paziente verso altra unità organizzativa o altro percorso</b>	<b>68</b>
<b>7.5</b>	<b>Documentazione di Riferimento a Supporto dell'Attività Clinica</b>	<b>68</b>
<b>7.6</b>	<b>Autenticazione e Livello di Profilazione</b>	<b>69</b>
7.6.1	Gestione delle autorizzazioni e dei profili abilitativi	69
<b>7.7</b>	<b>Informazioni socio-anagrafiche e giuridiche dell'assistito</b>	<b>70</b>
7.7.1	Situazione socio-anagrafica	70
7.7.2	Informazioni giuridiche	70
<b>7.8</b>	<b>Area problematica</b>	<b>71</b>
<b>7.9</b>	<b>Home</b>	<b>71</b>
<b>7.10</b>	<b>Test clinici</b>	<b>71</b>
7.10.1	Somministrazione degli strumenti autosomministrati	73
7.10.2	Somministrazione degli strumenti eterosomministrati	73

7.10.3	Calcolo punteggi e restituzione risultati	73
<b>7.11</b>	<b>Eventi critici ed elementi di particolare interesse</b>	<b>74</b>
<b>7.12</b>	<b>Prescrizione e erogazione farmacologica</b>	<b>74</b>
7.12.1	Sistemi di interazione tra farmaci	75
7.12.2	Normativa, circolari, indicazioni regionali e nazionali di riferimento	76
7.12.3	Prescrizione	76
7.12.4	Somministrazione	77
7.12.5	Ciclo del Farmaco – Ambulatoriale	77
7.12.6	Allergie farmaci e intolleranze particolari	77
<b>7.13</b>	<b>Prescrizione specialistica</b>	<b>78</b>
7.13.1	Facilitazioni a supporto delle attività organizzative dei Servizi	79
7.13.2	Informazioni che compongono la prescrizione	79
7.13.3	Prescrizione e aspetti relativi al CUP integratore con PS	80
7.13.4	Servizi API-rest per la prescrizione specialistica	80
7.13.5	Gestione delle prestazioni esentabili	80
7.13.6	Gestione dei pacchetti di prestazioni	81
7.13.7	Gestione della branca specialistica	81
7.13.8	Gestione dell'ordinamento delle prestazioni	81
7.13.9	Gestione delle quantità	81
7.13.10	Regole sulle prestazioni e priorità di accesso sulla prescrizione	81
7.13.11	Gestione voci generiche, sinonimi e ricerca prestazioni	82
7.13.12	Visualizzazione del Catalogo SOLE e ordinamento	82
7.13.13	Gestione dello storico	82
7.13.14	Gestione appropriatezza prescrittiva (Nuovi LEA)	82
7.13.15	Gestione analiti nel ritorno del referto	83
7.13.16	Modulistica regionale e aziendale	83
7.13.17	Percorsi guidati	83
<b>7.14</b>	<b>Diario Clinico/prestazioni</b>	<b>83</b>
<b>7.15</b>	<b>Trattamenti</b>	<b>85</b>
<b>8</b>	<b>ULTERIORI SPECIFICITÀ PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE</b>	<b>87</b>
<b>8.1</b>	<b>Rapporto con le sostanze e comportamenti additivi</b>	<b>87</b>
<b>8.2</b>	<b>Trasferimenti terapeutici</b>	<b>88</b>
<b>8.3</b>	<b>Screening infettivologico</b>	<b>88</b>
<b>8.4</b>	<b>Ricerca positività</b>	<b>89</b>
<b>9</b>	<b>OUTPUT, ESTRAZIONI DATI, STATISTICHE</b>	<b>91</b>
<b>9.1</b>	<b>Liste fisse</b>	<b>91</b>
9.1.1	Statistiche fisse per programmazione	92
9.1.2	Indicatori accreditamento	93

<b>9.2</b>	<b>Funzione estrazione base dati</b>	<b>93</b>
<b>9.3</b>	<b>Query builder</b>	<b>93</b>
<b>9.4</b>	<b>Consultazione dell'attività svolta dal servizio</b>	<b>95</b>
<b>9.5</b>	<b>Ricerca informazioni</b>	<b>95</b>
<b>9.6</b>	<b>Flussi informativi regionali e nazionali</b>	<b>95</b>
9.6.1	Database	96
9.6.2	Interconnessione nazionale – calcolo CUNI	96
<b>ALLEGATO A - REQUISITI INFRASTRUTTURALI E FUNZIONALI DI SCCE</b>		<b>98</b>
<b>Requisiti della componente Hardware - Caratteristiche tecniche degli apparati in hosting presso i DC Regionali</b>		<b>98</b>
<b>Componente Server</b>		<b>99</b>
<b>Database</b>		<b>99</b>
<b>Hardware</b>		<b>100</b>
	Tempi di risposta	100
	Componente Client	100
<b>Utilizzabilità dell'applicativo su più dispositivi</b>		<b>100</b>
	Risoluzione schermo	101
	Contesto d'uso	101
	Controlli applicativi	101
	Sezione messaggistica	101
<b>Sicurezza</b>		<b>102</b>
<b>Autenticazione</b>		<b>102</b>
<b>GLOSSARIO</b>		<b>104</b>
<b>ALLEGATI AL CAPITOLATO TECNICO</b>		<b>107</b>

# 1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO: SERVIZI, ASSISTITI E PROFESSIONISTI

## 1.1 Premessa

L'obiettivo di questo documento è di fornire le specifiche per la costruzione di un **SCCE<sup>1</sup> – Sistema di Cartella Clinica Elettronica - unico regionale per i Servizi che compongono il Dipartimento di Salute mentale e dipendenze patologiche della Regione Emilia-Romagna** (DSM-DP), così come definito nel "Piano attuativo salute mentale 2009-2011 (DGR 313/2009), che ha impostato un modello di Dipartimento unico integrato che di fatto non ha trovato un corrispettivo nei sistemi informativi locali e regionale.

I Servizi che compongono il DSM-DP attualmente presentano differenze rispetto ai modelli/approcci teorici, organizzativi e procedurali che hanno avuto rilevanti effetti sullo sviluppo dei sistemi informatici e informativi.

Il progetto di un SCCE unico regionale nasce dalla **necessità di supportare efficacemente l'organizzazione dei DSM-DP e i nuovi modelli di cura con adeguati strumenti informatici**. La cartella DSM-DP deve basarsi su nomenclatori, procedure, modelli, terminologie e criteri uguali per tutti i servizi del DSM-DP, nel rispetto delle specificità della tipologia di trattamento.

La cartella clinica DSM-DP ha l'obiettivo di mettere il **paziente e i suoi bisogni di salute al centro dell'attenzione**. La cartella deve rappresentare uno strumento integrato di diverse professionalità che erogano prestazioni al paziente e, al contempo, dovrà fornire a ciascuno la possibilità di consultare/condividere il lavoro effettuato dagli altri professionisti, sia appartenenti allo stesso Dipartimento sia ad altre strutture socio-sanitarie o sociali, nel rispetto delle normative sulla protezione dei dati personali. Tutti i professionisti, nell'ambito delle proprie competenze, dovranno poter accedere alle informazioni sul trattamento attuale e precedente, al fine di progettare il percorso clinico con il paziente e i suoi familiari.

Nella struttura della cartella unica del DSM-DP i requisiti principali devono essere rappresentati dalla **clinica e dalla tracciabilità dei percorsi di cura**. La cartella clinica deve essere il principale strumento di rilevazione dei dati e delle informazioni che concorreranno alla definizione degli indicatori di processo, esito, di gestione del rischio e di governo clinico.

L'azione dell'operatore dovrà essere supportata dalla cartella con strumenti e percorsi facilitati nell'identificazione e definizione dei bisogni del paziente, nella costruzione delle risposte di cura, nella riabilitazione e supporto sociale, nel monitoraggio dell'andamento dei programmi e nella verifica dei risultati ottenuti.

Lo sviluppo del percorso di assistenza inizia dal primo contatto, che identifica l'emergere di un potenziale bisogno di salute che si realizza in differenti contesti. Come luoghi di primo contatto sono da prevedere sia i tradizionali ambiti del DSM-DP e dell'ospedale ma anche **i nuovi luoghi dell'assistenza sanitaria** che il sistema sanitario regionale sta sviluppando o svilupperà in futuro.

Oltre ai luoghi storicamente identificati come sede principale dell'accoglienza sul territorio (Centro di salute mentale, Servizi per le dipendenze patologiche, ambulatori neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza) è possibile individuare: il domicilio del paziente, le strutture residenziali e le **Case della Salute**, ambito privilegiato per il rapporto con la **Medicina Generale** e con i Dipartimenti di cure primarie. Parallelamente, nell'ambito ospedaliero, al Servizio psichiatrico di diagnosi e cura si affiancano non solo i reparti psichiatrici intensivi (Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo) pubblici e privati ma il **Pronto Soccorso** e le degenze non psichiatriche. La cura dei pazienti si realizza anche in contesti di detenzione, come i Servizi di sanità penitenziaria della Regione Emilia-Romagna.

---

<sup>1</sup> Sistema informatico per la gestione dell'insieme delle CCE – Cartelle Cliniche Elettroniche -. SCCE permette di gestire con modalità elettronica e riprodurre al bisogno su carta o su documento informatico singole CCE o singoli episodi. Definizione tratta dalle Linee Guida Regionali sulla Cartella Clinica Elettronica.



Il trattamento, conseguenza della definizione di un quadro problematico, dovrà prevedere l'identificazione degli obiettivi, degli strumenti terapeutici e riabilitativi da utilizzare, i criteri e le modalità di verifica, i risultati attesi ed i tempi della verifica stessa.

Quanto descritto rappresenta la **presa in cura del paziente**. Questa si realizzerà attraverso **percorsi/progetti di trattamento**. Il progetto di cura si sviluppa attraverso verifiche periodiche dei risultati conseguiti, misurati in termini di **esiti ottenuti** nelle diverse dimensioni, biologica, psicologica e sociale. Nelle diverse fasi del progetto di cura (definizione, realizzazione e verifica) deve essere evidente il coinvolgimento dell'utente e della sua famiglia.

La cartella rappresenta uno strumento non solo di documentazione del progetto terapeutico, ma anche una **guida per l'operatore nel percorso di cura**.

La **cartella assistenziale integrata** sarà un documento che raccoglierà le informazioni sanitarie dei pazienti che afferiscono ai servizi del DSM-DP, con la finalità di supportare i professionisti coinvolti nella formulazione delle decisioni cliniche e assistenziali. I dati e le informazioni riportate in tale documentazione hanno, quindi, lo scopo di fornire una base informativa per scelte assistenziali razionali ed efficaci e per garantire la continuità del percorso di cura, documentando il quadro clinico-assistenziale, il processo diagnostico-terapeutico realizzato e i risultati conseguiti.

## 1.1 Organizzazione dei Servizi, assistiti e professionisti

La cartella clinica è rivolta a una **rete di Servizi**<sup>2</sup> che si basano sull'integrazione tra le discipline di:

- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- Dipendenze patologiche
- Salute mentale adulti
- a questi si aggiunge l'attività della psicologia clinica.

I Servizi sono coordinati attraverso i Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) presenti in ogni Azienda USL. L'approccio è globale e riguarda aspetti di prevenzione, promozione, cura, riabilitazione nel campo della Salute mentale e delle dipendenze patologiche. Sul versante sociale e socio-sanitario il DSM-DP persegue l'integrazione con i servizi dei Comuni, con il volontariato e con il privato accreditato.

Il Sistema di cura e di comunità del DSM-DP è così strutturato:

- Servizi territoriali: SerDP, CSM, NPIA, attività di psicologia clinica
- Servizi residenziali/ospedalieri: SPDC/SPOI, residenze sanitarie, residenze socio-sanitarie, centri diurni, REMS
- Servizi con i quali il DSM-DP collabora: Servizi sociali degli enti locali, cooperative, enti per la cura dei pazienti, interventi sul territorio quali: avvicinamento al lavoro, autonomia abitativa, interventi sulle reti sociali.

Tutte le strutture/servizi pubblici o privati indicati dovranno poter usare il software del DSM-DP, ad eccezione degli SPDC per i quali è previsto un interfacciamento tra software.

Complessivamente la cartella dovrà essere in grado di gestire programmi e percorsi complessi per circa 52.000 utenti di NPIA, 30.000 utenti delle Dipendenze patologiche e 80.000 della Salute mentale adulti. A queste devono aggiungersi le informazioni su circa 10.000 assistiti all'anno nei Servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura (SPDC/SPOI).

*Utenza Servizi del DSM-DP per AUSL nel 2015\*, \*\**

<b>AUSL</b>	<b>NPIA</b>	<b>SerDP</b>	<b>Salute mentale adulti</b>
Piacenza	3.414	2.069	6.045
Parma	5.696	3.039	8.328
Reggio Emilia	7.719	3.070	9.158
Modena	9.605	4.076	11.482

<sup>2</sup> <http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze>

Bologna	9.082	5.520	17.101
Imola	1.379	936	2.477
Ferrara	3.326	2.140	6.542
Romagna	12.018	7.887	17.986
<b>RER</b>	<b>52.239</b>	<b>28.737</b>	<b>79.119</b>

\* Un utente è conteggiato una sola volta per AUSL

\*\* Nella tabella non sono conteggiati gli utenti con ricovero ospedaliero presso i reparti SPDC (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura)

All'uso del nuovo applicativo del DSM-DP saranno coinvolti **più di 4.000 operatori dei Servizi del DSM-DP**, ai quali devono **aggiungersi altre tipologie di utenti del sistema extra AUSL** di cui oggi risulta difficile stimare la numerosità degli stessi (es. personale dei Servizi sociali dei Comuni, personale delle cooperative, personale privato imprenditoriale, personale servizi per il lavoro, personale addetto alla tutela dei minori). Si stima che tali utenti aggiuntivi non supereranno le 1.000 unità.

Il sistema andrà dimensionato stimando che dei 4.000 utenti definiti nelle ore di massimo utilizzo del sistema orientativamente 1/3 acceda e utilizzi la cartella in maniera concorrente.

#### Personale DSM-DP per AUSL (2015)

Descrizione	Piacenza	Parma	Reggio Emilia	Modena	Bologna	Imola	Ferrara	Romagna	Regione
Dirigenti Medici e Veterinari	46	80	80	106	160	25	51	157	<b>705</b>
Dirigenti Sanitari non medici	31	34	54	79	62	11	26	86	<b>383</b>
Dirigenti PTA	1			1	1	1	2	6	<b>12</b>
Personale Infermieristico	142	159	178	197	330	48	159	323	<b>1.536</b>
Personale tecnico sanitario								1	<b>1</b>
Personale della riabilitazione	80	75	128	128	54	23	81	184	<b>753</b>
Assistente sociale	10	15	8	10	34	5	16	52	<b>150</b>
Personale Tecnico	5	8	8	2	6	2	6	9	<b>46</b>
Op. Tecnico-Assist. (OTA)	2		1					2	<b>5</b>
Op. Socio-San. (OSS)	31	19	27	17	30	13	15	38	<b>190</b>
Ausiliari Specializzati	1	2			1				<b>4</b>
<b>Totale</b>	<b>349</b>	<b>392</b>	<b>484</b>	<b>540</b>	<b>678</b>	<b>128</b>	<b>356</b>	<b>858</b>	<b>3.785</b>

Fonte: Rilevazione unica presso le Aziende del SSR. **Non è incluso** tutto il personale Amministrativo, Ausiliario specializzato e Altre figure professionali che dovranno avere accesso alla cartella clinica, quali i referenti sistema informativo e gli amministratori di sistema.

I servizi del DSM-DP sono distribuiti sul territorio allo scopo di fornire un servizio ai cittadini. Solitamente a Servizi strutturati nella sede principale (es. SerDP, CSM, NPIA) sono collegati più ambulatori disseminati sul territorio. Orientativamente la cartella deve mappare più di 500 punti di accesso, numero in aumento per il futuro.

#### Strutture di riferimento del DSM-DP per tipologia\*

Strutture	Numero
SerDP *	52
CSM*	95
NPIA*	99
Strutture private per le dipendenze*	66
Centri diurni dipendenze gestiti dalle AUSL	3
Cliniche psichiatriche private*	6
Residenze psichiatriche private*	24
Residenze psichiatriche gestite dai DSM-DP	27
Centri diurni e ambulatori privati della NPIA	4

\* I servizi contrassegnati con l'asterisco hanno più ambulatori disseminati sul territorio; i punti di accesso sono più ampi di quanto indicato nella tabella.

### **1.1.1 Servizi per la salute mentale adulti**

I Servizi per la salute mentale adulti (dai 18 anni) garantiscono gli interventi di prevenzione, promozione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale, educazione sanitaria alle persone con disturbi psichiatrici di diverso tipo e gravità. L'articolato sistema dei servizi afferisce al Dipartimento Salute mentale e dipendenze patologiche delle Aziende USL ed è costituito dai Centri di salute mentale (CSM) che operano sul territorio, dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri (SPDC), dalle strutture residenziali e semiresidenziali accreditate pubbliche e private. Questi servizi operano in collegamento con gli altri servizi della rete assistenziale sanitaria e sociale e in collaborazione con le associazioni dei familiari, il volontariato, le istituzioni locali, così come è previsto dal Piano attuativo salute mentale 2009/2011 (Delibera di Giunta regionale 313/2009).

### **1.1.2 Servizi di neuropsichiatria infanzia e adolescenza**

I Servizi di Neuropsichiatria infanzia e adolescenza garantiscono interventi territoriali per l'infanzia e l'adolescenza (0-17 anni). Erogano in modo integrato attività di prevenzione, diagnosi, terapia, abilitazione e riabilitazione per disturbi neurologici, psichiatrici e neuropsicologici e sensoriali, in regime ambulatoriale o in strutture residenziali e semiresidenziali.

L'NPIA partecipa alla programmazione e costruzione di percorsi clinico-riabilitativi-assistenziali integrati fra ospedale e territorio, con gli altri servizi sanitari e sociali ed educativi con i quali devono essere definiti percorsi di cura e di assistenza.

### **1.1.3 Servizi per le dipendenze patologiche**

L'assistenza a persone con dipendenza patologica e alle loro famiglie è assicurata attraverso un sistema integrato di servizi che coinvolge le Aziende USL con i Servizi per le dipendenze patologiche (SerDP), le strutture residenziali private accreditate, Unità di strada e Drop-In, Enti locali, Associazioni di auto-mutuo-aiuto, altre Associazioni del territorio. I servizi si occupano di prevenzione, riduzione del danno, diagnosi, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive o di comportamenti additivi quali il gioco d'azzardo.

### **1.1.4 Psicologia clinica e supporto alla Tutela minori**

Gli interventi offerti dagli psicologi si collocano in modo trasversale ai diversi Dipartimenti e vengono erogati sia in *ambito territoriale* sia in *ambito ospedaliero*. Per quanto attiene ai modelli organizzativi le funzioni psicologiche sono riconducibili a Programmi funzionali o Unità operative con capacità gestionale.

Alcune funzioni delle AUSL prevedono il supporto psicologico fornita ai minori in carico presso i Servizi Tutela minori degli Enti locali.

## 2 OGGETTO DELL'ACQUISIZIONE

La presente procedura di gara ha per finalità l'acquisizione di servizi finalizzati alla progettazione, sviluppo, formazione, avviamento e manutenzione del sistema "Cartella clinica informatizzata dei Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze patologiche della Regione Emilia-Romagna".

La fornitura dovrà comprendere in modo esaustivo le componenti infrastrutturali della piattaforma applicativa descritta nell'Allegato A di cui all'art. 11, l'infrastruttura tecnologica Hardware e Software di base/ambiente necessaria per il suo funzionamento nonché i servizi di assistenza e supporto correlati.

La piattaforma applicativa dovrà implementare le funzionalità di seguito descritte e dovrà essere aderente e conforme alle norme di legge vigenti in materia sia di ambito nazionale che regionali.

L'oggetto della gara riguarda l'acquisizione di:

- Servizi finalizzati alla progettazione e allo sviluppo di un sistema software, completo di tutte le funzioni richieste nel capitolato, a copertura delle esigenze espresse da tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna
- Il sistema software sviluppato nell'ambito della presente fornitura sarà di **proprietà della RER** che si riserva di avvalersene secondo quanto previsto dalla normativa relativa al "riuso di programmi informatici" del Codice sull'Amministrazione Digitale (CAD art. 68). il sistema sviluppato verrà acquisito nel formato "codici sorgenti" in modo da garantire l'applicazione della formula del "riuso".
- Dopo il collaudo, pertanto, il fornitore deve depositare presso il committente l'intero codice sorgente del sistema, incluse tutte le documentazioni e le specifiche tecniche, affinché possa essere garantita alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna la gestione autonoma e indipendente dal fornitore del sistema acquisito
- il fornitore rimane ovviamente a sua volta proprietario dei sorgenti e libero di commercializzare il prodotto finale autonomamente senza alcun vincolo.
- un impianto informatico Hardware e Software di base e di ambiente
- servizi di formazione, avviamento e manutenzione del sistema
- servizi di consulenza informatica con requisiti di specifica competenza ed esperienza professionale maturata nell'ambito "applicativi sanitari" dei sistemi informativi delle aziende sanitarie pubbliche
- servizi di configurazione, gestione e tuning oltre che del software applicativo e del software di base fornito, al fine di garantire gli SLA richiesti e le funzionalità applicative oggetto di fornitura.

In particolare, i servizi di formazione, avviamento dovranno garantire le competenze e le risorse professionali per lo svolgimento delle seguenti attività:

- Configurazione del modello funzionale del sistema e della relativa banca dati a livello aziendale/sovraziendale/regionale/ministeriale
- Configurazione del modello tecnologico e architetture dell'impianto informatico hardware e software di base/ambiente
- Installazione e parametrizzazione del sistema
- Attivazione e Deployment
- Formazione e avviamento
- Assistenza e manutenzione
- Implementazione evolutiva.

L'articolazione e la modulazione dei servizi che il fornitore configurerà nella proposta tecnica ed economica dovranno garantire i termini indicati nel Paragrafo relativo alla "Tempistica di realizzazione del sistema".

## 2.1 Caratteristiche della fornitura

La fornitura oggetto della procedura di gara dovrà garantire i seguenti requisiti minimi:

### 2.1.1 *Requisiti della piattaforma applicativa software e dell'impianto tecnologico*

L'infrastruttura applicativa e tecnologica del sistema SCCE dovrà essere realizzata in coerenza con i requisiti riportati nei documenti di seguito elencati:

- Requisiti funzionali della piattaforma applicativa software SCCE (Capitolo 3)
- Requisiti tecnologici dell'impianto HW/SW di base e di ambiente necessario per il corretto funzionamento del sistema SCCE a livello Regionale" (Allegato A del presente Capitolato Tecnico).

### 2.1.2 *Requisiti di competenza professionale per l'erogazione dei servizi*

I servizi di assistenza analisi e supporto informatici necessari all'implementazione e alla gestione del sistema SCCE, dovranno rispondere a requisiti di specifica competenza ed esperienza professionale maturata nell'ambito di gestione dei sistemi informativi delle aziende sanitarie pubbliche, secondo un'articolazione di figure professionali così come definite nel capitolo "Figure professionali".

I servizi dovranno essere erogati coerentemente alle fasi attuative e gestionali del sistema SCCE caratterizzate da un'ampia articolazione di attività afferenti alla configurazione del modello funzionale/dati, alla parametrizzazione del sistema, all'avviamento, alla formazione, alla manutenzione, all'assistenza agli utenti.

### 2.1.3 *Modalità di esecuzione della fornitura*

Il fornitore dovrà definire una **Proposta di Piano Esecutivo** (di seguito anche solo "P.E.") che preveda la configurazione e Installazione del modello funzionale/dati e dell'impianto tecnologico del sistema SCCE.

Il P.E. dovrà comprendere la pianificazione, la dimensione di effort e le tempistiche delle macro-attività riferite alle varie fasi di implementazione del sistema nonché la composizione del gruppo di lavoro impegnato nella singola fase. Il P.E. dovrà essere considerato parte integrante della proposta tecnica che il Fornitore presenterà in risposta al presente capitolato e lo stesso costituirà riferimento per il **Piano Esecutivo Validato** che verrà definito congiuntamente con la Committenza sulla base degli impegni temporali e dimensionali riportati nel P.E.

L'attuazione del Piano Esecutivo Validato avrà inizio in esito alla nomina del **DEC**, da parte della Committenza. Le risorse che verranno impiegate nelle attività devono avere i requisiti di professionalità richiesti dalla Committenza che si riserva la facoltà di ricusare detto personale per giustificati motivi e di verificare in via preventiva le competenze tecnico-professionali del personale specialistico proposto.

La Committenza istituirà un Tavolo di Coordinamento SCCE (di seguito anche solo "Tavolo SCCE") che avrà in carico il coordinamento dei lavori di implementazione e di gestione del sistema.

Il Tavolo SCCE sarà composto da:

- DEC, che avrà, in particolare, il compito di supervisionare quanto progressivamente prodotto dal fornitore, verificandone la coerenza con i requisiti e le specifiche stabilite;
- referenti regionali (RER);
- referenti aziendali SCCE;
- referenti aziendali ICT.

Il Tavolo SCCE potrà convocare il fornitore in supporto all'espletamento delle attività di propria competenza.

Di seguito si riporta l'articolazione delle fasi del P.E. con i relativi servizi richiesti.

#### 2.1.3.1 *Configurazione e installazione del sistema SCCE*

Il Fornitore dovrà garantire i servizi di:

- **Project management**
- **Analisi** del contesto e dei bisogni relativamente alle singole aziende e alla regione
- **Configurazione** del modello architetturale del sistema applicativo della relativa struttura di banca dati a livello aziendale/sovraziendale/regionale (nel rispetto dei requisiti indicati nel presente Capitolato Tecnico)

- **Configurazione** del modello tecnologico e architetturale dell'impianto informatico HW/SW di base a livello aziendale/regionale (nel rispetto dei requisiti indicati nell' Allegato B del presente Capitolato Tecnico)
- **Definizione** degli strumenti e delle modalità di migrazione dai sistemi attuali verso il nuovo sistema
- **Installazione** dell'impianto tecnologico HW/SW di base e di ambiente
- **Installazione e Parametrizzazione** della piattaforma applicativa software SCCE
- **Test funzionale e prestazionale** del sistema SCCE su un ambiente di simulazione aziendale e sovraziendale.

La fase di configurazione e installazione, di cui sopra, sarà effettuata con la supervisione del Tavolo SCCE, del Project Manager e del Direttore Esecuzione del Contratto, la validazione del positivo completamento di tale fase sarà in esito al test funzionale e prestazionale del sistema in ambiente di simulazione e costituirà il **Precollaud** del sistema SCCE. L'esito favorevole del precollaud costituirà altresì prerequisito fondamentale per il rilascio del sistema in produzione ovvero per il collaud del sistema in esercizio presso le singole aziende, come previsto nella fase "Deployment e Attivazione del sistema SCCE". Con il precollaud sarà verificata la conformità tecnica, funzionale e prestazionale dell'impianto hardware, software di base/ambiente e applicativo del sistema SCCE nonché delle integrazioni previste verso altri sistemi. Il processo di precollaud dovrà riscontrare piena rispondenza alle specifiche previste nel presente capitolato nonché nella proposta del fornitore aggiudicatario.

I servizi di gestione relativi all'impianto HW/SW, comprensivi di manutenzione, assistenza e supporto dovranno essere forniti a totale cura e spese del fornitore per tutto il periodo di garanzia stabilito in **24 mesi dalla data di precollaud** e nel restante periodo di vigenza contrattuale.

Con l'installazione del sistema dovrà essere rilasciata la documentazione tecnica di realizzazione, di installazione/parametrizzazione e della manualistica per l'utilizzo del sistema e per l'amministrazione dello stesso.

#### **2.1.3.2 Deployment e attivazione del sistema SCCE**

Il Fornitore dovrà garantire i servizi di:

- **Project management**
- **Formazione** all'utenza delle singole aziende
- **Attivazione** dell'impianto tecnologico HW/SW di base/ambiente afferente alle singole aziende
- **Parametrizzazione e Attivazione** del software applicativo SCCE afferente alle singole aziende
- **Migrazione** archivi pregressi
- **Attivazione** del sistema in contesto di produzione sulle singole aziende
- **Assistenza e supporto**

necessari a mettere in produzione il sistema SCCE e permetterne l'utilizzo da parte di tutte le Aziende a livello regionale garantendo le tempistiche di installazione e attivazione che verranno definite nel Piano Esecutivo Validato.

Per ogni attivazione e messa in esercizio del sistema nelle singole Aziende, sarà eseguito il relativo **collaud** per verificarne il completo e buon funzionamento attraverso il pieno utilizzo da parte dell'utenza per un periodo di osservazione comprendente la fase di formazione e avviamento.

**I collaudi di cui sopra, afferenti alle singole aziende, costituiranno riferimento per la rendicontazione economica.**

Il Fornitore dovrà garantire i servizi di formazione e assistenza all'avviamento all'utenza del sistema SCCE, sia a livello Aziendale che Regionale, e al personale tecnico/informatico delle Aziende. Dovrà essere predisposto un piano di formazione continuativo che permetta a tutto il personale coinvolto la completa conoscenza delle funzionalità offerte dal software e delle evoluzioni che lo stesso potrà subire, secondo le specifiche riportate nei diversi paragrafi del seguente capitolato.

Inoltre, dovrà essere fornito il manuale operativo del sistema, continuamente aggiornato con tutte le evoluzioni, fruibile on line con la sequenza delle operazioni per i più importanti casi d'uso, comprensivo della guida interattiva e che permetta all'operatore di poter formulare e condividere le domande più frequenti.

**In particolare, il fornitore dovrà garantire l'attuazione di piani che prevedono le attivazioni contemporanee**, definendo per ogni Azienda un calendario delle attività e delle relative figure professionali assegnate tenendo conto dell'articolazione e della dimensione dell'organizzazione, nonché della minimizzazione di eventuali disservizi nelle singole Aziende.

In questa fase il fornitore dovrà garantire servizi per la migrazione, verso il nuovo sistema SCCE, degli archivi attualmente in uso da parte dei sistemi in esercizio presso le Aziende ed adeguate modalità di recupero dati.

**I rapporti tecnico/economici, finalizzati alla migrazione del sistema, con gli attuali fornitori saranno in carico alla Committenza.**

Al termine del contratto, la ditta fornitrice dovrà farsi carico di eseguire le eventuali operazioni atte a rendere disponibili tutti i dati e i documenti/immagini presenti negli archivi del sistema realizzato.

Inoltre, a completamento della fase di deployment e attivazione del sistema SCCE, l'aggiudicatario della gara dovrà fornire un documento in cui siano esplicitate le operazioni necessarie a consentire l'importazione dei dati in un diverso sistema ed una stima del tempo necessario ad eseguire tali operazioni allo scadere del contratto.

**Si precisa che l'onere relativo a tale attività è incluso nei costi della fornitura e nessun altro costo od onere potrà essere richiesto o imputato alle Aziende e alla Regione.**

La fase di deployment e attivazione sarà effettuata con la supervisione del Tavolo SCCE e del Direttore Esecuzione del Contratto (DEC).

### **2.1.3.3 Gestione tecnica del sistema SCCE**

Il Fornitore dovrà garantire i servizi di:

- **Formazione** e ripresa formativa all'utenza del sistema SCCE e al personale tecnico informatico delle aziende
- **Manutenzione** infrastruttura applicativa del sistema SCCE
- **Manutenzione** infrastruttura tecnologica del sistema SCCE
- **Assistenza e supporto** all'utenza del sistema SCCE e al personale tecnico informatico delle aziende

La gestione del sistema avrà inizio contestualmente al collaudo in produzione relativo alle singole aziende.

Il Fornitore dovrà garantire i servizi di formazione e ripresa formativa verso l'utenza del sistema SCCE e del personale tecnico/informatico sia a livello regionale che aziendale, a tal fine dovrà essere predisposto un piano di formazione che permetta a tutto il personale coinvolto il mantenimento di una adeguata e completa conoscenza delle funzionalità offerte dal sistema e delle evoluzioni che lo stesso potrà subire.

Il Fornitore dovrà assicurare, dalla data di **precollaudo** che attesta il positivo completamento della fase di "Configurazione e installazione del sistema SCCE", i servizi di gestione relativi all'impianto HW/SW; in particolare dovrà garantire la manutenzione correttiva e perfettiva dell'infrastruttura tecnologica costituita da:

- Hardware (tutte le componenti oggetto di fornitura)
- Software di base
- Software di ambiente

Il Fornitore dovrà assicurare, dalla data di **collaudo** che attesta il positivo completamento dell'attivazione del sistema SCCE presso le singole aziende, i servizi di gestione relativi all'infrastruttura applicativa; in particolare dovrà garantire la manutenzione correttiva e perfettiva della piattaforma applicativa costituita da:

- Moduli applicativi
- Moduli di integrazione e di cooperazione applicativa

Per **manutenzione correttiva** si intende la diagnosi e la rimozione delle cause e degli effetti, sia sulle interfacce utente che sulle basi dati, dei malfunzionamenti delle procedure e dei programmi in esercizio, nonché di tutte le componenti hardware facenti parte del sistema oggetto di acquisizione.

La manutenzione correttiva è normalmente innescata da una segnalazione di impedimento all'esecuzione dell'applicazione/funzione o dal riscontro di differenze fra l'effettivo funzionamento del software applicativo e quello atteso, come previsto dalla relativa documentazione di configurazione e attivazione del sistema o

comunque determinato dai controlli che vengono svolti durante l'attività dell'utente. La manutenzione correttiva è innescata altresì da segnalazioni di malfunzionamento relative al sistema hardware e al sistema software di base e di ambiente.

Sono parte del servizio le seguenti attività:

- la presa in carico delle segnalazioni ricevute da sistemi di rilevazione automatica segnalati dagli utenti
- l'individuazione della componente in errore
- l'attuazione di interventi di work around atti a minimizzare l'interruzione del servizio
- lo sviluppo, la verifica e il rilascio della fix risolutiva, quest'ultimo nell'ambiente di esercizio
- la predisposizione della documentazione necessaria per l'installazione
- ripristino basi dati difettate dall'errore
- modifica della documentazione di progetto qualora venisse riscontrata un'incoerenza con il software applicativo rilasciato.

Per **manutenzione perfettiva** si intende il perfezionamento del sistema rivolto a garantire le performance e la manutenibilità del sistema.

Il servizio dovrà comprendere inoltre la **manutenzione adeguativa** che dovrà garantire tutte le attività di adeguamento dell'infrastruttura applicativa ai cambiamenti normativi di livello ministeriale e regionale. La manutenzione adeguativa non varia la consistenza del parco applicativo del prodotto iniziale. Eventuali interventi di manutenzione adeguativa che dovessero richiedere variazioni strutturali significative della banca dati potranno essere valutati come manutenzione evolutiva.

Il Fornitore dovrà garantire **Assistenza e supporto** all'utenza mediante un servizio di **Help Desk**.

#### **2.1.3.4 Implementazione evolutiva del sistema SCCE**

Il Fornitore dovrà garantire i servizi di:

- **Project management**
- **Analisi**
- **Progettazione**
- **Implementazione software**
- **Deployment**
- **Formazione** all'utenza e al personale tecnico informatico
- **Assistenza e Manutenzione**

per la realizzazione e l'attivazione di implementazioni evolutive del sistema SCCE.

Il fornitore dovrà fornire i servizi garantendo adeguate tempistiche per la produzione dell'analisi e dell'offerta economica in relazione alle singole richieste.

Rientrano in tale servizio gli interventi volti ad arricchire il prodotto (di nuove funzionalità o di altre caratteristiche non funzionali, quali l'usabilità, livello prestazionale, ecc.) o comunque a modificare o integrare le funzionalità del prodotto. Tale manutenzione implica la scrittura di funzioni aggiuntive d'integrazione a sistemi informativi o applicazioni esistenti o parti di funzioni (anche in sostituzione di altre già esistenti) di dimensione significativa e di cui è possibile preventivamente definire i requisiti o quantomeno identificare le esigenze.

I prodotti sviluppati dovranno essere mantenuti per l'intera durata del contratto e pertanto l'onere economico relativo alla manutenzione correttiva sarà compreso nei costi relativi all'intervento di implementazione evolutiva.

Le richieste di implementazione evolutiva saranno attivate secondo il seguente schema generale:

- richiesta di implementazione evolutiva da parte della Committenza
- presentazione dell'offerta da parte del Fornitore contenente la precisazione della tempistica, la data di consegna concordata, le figure professionali e le modalità di impiego e la dimensione del lavoro necessario
- accettazione dell'offerta da parte della Committenza
- realizzazione dell'implementazione
- collaudo
- validazione collaudo.



Il fornitore dovrà garantire, entro 3 giorni lavorativi, la presa in carico della richiesta di implementazione evolutiva e far pervenire per iscritto, entro 10 giorni lavorativi dall'avvenuta richiesta, previo eventuale incontro tecnico di approfondimento ed analisi, la proposta tecnica e la relativa valutazione in giornate lavoro e/o esprimendo un valore forfettario per la realizzazione dell'implementazione richiesta.

Nella proposta tecnico/economica, il fornitore dovrà esplicitare la tempistica e la modalità di realizzazione degli interventi evolutivi e la relativa messa in esercizio.

**Il committente potrà richiedere implementazioni a quanto fornito per un quantitativo indicativo di circa 1.500 giorni/uomo, diversificati per le diverse figure professionali.**

Tale manutenzione è parte integrante della presente fornitura e dovrà essere quotata per gli anni della vigenza contrattuale.

#### **2.1.4 Modalità di rendicontazione e remunerazione della fornitura**

Il Fornitore dovrà rendicontare, secondo le modalità indicate nello schema di Convenzione, lo Stato di Avanzamento Lavori in rapporto al Piano Esecutivo Validato definito con la Committenza sia per quanto attiene alle attività svolte che per la componente economica.

La rendicontazione economica avverrà, trascorso il periodo di garanzia, secondo quanto indicato nello Schema di Convenzione.

La rendicontazione economica afferente all'Implementazione Evolutiva del sistema SCCE avverrà in esito al collaudo dei singoli interventi e secondo quanto indicato nello Schema di Convenzione.

La validazione della rendicontazione e la relativa fatturazione avverrà in esito alla approvazione del Direttore dell'Esecuzione Lavori (DEC).

#### **2.1.5 Penali**

La Committenza effettuerà verifiche finalizzate a monitorare/controllare gli SLA previsti al capitolo precedente ed in generale le modalità di fornitura dei servizi. Qualora venissero riscontrate inadempienze rispetto al valore degli indicatori e dei livelli di servizio richiesto, la Committenza, nel rispetto delle norme vigenti e secondo le condizioni, le modalità, i termini e le prescrizioni contenute nel presente capitolato, potrà richiedere l'applicazione delle penali nelle modalità indicate allo schema di convenzione.

## **2.2 Figure professionali**

Le figure professionali richieste per lo svolgimento dei servizi oggetto della fornitura dovranno fare riferimento ai profili di seguito descritti, e dovranno possedere gli *skill* opportuni e le conoscenze specifiche in merito alle soluzioni software di sistemi informativi sanitari e di sistemi SCCE.

### **2.2.1 Project manager**

Ha il compito di organizzare le risorse umane e tecniche per il raggiungimento degli obiettivi sostanziali del progetto, nel rispetto dei vincoli di qualità, tempi e costi. È richiesta una particolare competenza delle tecniche di gestione dei progetti, oltre ad una vasta conoscenza dell'ICT e in particolare del contesto applicativo dei sistemi informativi sanitari.

*Seniority richiesta: 5 anni.*

Le attività tipiche di questa figura professionale sono:

- Permettere ai componenti del gruppo di progetto di lavorare in modo efficace sui corretti argomenti e nell'influenzare positivamente tutte le parti interessate, assicurando il rispetto dei vincoli di qualità, tempo e costi preventivati.
- Assumere la responsabilità del progetto con tutte le parti interessate: la struttura committente, l'organizzazione di progetto (gruppo di progetto, utenti chiave, ecc.), gli utenti finali.
- Sviluppare in modo iterativo i piani di lavoro delle diverse fasi di implementazione del sistema SCCE.
- Identificare, mitigare e gestire i rischi di progetto per evitare che tali rischi si trasformino in problemi di progetto.

- Risolvere, se necessario, eventuali problemi di comunicazione tra gruppi di membri del team e altre parti interessate al progetto.
- Gestire le richieste di implementazione evolutiva e relativi piani di attuazione.

### **2.2.2 Analista di sistema**

È una figura professionale, con specifica esperienza sui sistemi informativi sanitari, competente nell'organizzazione dei sistemi e nelle tecniche di definizione di diagrammi di flusso:

- Definisce le metodologie che il gruppo di progetto segue
- Fornisce supporto e consulenza ai gruppi di progetto
- Analizza le modalità con le quali vengono erogati i servizi
- Descrive i servizi oggetto di analisi in maniera naturale e strutturata
- Evidenzia interventi organizzativi e attuativi, funzionali alla realizzazione del progetto.

Seniority richiesta: 5 anni

### **2.2.3 Architetto di sistemi**

È una risorsa, con specifica esperienza sui sistemi informativi sanitari, con conoscenze tecniche e capacità progettuali approfondite su alcuni aspetti del progetto:

- Analizza le problematiche di progetto
- Descrive le soluzioni individuate in maniera naturale e strutturata
- Evidenzia interventi organizzativi e attuativi, funzionali alla realizzazione del progetto
- Segue le metodologie individuate per il gruppo di progetto.

Seniority richiesta: 5 anni.

### **2.2.4 Sviluppatore senior**

È una risorsa, con specifica esperienza sui sistemi informativi sanitari, con conoscenze tecniche e capacità di sviluppo approfondite che crea soluzioni per la realizzazione delle componenti software e per la relativa manutenzione.

Trasforma le specifiche della documentazione di analisi e progettazione di dettaglio in un linguaggio sorgente adatto ad un compilatore, realizza il flow-chart dettagliato di parti di procedure sulla base delle specifiche, codifica, testa e documenta singole fasi anche nell'ambito di procedure complesse.

Svolge l'attività di progettazione e sviluppo del software sia su piattaforme client/server che Internet:

- Analizza le specifiche di dettaglio
- Sviluppa moduli software, applicazioni complete e componenti infrastrutturali, in particolare di cooperazione applicativa, assicurandone il corretto funzionamento
- Verifica qualitativamente il codice secondo un piano di test definito.

Seniority richiesta: 5 anni.

### **2.2.5 Sviluppatore junior**

È una risorsa che svolge l'attività di progettazione e sviluppo del software sia su piattaforme client/server che Internet secondo le indicazioni e le procedure operative definite dal responsabile dello sviluppo.

- Analizza le specifiche di dettaglio
- Sviluppa moduli software, applicazioni complete e componenti infrastrutturali assicurandone il corretto funzionamento
- Verifica qualitativamente il codice secondo un piano di test definito.

Seniority richiesta: 3 anni

### **2.2.6 Formatore**

È una risorsa con competenze nella conduzione di moduli formativi:

- Supporta il Gruppo di progetto nella configurazione e pianificazione dell'attività formativa
- Eroga la formazione
- Svolge attività di affiancamento
- Svolge attività di ripresa formativa.

Seniority richiesta: 3 anni.

## 2.3 Piano di formazione del personale

Si chiede di strutturare un piano formativo destinato a:

- tecnici ICT locali/amministratori di sistema
- referenti sistema informativo locale<sup>3</sup> o regionale
- formazione dei formatori: si tratta di un gruppo di professionisti che formeranno i propri colleghi.

Il piano formativo dovrà essere strutturato in diversi periodi, tenendo conto delle evoluzioni della SCCE e delle tre aree che progressivamente migreranno dai precedenti gestionali al nuovo (Salute mentale adulti e Psicologia clinica, NPIA e SerDP).

Saranno valutate positivamente le proposte di piano formativo innovative, che possano risultare particolarmente efficaci.

### 2.3.1 Formazione dei tecnici informatici delle AUSL

La formazione è orientata a informare/formare i tecnici sulla struttura, sul funzionamento del sistema, i requisiti tecnologici necessari per il funzionamento, le problematiche connesse con le interfacce, il modello di importazione delle banche dati dai precedenti applicativi, interventi di manutenzione straordinaria locale. Si stimano circa 22 professionisti in tutta la Regione. Sarà cura della Regione Emilia-Romagna individuare una sede, appositamente dotata di attrezzatura informatica, per la formazione.

### 2.3.2 Utenti esperti (referenti sistema informativo)

Dovranno essere formati per sviluppare le competenze per gestire la profilazione del sistema e dei professionisti AUSL/extra AUSL e la formazione dei colleghi professionisti, estrazione dei dati per analisi locali, risoluzione problemi organizzativi che impattano sull'assetto tecnico del sistema e supervisione nella fase di importazione dei dati dai precedenti gestionali.

Avranno anche il compito di formare i professionisti del DSM-DP; pertanto dovranno ricevere anche una formazione da formatore, così come specificato nel punto successivo. Avranno il compito di formazione continua nei confronti dei professionisti dei DSM-DP.

La ditta dovrà garantire l'erogazione di una formazione specialistica sull'estrazione dei dati da SCCE, così come delineato nell'apposito capitolo sull'estrazione dei dati (output).

Si stimano circa 50 professionisti in tutta la Regione, suddivisi per Salute Mentale Adulti (circa 20), NPIA (circa 15) e SerDP (circa 15), così come da timing del progetto. Sarà cura della Regione Emilia-Romagna individuare una sede, appositamente dotata di attrezzatura informatica resa disponibile per ciascun professionista coinvolto, per la formazione.

### 2.3.3 Formazione dei formatori

I formatori dovranno essere messi in grado di formare i propri colleghi all'uso operativo di tutte le funzionalità della cartella. Sarà necessario strutturare un modello formativo che possa tradursi omogeneamente su tutti i professionisti del DSM-DP.

Si stimano circa 220 professionisti in tutta la Regione, suddivisi per Salute Mentale Adulti (circa 100), NPIA (circa 60) e SerDP (circa 60), così come da timing del progetto

Oltre ai tre settori che avvieranno progressivamente la migrazione dei dati, la formazione dovrà essere suddivisa per le tre aree vaste presenti della Regione: *Emilia Nord* (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena), *Emilia Centro* (Bologna, Imola, Ferrara), *AUSL della Romagna*.

Sarà cura della Regione Emilia-Romagna individuare una sede, appositamente dotata di attrezzatura informatica resa disponibile per ciascun professionista coinvolto, per la formazione.

---

<sup>3</sup> Si tratta di professionisti, spesso clinici, a cui sono stati demandati compiti gestionali sul sistema informativo (SCCE), che hanno competenze informatiche di base, organizzative, di funzionamento dei servizi e di conoscenza dei processi clinico-assistenziali. Tutti hanno avuto esperienze di gestione dei precedenti gestionali.

## 2.4 Server per formazione e verifica degli sviluppi

Devono essere sempre forniti due ambienti dell'applicativo raggiungibile da Web, con solo accesso tramite username e password:

- Versione dell'applicativo in uso nei Servizi del DSM-DP, con finalità di formazione/addestramento/aggiornamento professionisti, dimostrazioni sull'uso
- Versione dell'applicativo con i nuovi sviluppi non ancora rilasciati, ma su cui poter effettuare delle verifiche/valutazioni sugli sviluppi dell'applicativo realizzati prima della messa in produzione.

I due ambienti suindicati devono essere ottenibili da quello di produzione attraverso semplici passaggi che comprendano:

- eliminazione dei dati eventualmente già presenti nell'ambiente di test
- copia integrale dei dati dell'ambiente di produzione
- anonimizzazione dei dati dell'ambiente di test.

Saranno valutate positivamente le soluzioni che diano la possibilità al committente di attivare autonomamente le procedure di rigenerazione degli ambienti di test e formazione.

## 2.5 Migrazione degli archivi, avvio del sistema e tempistica

### 2.5.1 Migrazione degli archivi

Il fornitore si impegna a garantire l'acquisizione delle informazioni gestite sugli applicativi attualmente in uso all'interno del nuovo SCCE. A tal fine la ditta aggiudicataria dovrà fornire il **tracciato record** che verrà utilizzato per importare i dati dagli attuali sistemi.

Sarà a carico di ogni singola Azienda USL l'attività di estrazione dei dati dagli attuali sistemi, secondo il tracciato definito. Il risultato della importazione sarà verificato dal committente.

La qualità del processo di importazione non potrà essere inferiore ai seguenti parametri:

- 100% dei casi importati
- almeno il 90% delle informazioni importate sul singolo caso.

Tali criteri di qualità potranno essere derogati solo a fronte di oggettive impossibilità tecniche, riconosciute dal committente. In caso di non raggiungimento di tali parametri di qualità non si potrà giungere ad un collaudo positivo della fornitura.

### 2.5.2 Avvio del sistema

L'avvio del sistema verrà effettuato a partire da due servizi regionali individuati dalla Regione: **AUSL Imola e AUSL Parma**, seguendo il timing definito per i tre Servizi del DSM-DP.

Il Fornitore dovrà garantire i servizi di:

- Project management
- Formazione a utenza sperimentatrice e a personale tecnico individuato dalla RER
- Migrazione archivi
- Deployment del sistema in contesto di produzione (pilota)
- Assistenza e supporto

necessari a mettere in produzione il sistema realizzato e permetterne una completa sperimentazione da parte di un campione significativo di utenti.

L'avvio comprenderà i servizi di formazione e assistenza che il fornitore dovrà erogare sia verso il gruppo sperimentatore individuato dalla RER sia verso le AUSL che sperimenteranno il funzionamento del sistema.

Durante la sperimentazione, che sarà effettuata con la supervisione del Gruppo DSM-DP, il Fornitore dovrà garantire l'adeguamento e il perfezionamento del sistema laddove vengano rilevate criticità in merito a funzionalità, usabilità e livello prestazionale. Il rilascio delle versioni migliorative dei prodotti dovranno essere corredate della revisione della documentazione tecnica di realizzazione e di installazione/parametrizzazione e della manualistica per l'utilizzo del sistema.

### 2.5.3 *Tempistica di realizzazione del sistema*

Il progetto di omogeneizzazione della cartella del DSM-DP ha un impatto molto rilevante sia sull'organizzazione dei Servizi sia sulle infrastrutture ICT, variamente diversificato su ciascuna Azienda. L'adozione di un sistema unico comporta la necessità di rivedere da parte dei professionisti i processi, le procedure operative, la terminologia e, più in generale, di ridefinire modalità condivise di lavoro.

Per conciliare l'evoluzione auspicata con l'introduzione di un nuovo sistema, con la necessità di limitare al massimo l'invasività del progetto rispetto alla continuità operativa, il progetto dovrà essere **sviluppato in più fasi** (con 2 AUSL pilota). Ciascuna fase dovrà essere articolata in un piano di attuazione (elenco sottofasi, tempistiche, figure professionali ecc.), un piano di parallelo (gestione della coesistenza dei software); un piano di formazione e assistenza all'avvio (modalità di formazione, training on the job ecc.).

In tutte le fasi del progetto deve essere garantita l'importazione dei dati inseriti nei precedenti applicativi, prima dell'avviamento in produzione.

A seguito del perfezionamento delle specifiche di macroanalisi, **entro un massimo di 6 mesi, deve essere avviata la Fase 1.**

Le diverse fasi previste sono:

- **Fase 1:** Verifica di pre-produzione con l'infrastruttura di produzione non ancora rilasciata per CSM.
- **Fase 2 (tre mesi, primo test in produzione):** attivazione di SCCE presso un CSM che testerà il funzionamento della piattaforma. In questa fase la ditta aggiudicatrice dovrà garantire l'assistenza in loco di un numero adeguato di professionisti atti a supportare i clinici per almeno le prime due settimane lavorative (lunedì-sabato), mentre per il restante periodo di tempo si richiede una presenza di un numero ridotto di professionisti per due mattinate alla settimana
- **Fase 3 (due mesi, secondo test in produzione):** attivazione di SCCE presso un CSM di dimensioni e complessità maggiore, che testerà il funzionamento della piattaforma. In questa fase la ditta aggiudicatrice dovrà garantire l'assistenza in loco di numero adeguato di professionisti atti a supportare i clinici per almeno una settimana lavorativa (lunedì-sabato), mentre per il restante periodo di tempo si richiede una presenza di un numero ridotto di professionisti per due mattinate alla settimana;
- **Fase 4:** collaudo in produzione SCCE per CSM e psicologia clinica
- **Fase 5 (5 mesi):** passaggio al nuovo software dei CSM e della Psicologia clinica
- **Fase 6:** Verifica di pre-produzione con l'infrastruttura di produzione non ancora rilasciata per NPIA
- **Fase 7 (1 mese, primo test in produzione):** attivazione di SCCE presso un NPIA che testerà il funzionamento della piattaforma. In questa fase la ditta aggiudicatrice dovrà garantire l'assistenza in loco di un numero adeguato di professionisti atti a supportare i clinici per almeno una settimana lavorativa (lunedì-sabato), mentre per il restante periodo di tempo si richiede una presenza di un numero ridotto di professionisti per due mattinate alla settimana
- **Fase 8 (1 mese, secondo test in produzione):** attivazione di SCCE presso un NPIA di dimensioni e complessità maggiore, che testerà il funzionamento della piattaforma. In questa fase la ditta aggiudicatrice dovrà garantire l'assistenza in loco di numero adeguato di professionisti atti a supportare i clinici con una presenza di due mattinate alla settimana
- **Fase 9:** collaudo in produzione SCCE per NPIA
- **Fase 10 (3 mesi):** passaggio al nuovo software dei NPIA
- **Fase 11:** Verifica di pre-produzione con l'infrastruttura di produzione non ancora rilasciata per SerDP.
- **Fase 12 (tre mesi, primo test in produzione):** attivazione di SCCE presso un SerDP che testerà il funzionamento della piattaforma. In questa fase la ditta aggiudicatrice dovrà garantire l'assistenza in loco di un numero adeguato di professionisti atti a supportare i clinici per almeno le prime due settimane lavorative (lunedì-sabato), mentre per il restante periodo di tempo si richiede una presenza di un numero ridotto di professionisti per due mattinate alla settimana
- **Fase 13 (tre mesi, secondo test in produzione):** attivazione di SCCE presso un SerDP di dimensioni e complessità maggiore, che testerà il funzionamento della piattaforma. In questa fase la ditta aggiudicatrice dovrà garantire l'assistenza in loco di numero adeguato di professionisti atti a supportare i clinici per almeno una settimana lavorativa (lunedì-sabato), mentre per il restante

periodo di tempo si richiede una presenza di un numero ridotto di professionisti per due mattinate alla settimana

- **Fase 14:** collaudo in produzione SCCE per SerDP.

Particolare attenzione dovrà essere volta alla qualità complessiva del progetto in termini di capacità del fornitore di gestione del progetto e di analisi di fattibilità; di maggiore o minore invasività del modello adottato, in termini di impatto sugli operatori e sull'organizzazione; di qualità tecnica intrinseca della documentazione a corredo del progetto o costituente il progetto stesso.

Inoltre, sfruttando l'esperienza accumulata in altri progetti regionali di pari complessità, si dovrà prevedere un significativo coinvolgimento dei vari livelli interessati (aziendale, sovraaziendale, regionale) attraverso l'utilizzo della **rete di professionisti** sanitari, tecnici e amministrativi già costituita, in grado di assicurare una ideale conduzione del progetto conciliando una visione strategica complessiva e la concreta gestione operativa locale.

## 2.6 Avvicendamento contrattuale

Al fine di rendere il più efficace possibile l'avvicendamento contrattuale, entro il termine della fornitura, il Fornitore dovrà garantire il trasferimento del know-how acquisito al personale della Committenza.

## 2.7 Osservanza di norme, leggi e regolamenti

Il Fornitore aggiudicatario è tenuto all'osservanza delle norme di legge e di regolamento adottate dalle Autorità competenti in materia di contratti di lavoro, sicurezza e protezione dei dati personali e di quant'altro possa comunque interessare la presente procedura e successivi aggiornamenti.

I servizi resi dovranno rispondere ai criteri di accessibilità definiti dalla Legge 9 gennaio 2004, n. 4 "Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici", e successive integrazioni e variazioni, in particolare dal Decreto Ministeriale 8 agosto 2005.

La Committenza inoltre si riserva in qualunque momento, su propria iniziativa o su segnalazione di terzi, di effettuare verifiche di accessibilità ed usabilità dei servizi oggetto del presente Capitolato tecnico resi dal Fornitore, il quale dovrà provvedere, senza ulteriori oneri per la Committenza, alla messa a norma di quanto eventualmente riscontrato difforme a seguito di tali verifiche.

## 2.8 Qualità e livelli dei servizi

Il Fornitore dovrà presentare un Piano di Qualità con cui intende assicurare la qualità della fornitura.

Il Piano dovrà essere corredato da una proposta metodologica nella quale sia evidenziato l'approccio che si intende utilizzare per la fornitura, i servizi di avviamento e di manutenzione, integrazione, conversione dei dati e messa in esercizio.

Il Fornitore dovrà impegnarsi ad erogare i servizi nel rispetto degli indicatori sotto elencati, finalizzati a garantire la qualità di caratteristiche critiche della fornitura.

Il Fornitore si impegna a fornire alla Committenza, con la periodicità prevista dai diversi indicatori, opportuna reportistica atta ad individuare il rispetto degli SLA.

### 2.8.1 Affidabilità e maturità del software rilasciato

Per i primi sei mesi di esercizio, il sistema software SCCE rilasciato e collaudato (dopo la fase di sperimentazione) verrà sottoposto al monitoraggio degli errori segnalati in relazione alle specifiche Funzioni di SCCE (prescrizione, terapia, anagrafiche, etc.) al fine di rilevarne l'affidabilità. Il valore dell'indicatore di difettosità (NDIF) non dovrà superare i valori riportati nella seguente tabella, che tiene conto della gravità degli errori e della criticità:

Criticità della funzione	Gravità dell'errore	NDIF
A	1	1
A	2	3

A	3	8
M	1	2
M	2	5
M	3	10
B	1	5
B	2	10
B	3	12

dove

Criticità della funzione = definita dalla Committenza Alta, Media, Bassa in base ad alcuni criteri quali:

- numero degli utenti
- tipologia degli utenti
- livello di disponibilità
- livello di copertura funzionale
- livello di utilizzo.

Gravità dell'errore è così definita:

1= Errore che blocca la regolare attività del sistema

2= Errore per il quale si attiva una soluzione temporanea

3= Errore che non pregiudica le attività del sistema

NDIF = Numero max di errori nel periodo di osservazione

### 2.8.2 Efficienza negli interventi di rimozione degli errori

Il sistema software SCCE in esercizio verrà sottoposto al monitoraggio degli errori segnalati al fine di rilevare l'efficienza del Fornitore nella rimozione degli errori presi in carico.

Verrà misurato il tempo che intercorre tra la presa in carico del problema da parte del servizio di manutenzione e la risoluzione dello stesso. Il valore soglia dell'indicatore di tempo di risoluzione dell'errore (TRE) nell'arco di un trimestre non dovrà essere inferiore ai valori riportati nella seguente tabella.

Gravità dell'errore	Tipologia Errore	Tempo max di risoluzione	Valore soglia di TRE
1	L'intero sistema è indisponibile agli utenti (anche di una singola azienda)	- 4h lavorative	95%
2	Almeno una delle funzionalità critiche del sistema sono indisponibili agli utenti (anche di una singola azienda)	- 8h lavorative - 4h lavorative nel caso in cui siano coinvolte funzionalità di gestione dei dati clinici e/o di terapie	95%
3	Le funzionalità non critiche del sistema sono indisponibili agli utenti (anche di una singola azienda)	2 giorni lavorativi	95%
4	Le funzionalità non critiche del sistema sono indisponibili, senza impatto sulla operatività degli utenti	5 giorni lavorativi	95%

Il valore dell'indicatore TRE è calcolato secondo la formula seguente:

$$TRE = RR/RSC*100$$

dove: RR = numero di richieste risolte entro il tempo max di risoluzione nel periodo di osservazione

RSC = numero delle richieste prese in carico nel periodo di osservazione.

Nel caso la risoluzione dell'errore preveda necessariamente il coinvolgimento di terze parti, il tempo di risoluzione si ferma dal momento dell'apertura del ticket nei confronti di queste e riprende dal momento in

cui il problema viene da esse risolto. Resta compito del Fornitore effettuare gli opportuni solleciti nei confronti della terza parte, e mantenere aggiornate le informazioni relative sul sistema di ticketing.

### 2.8.3 Servizio di help desk, assistenza e manutenzione

Il Servizio di Help Desk costituisce il punto unico di contatto a supporto dell'utenza (Aziende, Regione); tale servizio ha il compito di assicurare una corretta e tempestiva assistenza agli utenti relativamente alle problematiche riguardanti l'applicativo SCCE.

Il servizio di help desk di **primo livello sarà garantito dalla Regione / Aziende sanitarie o loro delegato.**

Il **secondo livello di help desk sarà garantito dall'aggiudicatario** e dovrà prevedere:

- la presa in carico delle segnalazioni ricevute da sistemi di rilevazione automatica e/o dal servizio Help Desk di I livello
- la presa in carico delle richieste del personale tecnico informatico delle aziende per problematiche afferenti al sistema SSCE
- La presa in carico delle richieste del personale aziendale referente del sistema SSCE
- l'individuazione della componente in errore
- l'attuazione di interventi di work around atti a minimizzare l'interruzione del servizio
- lo sviluppo, la verifica e il rilascio della fix risolutiva, quest'ultimo nell'ambiente di esercizio
- la predisposizione della documentazione necessaria per l'installazione
- ripristino basi dati difettate dall'errore
- modifica della documentazione di progetto qualora venisse riscontrata un'incoerenza con il software applicativo rilasciato
- ecc.

Il servizio di Help Desk di secondo livello deve garantire la presa in carico delle chiamate di propria competenza, la loro gestione e risoluzione entro gli SLA (Service level agreement) previsti, sia che si tratti di interventi di manutenzione del software, sia che si tratti di interventi di supporto.

Gli operatori assegnati al Servizio devono gestire le chiamate e le relative problematiche intervenendo anche via remota sulle postazioni del chiamante con strumenti di tele-assistenza.

Il Servizio dovrà garantire una puntuale registrazione delle chiamate di assistenza per una tracciatura delle stesse e per una consuntivazione dell'attività svolta nonché la rilevazione dei livelli di servizio al fine del controllo degli SLA contrattualizzati, delle eventuali inadempienze e della relativa applicazione delle penali.

Al fine della valutazione dei livelli di servizio il fornitore deve presentare, su base mensile, una reportistica, con allegata una relazione sintetica sulle criticità riscontrate e sulle proposte di recupero delle stesse. Inoltre, il fornitore dovrà garantire una reportistica più dettagliata a supporto dell'analisi delle criticità o dell'attività.

Il servizio dovrà essere garantito tutti i giorni feriali nelle seguenti fasce orarie: Lun-Ven 8,30 - 13,30 e 14,30-17,30, sab 8,30 – 13,30e dovrà garantire canali di accesso telefonico, posta elettronica, portale per la gestione del ticketing.

La Gestione del Sistema e il relativo monitoraggio dei livelli di servizio sarà effettuata con la supervisione dell'organo regionale e del DEC.

Verrà misurato il tempo che intercorre tra l'assegnazione della richiesta da parte degli utenti delle Aziende e la presa in carico da parte dell'help desk. Il valore soglia dell'indicatore di tempo di presa in carico della richiesta (TCR), nell'arco di un trimestre non dovrà essere inferiore ai valori riportati nella seguente tabella

Gravità dell'Errore	Tipologia Errore	Tempo max di presa in carico	Valore soglia di TCR
1	L'intero sistema è indisponibile agli utenti (anche di una singola azienda)	30 minuti lavorativi 60 minuti lavorativi	99% 100%



2	Almeno una delle funzionalità critiche del sistema sono indisponibili agli utenti (anche di una sola azienda)	1 ora lavorativa	95%
3	Le funzionalità non critiche del sistema sono indisponibili agli utenti (anche di una sola azienda)	6 ore lavorative	95%
4	Le funzionalità non critiche del sistema sono indisponibili, senza impatto sulla operatività degli utenti	8 ore lavorative	95%

Il valore dell'indicatore TCR è calcolato secondo la formula seguente:

$$TCR = RC/RRT*100$$

dove: RC = numero richieste prese in carico entro il tempo max nel periodo di osservazione

RRT = numero richieste ricevute nel periodo di osservazione.

#### **2.8.4 Efficienza del servizio di help desk di secondo livello - presa in carico della richiesta di assistenza**

Verrà misurato il tempo che intercorre tra l'assegnazione della richiesta da parte dell'help desk di primo livello delle Aziende e la presa in carico da parte dell'help desk di secondo livello del Fornitore. Il valore soglia dell'indicatore di tempo di presa in carico della richiesta (TCR), nell'arco di un trimestre non dovrà essere inferiore ai valori riportati nella seguente tabella:

Livello di urgenza della richiesta	Tempo max di presa in carico	Valore soglia di TCR
A	30 minuti lavorativi	99%
M	2 ore lavorative	95%
B	4 ore lavorative	90%

Il valore dell'indicatore TCR è calcolato secondo la formula seguente:

$$TCR = RR/RRT*100$$

dove:

RR = numero richieste prese in carico entro il tempo max nel periodo di osservazione

RRT = numero richieste ricevute nel periodo di osservazione.

e sarà arrotondato ad 1 cifra decimale.

Livello di urgenza della richiesta = definito dall'help desk, Alta, Media, Bassa in base ad alcuni criteri quali:

- tipologia degli utenti
- urgenza dell'operazione che l'utente deve svolgere
- blocco dell'attività dell'utente

Verrà misurato il tempo che intercorre tra la presa in carico della richiesta di supporto da parte dell'help desk di secondo livello e la risoluzione della richiesta. Il valore dell'indicatore di tempo di risoluzione della richiesta (TRS), nell'arco di un trimestre non dovrà essere inferiore ai valori riportati nella seguente tabella, che tiene conto del livello di urgenza della richiesta classificato dall'help desk:

Livello di urgenza della richiesta	Tempo max di risoluzione	Valore soglia di TRS
A	2 ore lavorative	99%
M	4 ore lavorative	95%
B	8 ore lavorative	90%

Il valore dell'indicatore TRS è calcolato secondo la formula seguente:

$$TRS = RS/RST*100$$

dove:

RS = numero di richieste di supporto risolte entro il tempo max di risoluzione nel periodo di osservazione

RST = numero delle richieste di supporto prese in carico nel periodo di osservazione.

e sarà arrotondato ad 1 cifra decimale.

Livello di urgenza della richiesta = definito dal Service Desk, Alta, Media, Bassa in base ad alcuni criteri quali:

- tipologia degli utenti
- urgenza dell'operazione che l'utente deve svolgere
- blocco dell'attività dell'utente.

Nel caso la risoluzione della richiesta preveda il coinvolgimento di terze parti, il tempo di risoluzione si ferma dal momento dell'apertura del ticket nei confronti di queste e riprende dal momento in cui il problema viene da esse risolto. Resta compito degli specialisti residenti effettuare gli opportuni solleciti nei confronti della terza parte, e mantenere aggiornate le informazioni relative sul sistema di ticketing della Committenza.

## 3 REQUISITI FUNZIONALI

### 3.1 Descrizione del sistema SCCE

La fornitura deve prevedere la realizzazione di un sistema unitario per la gestione informatizzata della cartella clinica dei dipartimenti di salute mentale e Dipendenze Patologiche della Regione Emilia-Romagna. Il sistema proposto deve comprendere in modo esaustivo le componenti infrastrutturali della piattaforma applicativa, l'infrastruttura tecnologica Hardware/Software necessaria per il suo funzionamento nonché i servizi di assistenza e supporto correlati.

La piattaforma software applicativa deve prevedere soluzioni tali da garantire tutti gli aspetti funzionali caratteristici afferenti il dominio dei dipartimenti interessati.

Devono essere considerati inoltre come parte integrante della fornitura:

- l'integrazione software con le applicazioni descritte nel presente capitolato attraverso opportune interfacce applicative
- l'interoperabilità con le infrastrutture regionali descritte
- il piano di formazione del personale per l'utilizzo dell'applicativo
- il servizio di assistenza all'esercizio del sistema
- il sistema di reporting generalizzato e di export dei dati, anche attraverso l'utilizzo dei sw di query reporting come descritto nel presente capitolato.

Per quanto riguarda il **recupero dello storico**, il sistema deve garantire l'avviamento della migrazione dello storico necessario per la gestione dei processi alla data di avvio. Il sistema proposto deve rispondere ai seguenti requisiti:

1. Multi-istanza di applicazione che operi in un **unico impianto anagrafico** in cui siano uniformate tutte le informazioni.
2. Standardizzazione a livello regionale delle informazioni raccolte e un'omogenea analisi e valutazione dei dati, tramite l'adozione di **codifiche uniche** per tutte le aziende sanitarie, su tutte le aree, con possibilità di esplosione in maggior dettaglio nella singola azienda sanitaria. Pertanto, le tabelle di configurazione del sistema devono essere gestite in **modalità centralizzata**.
3. **Storicizzazione**: tutte le informazioni devono essere storicizzate per ciascuna registrazione con opportune date di validità; deve essere garantito il mantenimento in linea di tutti i dati storici relativi a tutte le aree previste e la loro fruibilità.
4. Impostazione **web-based** per il sistema della piattaforma informatizzata SCCE; in tale impostazione deve essere garantita la compatibilità ed il corretto funzionamento dell'applicazione con i più diffusi browser (Internet Explorer, Safari, Chrome, Firefox); saranno valutate positivamente soluzioni che prevedano anche l'utilizzo di tecnologie mobile e per le quali non è necessario installare componenti software nelle postazioni di lavoro.
5. Il fornitore dovrà farsi carico **dell'infrastruttura di dominio**, Active Directory / LDAP o similari, con relazioni di trust che consentano **l'interoperabilità coi domini delle singole aziende**. L'applicazione dovrà essere compatibile con il protocollo di autenticazione SAML 2.0, implementando le funzionalità di Service Provider secondo le specifiche definite dal progetto FedERA (<http://federa.lepida.it>) e del progetto SPID (<http://www.spid.gov.it>).
6. **Automatismi** di sistema tali da guidare l'operatore nel corretto/completo inserimento dei dati. Il sistema dovrà, inoltre, prevedere blocchi logici e controlli automatici atti ad impedire l'inserimento di informazioni errate, non congruenti o non consistenti.
7. Garanzia, in fase di avviamento, della **migrazione dei dati** dai sistemi attuali verso il nuovo sistema.
8. **Audit/log**: il sistema deve essere altamente configurabile, prevedendo la possibilità di tracciare (chi ha fatto, che cosa e quando) in qualsiasi momento tutto ciò che riguarda ogni dato gestito e deve essere in

grado di produrre warning specifici (al minimo con le seguenti modalità: con messaggistica interna all'applicativo, con report e via email) su operazioni ritenute critiche.

9. Il sistema, oltre a disporre di **report operativi** accessibili a tutti gli utenti per le attività di gestione corrente, deve essere dotato di uno **strumento di reportistica standardizzata e dinamica** in base alla quale sia possibile interrogare la banca dati ai vari livelli (aziendale, sovraziendale, regionale, ministeriale), mediante criteri di selezione multipla e scelta delle variabili da riprodurre sul report con possibilità di export su differenti formati (tra cui txt, ods, cvs, xlsx, xml, pdf); la produzione dei report deve avvenire in maniera semplice e selezionabile dall'operatore che deve poter definire la struttura del report.
10. Il sistema deve prevedere la possibilità di **caricare in formato digitale** (es. pdf, jpg) qualsiasi documento utile e collegarlo alla cartella opportuna (es. referti pregressi o cartelle pregresse cartacee). SCCE deve poter consentire una corretta gestione e classificazione dei documenti nelle diverse schede del sistema.
11. Il software applicativo deve prevedere adeguati **sistemi di controllo degli accessi** quali ad esempio l'implementazione di avanzati sistemi di profilatura degli utenti, con autorizzazione/abilitazione sulle funzionalità e sui dati da gestire.
12. Gli **adeguamenti** del software alla **normativa vigente** e ai regolamenti derivanti dai cambiamenti normativi dovranno essere garantiti e realizzati senza oneri aggiuntivi per le Aziende Contraenti, nel rispetto delle tempistiche utili alla operatività della Aziende Contraenti.
13. Il sistema deve prevedere le funzionalità necessarie per l'invio **in conservazione** presso il ParER<sup>4</sup> di tutti i documenti informatici prodotti e ricevuti.

### 3.2 Usabilità e interfaccia grafica

Saranno valutate favorevolmente proposte che prevedano una particolare attenzione all'**usabilità del sistema**, in particolare sarà favorevolmente valutata una **interfaccia grafica** che consenta una facile e intuitiva navigabilità delle informazioni gestite e le funzioni che permettano una facilitata gestione dell'attività di registrazione delle informazioni.

Per supportare l'attività clinica, è essenziale prevedere delle funzioni che permettono di:

- aprire più cartelle di assistiti contemporaneamente
- visualizzare più schede della stessa cartella nella medesima schermata. Ad esempio, per stilare una relazione è necessario poter accedere alle schede relative agli esami dei metaboliti, note diario clinico, test effettuati e anamnesi
- aprire cartella, agenda e documenti nella medesima schermata
- personalizzare e memorizzare le dimensioni a video delle singole schede.

### 3.3 Unione cartelle riferito al medesimo assistito

Soprattutto in fase di avvio sarà necessaria una funzione di "unione delle cartelle cliniche degli assistiti". SCCE dovrà consentire agevolmente l'attribuzione, con opportune verifiche, di diverse cartelle cliniche allo stesso assistito. Le situazioni che si possono verificare sono molte. Ad esempio:

- diverse cartelle dello stesso assistito che tracciano periodi di cura diversi;
- cartelle provenienti dalle tre diverse unità operative (SerD, NPIA, CSM);
- cartelle con nomi e dati pazienti inseriti con errori nel nome o nei dati anagrafici in generale.

SCCE dovrà consentire l'unione dei diversi archivi in una sola cartella clinica, tracciando i diversi periodi (es. periodo 1 dal ... al ..., periodo 2 dal ... al ...) e servizi di riferimento (SerD, NPIA, CSM).

Dovrà essere garantita anche una funzione di annullamento dell'unione nel caso di errori di attribuzione.

All'apertura di una nuova cartella SCCE dovrà verificare se è già inserito un assistito con lo stesso nome, all'interno del Dipartimento, senza mostrare il contenuto della cartella.

---

<sup>4</sup> PARER: Polo Archivistico regionale.

### 3.4 Interfacce

Una funzione essenziale di SCCE è la capacità di interfacciarsi a diversi applicativi del Sistema sanitario della RER o delle Aziende USL. La necessità clinica è di costruire percorsi terapeutici sugli assistiti, interfacciandosi con diversi applicativi esistenti al fine di scambiare e gestire informazioni socio-sanitarie e seguire l'assistito in tutto il percorso clinico definito; ove non altrimenti definito, l'interfacciamento avverrà con modalità standard (HL7, v2, FHIR) veicolati da connessioni socket o webservices REST.

#### 3.4.1 Anagrafica unica degli assistiti

Il SCCE dovrà essere dotato di un'Anagrafe Centrale unica per il sistema (quindi unica regionale) che dovrà essere integrata con ARA (anagrafe regionale assistiti, nella quale è possibile ritrovare tutti coloro che sono assistiti o assistibili nella regione Emilia-Romagna). Tuttavia, anche se percentualmente in misura assai minore, i servizi del DSM-DP hanno la necessità di trattare anche pazienti che non si trovano ad essere assistiti in regione; in questo caso dovranno essere inseriti nell'Anagrafe Centrale unica del sistema.

Il fornitore dovrà descrivere in modo dettagliato la modalità con cui intenderà gestire le anagrafiche, a partire da un'anagrafe unica dei pazienti, con particolare attenzione al tema dell'identificazione del paziente e della conservazione separata dei dati sensibili dai dati anagrafici, senza possibilità di ricostruzione del dato integrale se non con le necessarie autorizzazioni.

Dovranno esser altresì garantiti e descritti dettagliatamente tutti i meccanismi di gestione degli errori di riconoscimento anagrafico e ricongiungimento delle informazioni relative.

La cartella di SCCE dovrà essere collegata logicamente ad un record anagrafico presente in Anagrafe Centrale, ma dovrà gestire anche la possibilità di anonimizzare i dati della persona, per esempio per richieste di esami. Si propone di usare: "CARTELLA" per il cognome, e il numero progressivo di cartella per il nome.

Dall'Anagrafe regionale assistiti (ARA) saranno ricevuti i dati anagrafici e le esenzioni.

Dovranno essere visibili tutte le esenzioni, con priorità sulle attive; le esenzioni scadute saranno eliminate logicamente e accessibili su richiesta dell'operatore. Le esenzioni saranno ordinate in base alla tipologia, con il seguente ordine: totali, reddito, patologia, fasce di reddito. Il sistema, in fase di gestione delle prescrizioni, dovrà essere predisposto per la gestione ed il calcolo dell'esenzione specifica della gravidanza.

Le schede dei pazienti revocati, deceduti, ecc, saranno eliminate logicamente e mai fisicamente e rimarranno sempre accessibili e consultabili da parte degli operatori.

L'operatore potrà inserire campi propri non presenti nell'anagrafe dell'Azienda (per es. cellulare, e-mail, domicilio, dati tutore/patria potestà, etc.).

[Allegato 40: NAAR\_P1.5-10\_Messaggi\_HL7\_Eventi\_trigger\_Anagrafe\_RER\_IQ]

#### 3.4.2 Richieste formulate dal DSM-DP verso altri servizi erogatori di prestazioni e consulenze

I pazienti del DSM-DP – con l'eccezione di coloro che sono ricoveri in Diagnosi e Cura - che non sono oggetto di questo capitolato – sono pazienti ambulatori, assoggettati quindi al normale regime ambulatoriale. Le richieste di consulenze, e di specialistica in genere, sono quindi ascrivibili a normali richieste di specialistica per ambulatori. Come Order Entry (sistema di pianificazione delle richieste di prestazioni e consulenze) verrà utilizzato il Cup integratore. SCCE dovrà essere integrato con il sistema CUP regionale attraverso l'interfaccia del CUP integratore. In questo modo i prescrittori del DSM-DP potranno prenotare una prescrizione da loro o da altri redatta sul sistema di CUP delle diverse province attraverso una interfaccia unica a livello regionale. I pazienti del DSM-DP, potranno beneficiare di percorsi di cura specifici e pertanto sul CUP integratore potranno essere visibili e prenotabili dal DSM-DP prestazioni non accessibili dagli ordinari sportelli CUP.

L'erogazione delle prestazioni richieste dal DSM-DP verrà fatta con gli strumenti ordinari che ogni azienda utilizza per l'erogazione della specialistica ambulatoriale. Il conferimento a SOLE dei referti relativi segue, quindi, le normali modalità di restituzione a SOLE della specialistica. La cartella del DSM-DP riceverà da SOLE i referti di competenza mediante il meccanismo del reparto richiedente.

### 3.4.3 *Richieste formulate dai diversi richiedenti aziendali al DSM-DP*

Quando il DSM-DP viene chiamato ad erogare consulenze per strutture sanitarie della propria Azienda (ad esempio consulenze psichiatriche per PS o reparti ospedalieri), la redazione del referto avverrà su SCCE e il referto verrà conferito a SOLE. Il reparto richiedente potrà consultare il referto redatto su FSE.

Al fine di consentire la richiesta delle consulenze al DSM-DP da parte delle strutture richiedenti della medesima AUSL, il fornitore dell'SCCE dovrà implementare un'interfaccia secondo il profilo **IHE order placer – order filler**, con messaggistica HL7, per lo scarico dei piani di lavoro. I costi di realizzazione dell'interfaccia lato AUSL non fanno parte di questa fornitura.

### 3.4.4 *Interfaccia con FSE*

La nuova cartella SCCE dovrà permettere l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, integrando le funzionalità del "Portale SOLE" per l'attivazione del FSE e garantire l'accesso al FSE dell'assistito selezionato in qualunque sezione dell'applicativo in cui il medico sia posizionato.

Pertanto SCCE dovrà adeguare la propria interfaccia e la base dati per consentire la gestione e la visualizzazione dei nuovi consensi. L'interfaccia grafica dovrà prevedere modalità di organizzazione e di selezione dei consensi.

Si precisa che i consensi FSE previsti dalla normativa [DPCM 178/2015] sono:

- consenso all'alimentazione
- consenso alla consultazione.

La cartella SCCE dovrà prevedere l'integrazione del "Portale del Professionista" il quale è una particolare sezione dell'area riservata del "Portale SOLE" attraverso la quale il professionista può accedere in consultazione, se autorizzato, al FSE dell'assistito.

Si allegano le specifiche per la raccolta dei consensi FSE e per il rilascio delle credenziali di accesso al FSE:

[Allegato 24: P1.A11-13 SPF FSE Api per dati tool de visu]

[Allegato 13: P1.10-15\_SPA\_SPF\_FSE Politiche di consenso all'alimentazione e consultazione FSE]

[Allegato 17: P1.22.2-14\_SPA\_SPF\_specifiche\_messaggi\_verifica\_consensi\_fse\_via\_backbone]

### 3.4.5 *Integrazione con i sistemi di codifica regionali mediante servizi REST*

La Regione Emilia-Romagna fornisce un'ampia serie di archivi di decodifica di cui l'SCCE dovrà avvalersi.

Gli archivi vengono messi a disposizione dalla regione attraverso una interfaccia REST (Web Services di tipo REST).

A titolo esemplificativo, non esaustivo, vengono forniti:

- l'archivio delle prestazioni erogabili
- l'archivio delle esenzioni per patologia
- l'archivio dell'associazione esenzioni/prestazioni
- l'archivio dei comuni italiani
- l'archivio degli stati esteri
- l'archivio delle banche dati regionali Dispositivi medici e farmaci.

L'SCCE dovrà utilizzare detti archivi come basi di partenza per tutte le decodifiche presenti in cartella.

Le informazioni fornite dalla RER sono storicizzate quindi andrà gestita in maniera corretta anche su SCCE la data di validità.

In merito alle modalità accesso ai Servizi REST si vedano i seguenti link e l'allegato:

[Allegato: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche/sism/documentazione> - Specifiche servizi web per l'accesso ai dati certificati dell'Anagrafe sanitaria della Regione Emilia-Romagna]

[Allegato 8: Specifiche banche dati regionali DM e farmaci]

### 3.4.6 *Interfaccia con SOLE*

Al fine di realizzare un progetto clinico sul paziente e definire una corretta diagnosi e trattamento è necessario attivare l'accesso alle informazioni sanitarie già oggi disponibili presso la Regione, pur nel rispetto delle normative sulla protezione dei dati personali. A titolo esemplificativo e non esaustivo si citano:

- **Accessi:** Ricoveri, a prescindere dal reparto, accessi di PS, ambulatoriali, ai servizi territoriali ecc.
- **Documenti clinici:** Referti di specialistica, di laboratorio, strumentali, percorsi e documentazione socio-sanitaria, piani terapeutici
- **Patient summary** (Profilo sanitario sintetico della cartella SSI dei MMG)

Queste informazioni sono reperibili attraverso l'interfaccia con l'infrastruttura FSE-SOLE.

Fra gli Accessi – ricoveri - che vengono censiti dal sistema SOLE, saranno presenti anche gli accessi agli SPDC o nel reparto di NPIA di Rimini. In questo caso al ricevimento della notifica di inizio ricovero in SPDC o in NPIA reparto Rimini si dovrà controllare se esiste già una posizione anagrafica aperta sull'SCCE:

- qualora non esista una posizione aperta, andrà creata registrando le informazioni messe a disposizione dalla notifica stessa, eventualmente recuperando i dati anagrafici mancanti dall'anagrafe regionale ARA
- qualora la posizione esista già in cartella andranno registrate le informazioni relative al ricovero presenti nella notifica.

Andrà successivamente registrata la fine del ricovero, al ricevimento della relativa notifica da SOLE.

Nella posizione di cartella andrà registrata anche la lettera di dimissione relativa.

#### 3.4.6.1 *Ritorno dei referti nella cartella*

SCCE dovrà consentire il ritorno dei referti dal sistema regionale SOLE

Nel caso gli esami siano stati prescritti dal DSM-DP i referti dovranno essere caricati sull'SCCE. Nel caso il referto corrisponda a prestazioni non direttamente chieste dal DSM-DP, il sistema dovrà consentire di consultare detti referti – attraverso l'accesso all'FSE - e dovrà consentire la scelta e il caricamento di quelli di interesse sull'SCCE.

Dal referto dovranno essere importate le informazioni presenti.

#### 3.4.6.2 *Ritorno dei referti per i SerDP*

Particolare attenzione dovrà essere prestata all'implementazione della prescrizione e del ritorno dei referti per i SerDP. Oltre alle questioni relative all'anonimizzazione dei dati è essenziale che SCCE gestisca il ritorno dei referti da SOLE secondo quanto riportato nel seguente documento:

[Allegato 27: SISD\_P1.34-10\_Referti SERT\_DOC FORNITORI]

#### 3.4.6.3 *Cruscotto dei referti e messaggi inviati alle infrastrutture RER*

SCCE deve dare evidenza dello stato di veicolazione della documentazione. La console di monitoraggio deve permettere di verificare il recepimento da parte del sistema FSE di eventuali merge o spostamenti. In particolare deve monitorare cancellazione e spostamento.

SPCC deve essere in grado di togliere il dato non corretto all'anagrafica sbagliata e attribuirlo a quella giusta.

#### 3.4.6.4 *Invio dei referti e della documentazione sanitaria/amministrativa in genere al sistema SOLE*

L'SCCE al fine di garantire una corretta alimentazione del sistema regionale SOLE e un corretto colloquio con il MMG/PLS e in generale gli specialisti che sono abilitati a consultare l'infrastruttura del fascicolo dovrà essere in grado di inviare al sistema SOLE detta documentazione.

Le specifiche di integrazione sono contenute nei documenti:

[Allegato 34: P1 A31-13 SPA SPF Psichiatria Adulti – invio dei referti al MMG]

### **3.4.7 Interfaccia verso sistema SISP**

L'attività clinica nelle carceri sarà registrata esclusivamente sul sistema gestionale SISP.

SCCE dovrà garantire l'interfaccia con SISP al fine di importare le informazioni sanitarie e l'attività svolta da professionisti dei servizi SerDP, Salute mentale adulti e NPIA nei Servizi di Sanità penitenziaria adulti e nel carcere minorile.

Le informazioni da importare sono, ad esempio:

- dati anagrafici
- periodo di detenzione
- anamnesi
- note diario clinico
- diagnosi
- rapporto con le sostanze
- prescrizioni ed erogazione farmacologiche
- aspetti di particolare interesse.

Il sistema deve gestire l'estrazione dei dati secondo specifiche regole che saranno fornite dalla Regione Emilia-Romagna a valle dell'aggiudicazione. Ad esempio, il passaggio di informazioni si attiva nel caso in cui un detenuto abbia avuto almeno una prestazione da un professionista tracciato come appartenente ad uno o più servizi del DSM-DP.

Al ricevimento dell'informazione da SISP, il sistema dovrà verificare se esiste una cartella aperta in SCCE per quella persona: in caso affermativo inserirà l'informazione in cartella, altrimenti la registrerà come evento.

SCCE dovrà effettuare il controllo di qualità dei dati; ad esempio, apertura o aggiornamento di una cartella già aperta in un Servizio del DSM-DP, aggiornamento diagnosi, chiusura delle terapie farmacologiche precedentemente aperte, valorizzazione sostanze e area problematica.

[Allegato 15: P1.18-15 SPA MIA SISP - Manutenzioni evolutive (fase 1)]

[Allegato 22: P1.52.1-15 SPA MIA SISP - Manutenzioni evolutive (fase 2)]

[Allegato 23: P1.52.2-15 SPA MIA SISP - Manutenzioni evolutive (fase 3)]

### **3.4.8 Interfaccia verso WinSimet**

La somministrazione del metadone o della buprenorfina in alcuni SerDP è garantita attraverso attività manuale, in altri attraverso l'uso di un software che si interfaccia con una macchina erogatrice elettromedicale. Ad oggi l'unico fornitore presente nelle AUSL con la macchina erogatrice del metadone è WinSimet della Molteni Farmaceutici.

L'attuale sistema delle dipendenze SistER è interfacciato con WinSimet per lo scambio bidirezionale delle informazioni sulle prescrizioni ed erogazione dei farmaci erogati dai SerDP, oltre ad altre informazioni cliniche necessarie per la gestione dell'attività.

SCCE dovrà garantire sia l'interfacciamento con il software WinSimet (vedi specifica attualmente in uso che potrebbero essere modificate in base all'evoluzione dei bisogni o alla nuova gestione dei farmaci nel SCCE), sia con una eventuale nuova ditta che dovesse subentrare in futuro.

La funzionalità deve essere disponibile prima del collaudo in produzione.

A titolo meramente esemplificativo e per consentire alle ditte di formulare un adeguato preventivo dell'effort necessario allo sviluppo, si allega la documentazione ad oggi disponibile:

[Allegato 14: P1.15-15\_SPA\_MIA\_Gestione dati prescrizione\_ erogazione SistER\_Winsimet]

### **3.4.9 Interfaccia verso RURER**

In Regione Emilia-Romagna viene utilizzato il sistema RURER per la gestione e la rilevazione delle informazioni clinico-amministrative sugli assistiti che afferiscono alla Commissione Medico Legale (CML) per violazione degli articoli 186 (guida in stato di ebbrezza) e 187 (guida sotto effetto di sostanze stupefacenti) del Codice della Strada.

È prevista una interfaccia tra SCCE e sistema RURER al fine di garantire le seguenti attività:



- importazione dei dati per gli assistiti inviati da RURER a SCCE per la valutazione diagnostica dei SerDP. L'attività prevede una serie di controlli da parte di SCCE per verificare, ad esempio, se l'assistito sia già presente in banca dati, l'aggiornamento delle informazioni, l'implementazione di informazioni utili
- il ritorno dei referti e delle informazioni cliniche necessarie da SCCE verso RURER.

Le informazioni da importare da RURER sono per lo più strutturate, e su forma di Radio Button diventano dei campi CheckBox che hanno il significato positivo se sono spuntate e negativo se non sono spuntate, come ad esempio:

- informazioni socio-anagrafiche assistito
- tasso alcolemico (es. 1,5)
- pregresso abuso
- incidente al momento dell'infrazione
- tipo patente
- recidiva per art. 186
- violazioni
- esami bioumorali: alterazioni
- effettuazione corso infoeducativo
- consapevolezza del rischio
- ecc.

Al momento dell'invio in RURER verrà definito il Centro alcolico del SerDP a cui inviare la richiesta di visita specialistica con un'apposita modulistica. A mero scopo indicativo si illustra quanto implementato ad oggi nei sistemi:

[Allegato 26: RURER - Analisi integrazione SISTER]

### 3.5 Specifiche di interconnessione con il sistema regionale

A completamento della documentazione fornita si citano importanti documenti di specifiche di integrazione con i sistemi regionali del quale tenere conto nella realizzazione delle diverse interconnessioni:

- [Allegato 37: P1.23-08 – HL7\_revisione servizi Sole]
- [Allegato 45: P1.40-11\_SPA\_SPF\_Ricupero referti da parte dei dipartimentali aziendali]
- [Allegato 36: P1.5 08-SPS Definizione del CDA 2 di Specialistica]
- [Allegato 33: DA 19.18 Manuale HL7 per Servizi Pronto Soccorso]
- [Allegato 35: P1.5 08-PS Definizione del CDA 2 di Pronto Soccorso]

#### 3.5.1 Invio referti MMG/PLS

Nell'applicativo dovrà essere messa a disposizione dei professionisti, la possibilità di realizzare, conservare, richiamare, scaricare ed inviare (anche tramite piattaforma SOLE) referti con firma digitale.

All'atto della composizione del referto, il sistema dovrà poter richiamare alcune informazioni già presenti nella cartella, con una logica "a blocchi" che consenta al professionista, di includere nel layout del referto, informazioni quali:

- Dati relativi all'ambulatorio dove ha operato (Nome, indirizzo, telefono, orari di apertura)
- Dati relativi al professionista (Cognome e nome, recapiti telefonici email)
- Dati diagnostici del paziente (relativi all'ultima sessione diagnostica in cartella)
- Farmaci prescritti (divisi per tipologia di somministrazione e cadenza d'uso)

Sarà ovviamente possibile alimentare il referto così composto, di altre informazioni testuali in apposito campo testo. Il Sistema avrà la possibilità di memorizzare il layout ottenuto in modo che il professionista lo possa richiamare in un secondo momento.

Il Sistema dovrà, inoltre, poter avere in memoria il layout di alcuni referti validati dalla Regione o dall'Azienda USL.

Al termine della compilazione il professionista sarà chiamato a firmare digitalmente il referto e a confermarne l'eventuale invio al MMG/PLS del paziente, o ad altro indirizzo.

Ai MMG/PLS verranno inviati, oltre ai referti, anche notifiche generiche atte a informare il sanitario su informazioni rilevanti relative al proprio assistito. In particolare, attraverso le notifiche potranno essere inviate informazioni relative a:

- Stato di salute del paziente
- Fase del processo di cura/terapeutico
- Terapie farmacologiche prescritte
- Ecc.

[Allegato 44: P1.30-11 SPA SPF Realizzazione nuovo servizio applicativo notifiche generiche]

[Allegato 43: P1.30-11 SPA HL7 Realizzazione nuovo servizio applicativo notifiche generiche]

## 4 TRACCIATURA, ASPETTI GIURIDICI E PRIVACY

Si vedano le Linee guida regionali sulla cartella clinica elettronica che dovranno integralmente essere applicate nel SCCE.

[Allegato 2: CCElettronica Allegato B]

### 4.1 La gestione della privacy nell'SCCE oggetto di fornitura

Stante l'imminenza dell'entrata a regime del GDPR – regolamento generale sulla protezione dei dati – occorre che l'SCCE fornito sia in linea con detta regolamentazione.

Di seguito verranno enunciati alcuni principi a cui attenersi e verranno forniti alcuni esempi che devono essere considerati indicativi, anche se non esaustivi, di come dovrà essere strutturato l'SCCE per essere considerato idoneo ai requisiti.

L'SCCE deve permettere di dare implementazione ai requisiti del GDPR, in particolare preme sottolineare la necessità di dare implementazione ai requisiti dell'*accountability*, della *privacy by design* e *by default*, come meglio specificato nei paragrafi che seguono.

Il titolare dei trattamenti – sulla scorta del GDPR, art. 5, paragrafo 1 e 2 – è competente (responsabile e quindi con termine anglosassone “accountable”) riguardo al fatto che:

- i dati siano trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato (“liceità, correttezza e trasparenza”)
- che i dati siano raccolti e trattati per finalità determinate, esplicite e legittime (“limitazione della finalità”)
- che i dati siano adeguati, pertinenti e limitati (“minimizzazione dei dati”)
- che i dati siano esatti e se necessario possano essere aggiornati (“esattezza”)
- che i dati siano conservati in forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per i quali sono trattati (“limitazione della conservazione”)
- che i dati siano trattati in maniera tale da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione (“integrità e riservatezza”).

Ai sensi del paragrafo 2 dell'art.5 del citato regolamento il titolare deve “comprovare” di aver rispettato quanto sopra elencato. Lo strumento informatizzato fornito (SCCE) deve, per quanto possibile, fornire un ausilio concreto al titolare per comprovare il rispetto dei criteri di trattamento.

Per cui, a titolo indicativo e non esaustivo, si ribadiscono le seguenti esigenze:

1. occorre che l'SCEE permetta di stampare le necessarie informative e di raccogliere gli indispensabili consensi da parte dell'interessato in modo da perseguire criteri di liceità, correttezza e trasparenza;
2. occorre che i dati trattati siano solo quelli indispensabili a perseguire i fini del trattamento (minimizzazione dei dati), quindi le funzionalità applicative debbono fornire visioni integrate dei dati indispensabili ad una certa fase di un certo processo (altrimenti detto trattamento), ma non informazioni eccedenti;
3. le funzionalità applicative fornite debbono consentire l'aggiornamento di dati precedente immessi, anche se costituiti in documenti firmati; ciò è da intendersi come la possibilità di gestire addendum e allegati che vadano ad integrare quanto precedentemente costituito, senza mai sostituire o rendere completamente inaccessibili i dati precedentemente costituiti;

4. le funzionalità applicative fornite debbono poter essere messe fuori linea e quindi tolte dalle visualizzazioni correnti, senza che ciò comporti la cancellazione dei dati o, peggio, il malfunzionamento delle funzionalità applicative interessate;
5. l'SCCE deve complessivamente fornire un grado di sicurezza "adeguato" in relazione all'analisi dei rischi condotta dal titolare.

In merito al punto 2) del precedente elenco occorre fare qualche considerazione specifica e di maggior dettaglio.

Il paziente che è in cura presso uno dei servizi del DSM-DP affronta un percorso di cura che può grandemente variare in termini di durata (da qualche settimana in alcuni casi a tutta la vita in altri) e di complessità (dalla erogazione di poche prestazioni a cura di un singolo professionista, a percorsi molto complessi che vedono la partecipazione di nutrite equipe di cura), ciò che comunque è comune a tutti i percorsi è così sintetizzabile:

- a) un percorso di cura, per un certo paziente, è o aperto o chiuso, cioè è o attivo e in corso, o terminato e quindi non più attivo e non più in corso;
- b) solo gli appartenenti ad una certa equipe di cura hanno il diritto di accedere alle informazioni sanitarie e personali di un certo paziente e solo nel momento in cui questo paziente abbia attivo un percorso di cura di cui quella equipe sia titolare;
- c) nel caso per un certo paziente non siano attivi percorsi di cura nessuno potrà avere accesso ai suoi dati personali e sensibili, se non per ragioni di stretta necessità che dovranno essere motivate prima dell'accesso, debitamente registrate e datate e ricomprese in un elenco di motivazioni approvato dal titolare;
- d) le equipe di cura possono anche cambiare nel tempo, essere integrate da diversi professionisti nel caso le condizioni del paziente lo giustifichino o lo giustifichi il piano assistenziale/terapeutico specifico;
- e) la richiesta di prestazioni diagnostiche/terapeutiche/assistenziali nell'ambito di un certo percorso di cura da parte dell'equipe di cura, può comportare un allargamento temporaneo della equipe di cura al professionista che eroga la prestazione.

Di seguito si dettaglia meglio il punto d):

- nell'ambito di un complesso e articolato percorso di cura (che in alcuni casi può durare anche anni), le equipe di cura possono variare, nel senso che possono essere integrate da professionisti con diverse professionalità, ad esempio può essere introdotta la figura dell'Assistente Sociale, quando sia necessario gestire la reintroduzione del paziente nel contesto familiare e sociale...
- l'introduzione dell'Assistente Sociale comporterà la possibilità di avere accesso ai dati del paziente, pur nello stretto rispetto dei profili abilitativi concessi a questa figura professionale;
- questo può essere generalizzato ad ogni altra figura professionale (comprese le figure sanitarie che concordemente con il loro profilo abilitativo, avranno vincoli assai meno stringenti dei vincoli imposti dal profilo abilitativo dell'Assistente Sociale).
- naturalmente l'equipe di cura potrebbe anche subire un restringimento, quindi alcuni professionisti potrebbero, in un determinato momento, non essere più parte della equipe di cura; concordemente non potranno più accedere ai dati personali e sensibili di quel paziente;

Di seguito si dettaglia meglio il punto e):

- nell'ambito di un determinato percorso di cura, l'equipe di cura può avere necessità di richiedere per il paziente prestazioni di bassa complessità per l'erogazione delle quali il consulente non abbisogna di altro che del quesito diagnostico presente nella richiesta formulata con il sistema di Order Entry; in questo caso non vi è nessun allargamento della equipe di cura e il consulente NON ha accesso alla documentazione sanitaria del paziente contenuta in SCCE; ad esempio per un paziente in carico alla Salute Mentale Adulti viene chiesta una visita dermatologica per una vasta micosi sofferta dal paziente;
- sempre nell'ambito del medesimo percorso di cura, l'equipe di cura può avere la necessità di richiedere una consulenza assai più articolata, la cui efficacia può essere fortemente influenzata dalla

possibilità di poter accedere alla storia clinica del paziente; ad esempio si supponga che per il medesimo paziente in carico alla salute mentale adulti, venga chiesta una consulenza alcolologica al fine di valutare se l'abuso di alcool che saltuariamente viene condotto, sia sintomo di una vera dipendenza o meno; in questo caso il professionista del settore dipendenze deve essere considerato (per il solo tempo necessario a condurre la consulenza), come parte della equipe di cura, quindi potrà avere accesso (temporaneo) alle stesse informazioni cliniche che sono a disposizione della equipe curante. Al professionista del SERT verrà pertanto concessa un'abilitazione di accesso alle informazioni del paziente per il periodo che va dalla formulazione della richiesta di consulenza, fino al momento di chiusura della relazione/referto di risposta.

Relativamente alla gestione del consenso SOLE e quindi alla possibilità di accedere ai dati in SOLE gestiti si vedano le specifiche oppure per l'accesso ai professionisti all'FSE si allegano i seguenti documenti: (**nota bene**: queste specifiche potranno essere riviste in ragione delle modifiche normative nazionali/regionali sul consenso FSE):

- [Allegato 41: P1.19\_09\_SISAN\_Consenso centralizzato specifiche per fornitori\_v1.3
- [Allegato 27: SISD\_P1.34-10\_Referti SERT\_DOC FORNITORI]
- [Allegato 10: P1 10 3-13\_SPA SPF specifiche accesso FSE applicativo e http]
- [Allegato 12: P1.3-15 SPF PORTALE SOLE SINGLE SIGN ON]

## **4.2 Protezione fin dalla fase di progettazione e protezione per impostazione predefinita (Privacy by Design e privacy by Default, art. 25 GDPR)**

Molte delle indicazioni fornite nel precedente paragrafo in quanto richieste come parte della fornitura possono, a pieno titolo, essere ascritte a misure di protezione fin dalla progettazione. Restano ora da trattare le misure di protezione per impostazione predefinita.

Si richiede, a questo proposito, che vengano gestite le abilitazioni attraverso singoli profili abilitativi. Un utente del sistema potrà avere assegnati uno o più profili abilitativi. I singoli profili abilitativi dovranno soggiacere ad un principio di "autorizzazioni positive a partire da una base di tutto negato". Cioè il profilo abilitativo dovrà definire in termini positivi cosa l'utente è autorizzato a fare, ciò che non è indicato in termini espliciti è negato.

Un utente non collegato a profili abilitativi non dovrà possedere alcuna abilitazione (principio del "tutto negato").

Un utente non appartenente a nessuna equipe di cura non avrà accesso a nessun dato personale e/o sensibile di alcun paziente, ecc.

Un altro significativo esempio di protezione per impostazione predefinita è quella di seguito riportata: nell'ambito dello stesso servizio - ad esempio per gli assistiti tossicodipendenti in trattamento ai SerDP, ma la cosa è applicabile a tutti gli ambiti del dipartimento - i dati degli assistiti saranno visibili solo ai professionisti del servizio stesso, anche se l'assistito ha dato il consenso alla visualizzazione nel dipartimento. Solo nel caso in cui vi fosse una necessità di cura condivisa, la cartella si aprirebbe a tutti gli altri servizi coinvolti.

## **4.3 Gestione dei consensi**

Non è possibile eseguire trattamenti informatizzati senza il consenso del paziente.

Dovrà essere possibile gestire i diversi consensi che l'interessato deve fornire in maniera tale che possano essere correlati secondo principi di attinenza affinché l'operatore sanitario possa correttamente illustrarli all'interessato e possa raccogliere consensi diversi in un unico contesto di interazione con il cittadino.

Ad esempio qualora si richieda al cittadino il consenso al popolamento dell’FSE, nello stesso contesto si chiederà anche se il cittadino intende fornire il consenso al caricamento dei dati pregressi. I due consensi risultano quindi correlati e gerarchicamente legati.

Deve inoltre essere possibile gestire consensi di default settati come “consenso al trattamento” e altri settati come “diniego al trattamento”. Dietro raccolta del parere dell’interessato tali settaggi dovranno poter essere modificati concordemente da parte del professionista che annoterà la volontà dell’interessato.

#### **4.3.1 Caricamento dei dati dai sistemi precedenti e raccolta del consenso del paziente a conferire il dato all’SCCE**

Qualora il paziente non fornisca il consenso ad una gestione dipartimentale, il dato caricato dai precedenti sistemi dovrà essere caricato in SCCE, ma potrà essere consultato/gestito solo da professionisti che afferiscano al servizio nel quale i dati si sono originariamente generati.

Nel caso il paziente fornisca un consenso di tipo dipartimentale, varrà il principio di protezione per impostazione predefinita che impone che qualora non ve ne sia la necessità la gestione dei dati rimarrà riservata a professionisti del medesimo servizio, ma non verrà impedita la consultazione a professionisti di altro servizio nel caso l’equipe di cura sia multiservizio.

#### **4.4 Validità giuridica della SCCE**

L’SCCE oggetto di fornitura deve sostituire la cartella cartacea oggi presente nei vari servizi DSM-DP, affinché ciò possa avvenire deve essere garantito il pieno valore giuridico del documento informatico e la piena equipollenza fra documento cartaceo e documento informatico.

È, pertanto, necessario che siano gestiti completamente in elettronico almeno le componenti documentali di cartella. Si chiede inoltre di fornire la funzionalità di scannerizzazione (senza necessità di fornitura del relativo hardware) per poter gestire in modalità elettronica eventuali allegati provenienti da altre strutture e/o conferite dal paziente stesso.

In particolare, l’SCCE dovrà soddisfare i seguenti requisiti:

1. completa gestione elettronica di tutte le informazioni generate che oggi confluiscono nel documento cartaceo
2. completa gestione elettronica e rispondenza alla normativa specifica del Diario Clinico
3. adozione di tecniche di firma elettronica idonee (vedi sezioni seguenti)

##### **4.4.1 Acquisizione di documentazione cartacea mediante scansione**

L’SCCE dovrà permettere l’acquisizione di documentazione cartacea e/o su file (nei formati più comuni PDF, JPG, TIFF, ecc...). Sarà necessario prevedere dei meccanismi di autenticazione forte che consentano di attestare la paternità del caricamento e la responsabilità della corretta associazione della documentazione caricata all’identità anagrafica dell’assistito. Infatti, questo tipo di operazione è per sua natura facilmente soggetta a errore umano.

Al fine di garantire la sostenibilità complessiva del sistema rispetto all’infrastruttura hardware e di rete, inoltre, sarà necessario prevedere un limite massimo consentito rispetto alla dimensione del singolo file caricato con scansione oltre a un limite complessivo per singola cartella/paziente.

Sarà necessario infine prevedere controlli rispetto all’estensione e alla tipologia di file caricati, al fine di garantire, in coerenza con quanto previsto dal CAD, la conservazione e la corretta leggibilità nel tempo del materiale caricato, oltre che la garanzia dell’inalterabilità delle informazioni contenute.

Dovrà essere possibile categorizzare la documentazione acquisita in maniera tale che sia possibile consultare la documentazione acquisita per differenti categorie.

##### **4.4.2 Autenticazione e Firma**

È indispensabile che per ogni informazione di natura sanitaria gestita in elettronico:

- la creazione e la modifica siano associate a operazioni di firma (prevedere l’utilizzo differenziato della firma forte e della firma debole, al fine di favorire l’usabilità del sistema)

- la visualizzazione sia sottoposta ad un accesso autenticato e tracciato.

#### **4.4.3 Firma Digitale e Conservazione Sostitutiva**

È indispensabile che lo strumento consenta tecniche di firma forte (Firma Elettronica Qualificata e Firma Digitale, come da definizione del CAD).

Tutto il contenuto informativo della CCE deve essere riportato in almeno un documento firmato con firma forte, da generarsi allo scopo di conservazione e presentazione ad autorità competenti.

Tutta la documentazione redatta in formato elettronico dovrà essere opportunamente conservata garantendo che non sia interrotta la catena del valore che garantisce la piena validità giuridica del documento e la sua equipollenza all'analogo cartaceo. Dovranno, quindi, essere messe in campo opportune misure di conservazione avvalendosi del supporto di PARER (Polo Archivistico Regione Emilia-Romagna).

Il sistema dovrà consentire una completa gestione della firma elettronica nelle sue varie accezioni (debole, forte, qualificata, certificata ecc.) garantendo l'indipendenza, nel caso di firma digitale, dall'ente certificatore. Il sistema dovrà poter gestire indifferentemente i diversi protocolli pades, cades, xades nelle diverse tipologie (con/senza time stamp, extended ecc.).

La firma del paziente (per es. per la raccolta del consenso) può essere anche firma elettronica avanzata, purché conforme alle regole tecniche di cui al d.p.c.m. 22 febbraio 2013.

Il sistema di firma dovrà rispondere agli adeguamenti richiesti dalla normativa rispetto all'entrata in vigore nel nuovo CAD5 che recepisce quanto previsto dal Regolamento UE n° 910/2014 – eIDAS.

Il sistema dovrà essere fornito comprensivo di diverse modalità di firma elettronica-digitale: documento singolo con una sola firma, più firme (una per ogni settore esaminante) per ogni documento, firma cumulativa su un lotto di documenti validati ecc. Dovrà essere possibile eccezionalmente utilizzare la modalità di firma non digitale producendo comunque un documento e deve essere possibile "l'annullamento" di una firma digitale su un documento e la semplice modifica e ri-firma agevole dello stesso.

Il sistema, infine, dovrà consentire l'utilizzo della firma remota e della firma automatica, se disponibili, integrando i relativi servizi erogati dal provider di cui la regione deciderà di avvalersi.

La fornitura di CNS ai professionisti, piuttosto che di token di firma, non è oggetto della presente fornitura, mentre sono oggetto di fornitura le necessarie integrazioni con l'SCCE di quanto dalla regione scelto e fornito ai fini dell'esecuzione della firma su SCCE.

#### **4.5 Privacy e consensi**

Relativamente agli aspetti generali privacy:

SCCE deve rispondere a quanto previsto dalla normativa vigente sulla privacy in termini di trattamento del dato (D.Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio).

La rispondenza alla normativa di cui al punto precedente dovrebbe essere ottenuta senza ulteriori oneri (es. acquisizione di sistemi software terzi a supporto) e senza doversi appoggiare al fornitore per gli adempimenti previsti (es. consultazione delle informazioni di log degli accessi).

Il sistema deve prevedere di appoggiarsi sulla infrastruttura di autenticazione e autorizzazione presente presso la struttura sanitaria. Possono essere demandate a profilazione locale gli ambiti di autorizzazione specifici per il sistema stesso.

Relativamente alla gestione dei consensi (di ambito Privacy):

SCCE deve prevedere la funzionalità di rilevazione dei consensi necessari alla gestione dei dati in essa trattati, con le modalità e accorgimenti tecnici previsti dalla normativa vigente (es. deve consentire la annotazione del consenso (D.Lgs. 196/2003, Art. 81), visualizzazione e stampa della informativa).

---

<sup>5</sup> Decreto legislativo 26 agosto 2016, n. 179 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 214 del 13 settembre 2016), recante *Modifiche ed integrazioni al Codice dell'amministrazione digitale, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*. Entrato in vigore il 14 settembre 2016. Entro il 14 gennaio 2017 sarà emanato il decreto ministeriale di coordinamento con le attuali regole tecniche.

Se la struttura sanitaria è dotata di archivio centralizzato per la gestione dei consensi (di qualsiasi livello e tipo), SCCE deve prevedere di appoggiarsi su tale archivio per la gestione dei consensi.

SCCE deve prevedere la preclusione all'accesso delle informazioni personali e sensibili in caso di Consenso al Trattamento Dati negato o non espresso. In caso di consenso non espresso, deve essere possibile forzare l'accesso per "Necessità Clinica Urgente" limitatamente alla visione delle informazioni, e non all'inserimento di nuove.

Il sistema deve prevedere la gestione di cartelle in anonimato. Tale gestione può essere mutuata dalla integrazione con sistema ADT (che notifica accettazioni in anonimato) o deve consentire l'anonimizzazione della SCCE in modo autonomo (a prescindere dalla testata anagrafica trasmessa da ADT).

Il sistema deve gestire anche le informazioni sugli assistiti che chiedono l'anonimato ai sensi del DPR 309/1990: per questi assistiti sono previste alcune specifiche funzioni della cartella, come ad esempio la gestione dello pseudonimo, e alcune limitazioni delle funzioni della cartella, come ad esempio l'affido farmacologico.

Qualora SCCE sulla base delle linee guida regionali in materia di privacy dovesse classificarsi come **Dossier Sanitario**:

- Deve essere prevista la gestione, come da normativa vigente, dei consensi specifici (es. Consenso alla Costituzione del Dossier e Consenso alla Alimentazione del Dossier con Dati Storici), sia in termini di limitazione all'accesso delle informazioni, sia in merito alla rilevazione delle stesse.
- Deve essere prevista la gestione dell'oscuramento di taluni dati o documenti sanitari, da interpretarsi come impossibilità di visualizzare le informazioni durante l'accesso da episodi/contesti diversi da quello corrente (l'informazione deve rimanere accessibile nel dataset di cartella corrente).

Nota: queste limitazioni non si applicano al SCCE se limitato alla gestione dell'episodio in corso (senza accesso ai precedenti); in tal caso il sistema non rientra infatti nella definizione di Dossier Sanitario.

L'autodeterminazione del paziente in relazione ai trattamenti incidenti sulla propria salute e l'affermarsi dei diritti di riservatezza hanno indotto rilevanti cambi del paradigma relazionale con i sanitari, incidendo anche sul processo documentale.

Ne è conseguenza la necessità di gestire documentazione firmata dal paziente quale: le dichiarazioni dell'assistito, le sue manifestazioni di volontà (consensi, rifiuti, direttive per accadimenti futuri, indicazione di persone a cui permettere di apprendere notizie sulla propria salute), le sue autonome decisioni ([dimissione contro parere sanitario, richiesta di second opinion]) ecc. che è opportuno conservare in apposita sezione della cartella clinica.

La complessità crescente dei trattamenti sanitari richiede sempre più frequentemente il coinvolgimento, contemporaneo o meno del paziente con operatori di professionalità plurime, dalla cui interazione possono derivare esiti documentali peculiari e inconsueti per i quali occorre approntare appositi schemi di base.

Il sistema deve consentire la rilevazione dell'avvenuta acquisizione della pluralità di consensi necessari nel percorso di cura. Ad esempio:

- volontà di riserbo
- consenso specifico per intervento specialistico invasivo o a rischio
- consenso specifico per trattamento terapeutico
- consenso specifico per la partecipazione a sperimentazioni cliniche

Il sistema deve prevedere la rilevazione e gestione totalmente elettronica dei consensi forniti dal paziente con le modalità previste dalla normativa nazionale vigente. In particolare, dovrà essere gestita la firma grafometrica.

Il sistema deve consentire la gestione (con le modalità descritte nei punti precedenti) di rettifiche/modifiche ai consensi successive alla prima rilevazione, che il paziente può sempre richiedere.

Dovrà essere possibile raccogliere i diversi consensi da **una unica pagina** riepilogativa denominata consensi. A titolo esemplificativo, e non esaustivo, si riportano alcuni consensi che dovranno essere gestiti:



- Consenso al trattamento dei dati personali
- Consenso al trattamento sanitario
- Consenso ad esami HIV
- Consenso a fornire informazioni sullo stato di salute (specificare chi)
- Consenso all'invio dei referti a MMG/PLS tramite SOLE
- Consenso all'invio dei dati a SOLE
- Consenso all'attivazione del fascicolo
- Consenso al ricontatto per verifica dei risultati (follow up)
- Consenso a condividere i dati con gli altri Servizi/Enti non AUSL (specificare quali)
- Consenso all'invio in comunità terapeutica o residenza
- Consenso alla costituzione dossier con dati pregressi delle 3 aree SMA NPIA SerDP.

Da tale pagina dovrà essere producibile l'informativa da consegnare al paziente.

Per ogni differente attività che richieda l'esplicitazione di un consenso specifico la cartella dovrà proporre e registrare il format di richiesta di consenso (accetta sì/no) senza necessariamente accedere alla specifica pagina dei consensi.

In fase di analisi dei requisiti, a valle dell'aggiudicazione, verranno specificati i consensi necessari da modellare e gli ambiti relativi.

La facilità di gestione dei consensi in SCCE sarà oggetto di valutazione.

#### **4.5.1 Funzione di controllo in base ai consensi forniti**

La cartella dovrà avere una serie di funzioni di controllo in base ai consensi forniti dal paziente. Ad esempio, se lo specifico consenso non è selezionato non è possibile inviare referti ai MMG/PLS, oppure non è possibile condividere la cartella con operatori esterni al Dipartimento oppure non è possibile inviarlo in comunità terapeutica. Inversamente, se il professionista cerca di inviare un referto al MMG, SCCE chiederà prima la formalizzazione del consenso e, se ottenuta, invierà la certificazione.

Devono essere previste alcune funzioni:

- inserire, cancellare e modificare, recepire tutti i consensi necessari, quali ad es. consenso al trattamento dei dati, all'invio dei referti al MMG, all'invio in comunità terapeutica o residenza, etc.
- possibilità di stampare l'informativa associata al consenso (modulo informativa legato all'azienda dell'assistito, quindi anche diverso tra AUSL);
- Possibilità di utilizzo di firma grafometrica attraverso l'utilizzo di un tablet/smartphone/dispositivi.

L'integrazione delle banche dati del DSM-DP (CSM, NPIA e SerDP), potrà avvenire previo consenso informato e specifico; in particolare l'informativa dovrà evidenziare le specifiche finalità, i soggetti che vi hanno accesso e dovrà rispettare i requisiti dell'art. 13 del codice privacy. Si configura come costituzione di un Dossier Sanitario.

L'eventuale consultazione dei dati di pazienti in carico ad altri Servizi aziendali (carcere, REMS, Servizi delle cure primarie, ospedale, consultori, altri) dovrà avvenire nel rispetto delle linee guida regionali sul dossier sanitario per le Aziende che l'hanno istituito, mentre per le altre occorrerà acquisire un consenso specifico volta per volta da parte degli interessati. Pertanto ogni Azienda USL, titolare del trattamento, dovrà produrre la propria modulistica privacy adottando le modalità organizzative necessarie.

L'informativa potrà essere fornita in modalità semplificata e il consenso potrà essere fornito oralmente e registrato informaticamente sulla cartella del DSM-DP.

Il trattamento dei dati attraverso la cartella condivisa comporta il trattamento dei dati soggetti a maggiore tutela dell'anonimato (cd dati ultrasensibili) per i quali vi sono specifiche disposizioni normative.

#### 4.6 Documentazione allegata

Per completezza della documentazione clinica relativa ad un episodio di contatto con la struttura sanitaria dovrà essere considerata parte della CCE anche la documentazione allegata secondo quanto riportato nel seguito.

Per “allegati” si intendono:

- documenti non prodotti dall’UO che ha in carico il paziente e che possano fornire informazioni che diano evidenza delle attività svolte e/o ne registrano i risultati ritenuti comunque utili nel percorso di cura del paziente.
- particolari documenti prodotti dalla UO che ha in carico il paziente che per motivi tecnici o formali non possono essere direttamente rilevati in SCCE (es. test psico-diagnostici con copyright).

L’origine degli allegati può essere una sorgente cartacea o elettronica esterna alla struttura sanitaria portata dal paziente. Gli allegati possono essere documenti firmati digitalmente o documenti non firmati, da utilizzare solo a scopo di consultazione elettronica, e il cui cartaceo firmato autografo sia mantenuto in documentazione cartacea di supporto.

Gli allegati comprendono anche i referti di prestazioni e di consulenze richiesti durante l’episodio di cura. Anche nel caso che la SCCE preveda l’importazione diretta dei dati strutturati devono comunque essere acquisiti i relativi documenti informatici, da gestire come allegati.

È possibile che il paziente, in fase di accettazione, fornisca documentazione cartacea o elettronica. In questo caso dovrà essere possibile acquisirla importandola in SCCE. Qualora sia cartacea dovrà essere prevista l’acquisizione digitale (cioè la creazione di un originale informatico equipollente dal punto di vista giuridico, ai sensi del CAD, all’originale cartaceo), piuttosto che scansionarla ed acquisirla.

Per gli allegati originariamente cartacei, in alternativa all’acquisizione digitale, è possibile tenerne traccia elettronica tramite assegnazione di un codice univoco di tracciamento del documento, apposto allo stesso, che ne faciliti il reperimento negli archivi cartacei (es. barcode di documento generato da SCCE, RFID di tracciabilità).

SCCE deve mettere in evidenza ciò che è stato importato evidenziandolo come proveniente da “fonte esterna”.

SCCE deve permettere di acquisire documenti informatici prodotti dagli operatori almeno nei seguenti formati: JPG, PDF, TIFF, GIF, PNG.

Per gli allegati non corrispondenti a richieste di accertamento, importati elettivamente da altra sorgente deve essere tracciata l’operazione di inserimento in cartella in termini di operatore e data e ora di inserimento.

Dovrà essere presente una funzione per evidenziare la presa visione (operazione di “visto”) degli allegati alla SCCE. Tale funzione deve evidenziare la data e ora della presa visione e l’operatore. Le procedure aziendali dovranno fornire indicazioni in merito alle categorie di operatori abilitati a tale operazione di “visto”.

La facilità di gestione, consultazione e archiviazione degli allegati (multimediali, foto, video, PDF) in SCCE sarà oggetto di valutazione.

#### 4.7 Documentazione Generata

SCCE dovrà produrre diversi tipi di documento al fine di rispondere a due tipologie di esigenze:

- Documento elettronico legalmente sostitutivo della Cartella Clinica del percorso di cura all’interno DSM-DP, firmato digitalmente, ai fini sia della conservazione a norma di legge della stessa sia come documento con valore probatorio, sostitutivo, quindi, a tutti gli effetti della cartella clinica cartacea.
- Ogni documento da consegnare al paziente a conclusione di un contatto con la struttura sanitaria, eventualmente firmato digitalmente (es. lettera di dimissione, referto ambulatoriale, referto per accesso di DH).

SCCE deve prevedere la produzione di documenti che siano direttamente ed immediatamente leggibili dal paziente. È quindi necessario adottare formati che siano facilmente fruibili (es. PDF).

È auspicabile che detti documenti, quando firmati digitalmente, mantengano le caratteristiche di immediata leggibilità.

SCCE dovrà garantire che il documento reso disponibile al paziente, se firmato digitalmente, sia conforme a quello inviato al sistema di conservazione.

Nella generazione del documento sostitutivo della Cartella Clinica Cartacea di ricovero:

- SCCE dovrà agevolare gli operatori nella produzione di un unico documento in formato PDF contenente tutto quanto prodotto nella CCE e rilevante ai fini della cartella. L’Azienda dovrà definire quali elementi raccolti nella CCE dovranno entrare a far parte del documento sostitutivo.
- SCCE dovrà includere nel documento sostitutivo di cartella clinica cartacea tutti i documenti allegati, così come definiti in sezione Documentazione Allegata.
- Qualora siano presenti allegati in formato cartaceo (così come definiti in sezione) questi dovranno essere elencati in apposita sezione del documento sostitutivo.
- Il documento sostitutivo così ottenuto dovrà essere reso disponibile per firma digitale all’utente preposto dell’unità operativa che ha in carico il paziente al momento della sua dimissione, allo scopo di ottemperare alla normativa vigente (“regolare compilazione della cartella clinica e dei registri nosologici e della loro conservazione fino alla consegna all’archivio centrale”, ai sensi dell’art. 7 del D.P.R. 27.3.1969, n. 128).

#### **4.7.1 Note Riservate**

Allo scopo di gestire ambiti in cui sia presente particolare attenzione alla accessibilità del dato si richiede la possibilità di classificare alcune annotazioni come “riservate”, la cui visibilità sia limitata a specifici professionisti (es. il professionista redattore) o specifici ruoli (es. équipe sanitaria).

Questo comporta che nella stampa della cartella o in ogni caso nella copia di cartella riservata al paziente queste note non debbano comparire. Sarà accessibile solo agli utenti autorizzati o alla autorità giudiziaria o nella stampa della cartella per finalità medico-legali.

#### **4.7.2 Worklist**

Il sistema deve prevedere la gestione della worklist, intesa come insieme di attività cliniche/assistenziali pianificate (quindi con data e ora di esecuzione pianificata) sul paziente. Ogni attività può avere origine dall’inserimento manuale da parte di utenti abilitati, o generata in automatico a seguito di applicazione di logiche specifiche (es. CDSS che implementano i Modelli Assistenziali (vedi sezione relativa)).

Il sistema deve consentire modalità avanzate di pianificazione temporale delle attività, che includano logiche di ripetibilità (es. “ogni due giorni”) o schemi temporali predefiniti (es. “ore pasti”).

Il sistema deve prevedere la variazione di stato delle attività; i possibili stati sono indicativamente: pianificata, eseguita, annullata.

- In caso di esecuzione di un’attività, deve essere possibile, se configurata, la compilazione di uno specifico dataset di esecuzione. Esempio: a seguito di esecuzione di un’attività di medicazione, rilevare in modo strutturato lo stato della ferita e le modalità di medicazione.
- In caso di annullamento di attività, deve essere possibile, se configurata, la compilazione di uno specifico dataset di annullamento. Esempio: a seguito di mancata esecuzione di un’attività assistenziale, rilevare in modo strutturato le motivazioni della mancata erogazione e relative informazioni di ri pianificazione.

Deve essere possibile eseguire ri-pianificazioni delle attività (variazioni della data e ora pianificata); l’avvenuta ri-pianificazione deve essere resa evidente.

Devono essere previste attività legate a prescrizione di accertamenti diagnostici richieste da medici o altri operatori sanitari abilitati. L’esecuzione di tali attività deve corrispondere alla generazione, via modulo di Order Entry, del relativo ordine.

Il sistema deve prevedere la gestione di Protocolli di attività, che consentano la pianificazione di insiemi di attività clinico/assistenziali in modo facilitato e standardizzato (es. attività legate alla preparazione di prestazioni diagnostiche, attività legate a modelli assistenziali, ecc.).

La worklist infermieristica deve contenere, o comunque rendere visibile contestualmente, ogni attività relativa alla gestione del farmaco (vedi sezione specifica)

Il sistema deve consentire la gestione delle attività di somministrazione farmaci in modalità analoga alle attività di worklist (auspicabilmente appoggiandosi ai medesimi devices e medesime logiche di interazione)

La worklist infermieristica deve consentire una fruizione con logiche di “lista di lavoro”, comprendendo quindi i filtri necessari per un’esecuzione di subset logicamente correlati di attività (es. attività per il turno, attività in carico ad uno specifico ruolo, attività di uno specifico tipo)

Data la natura fortemente operativa dello strumento di Worklist infermieristica, è opportuno prestare particolare attenzione agli aspetti di usabilità dello stesso. In particolare:

- È auspicabile un elevato livello di configurabilità della visualizzazione dello strumento Worklist Infermieristica tale da consentire un adeguamento ai diversi contesti infermieristici presenti nelle aziende.
- È auspicabile che lo strumento Worklist Infermieristica sia reso fruibile tramite dispositivi in mobilità (es. tablet o palmari).

#### **4.8 Tracciabilità delle operazioni degli utenti e delle integrazioni**

SCCE deve permettere di tracciare ogni modifica alle informazioni gestite. La tracciabilità deve comprendere la possibilità di attribuire la paternità di ogni modifica.

È auspicabile che sia consentito agli utenti autorizzati l’accesso alle informazioni di tracciabilità, ivi compresa la possibilità di ricostruire versioni precedenti di ciascuna informazione (es. ricostruzione della versione del dato precedente all’ultima modifica).

Deve essere correttamente gestito il versioning dei documenti e dei dati provenienti, tramite integrazione, da sistemi terzi.

Devono essere tracciati gli accessi in lettura ad ogni elemento del sistema, inclusi documenti e dati provenienti, tramite integrazione, da sistemi terzi.

#### **4.9 Tracciabilità dei servizi**

Lo sviluppo del percorso di assistenza inizia dal primo contatto, che identifica l’emergere di un potenziale bisogno di salute che si realizza in differenti contesti (SerDP, NPIA, CSM, SPDC). Come luoghi di primo contatto sono da prevedere sia i tradizionali ambiti del Centro di Salute Mentale, NPIA o Servizi per le dipendenze, ospedale, ma anche ***i nuovi luoghi dell’assistenza sanitaria*** che il sistema sanitario regionale sta sviluppando. Pertanto, la cartella dovrà essere in grado di tracciare i luoghi in cui i Servizi erogano l’assistenza, sia negli ambiti istituzionali (ospedali, residenza, SerDP, NPIA, CSM, case della salute, ...) sia in contesti non istituzionali, come abitazioni dell’assistito.

In fase di accesso all’applicativo ogni operatore dovrà accreditarsi nel contesto dove lavora (CSM? NPIA? Abitazione paziente?) e ogni attività registrata nella cartella sarà attribuita al contesto inizialmente dichiarato.

[Specifiche Servizi Web per l’accesso ai dati certificati dell’Anagrafe sanitaria della Regione Emilia-Romagna:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/sanita/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche/sism/documentazione>]

#### **4.10 Gestione della compartecipazione alla spesa**

L’SCCE dovrà essere in grado di produrre distinte di pagamento in quei casi in cui le prestazioni erogate al paziente nell’ambito di un determinato accesso le prevedano. In particolare, il nomenclatore delle prestazioni erogabili dovrà gestire la possibilità che le prestazioni censite prevedano una compartecipazione della spesa o meno. Nel caso il paziente non sia esente, qualora vengano erogate prestazioni che prevedano una compartecipazione alla spesa, il sistema dovrà stampare una distinta di pagamento compatibile con il sistema regionale PagoOnLine, che a sua volta è compatibile con il sistema nazionale PagoPA. A questo proposito per le specifiche di integrazione e il formato della modulistica si rimanda alla documentazione PagoPA, con le integrazioni previste per la regione Emilia-Romagna.

## 5 FUNZIONI AREA GESTIONALE

Di seguito sono elencate alcune funzioni generali della SCCE, che ne caratterizzano la struttura organizzativa e il funzionamento.

La SCCE deve prevedere diverse funzionalità, che possono essere raggruppate in aree:

- **Area gestionale**, un insieme di strumenti che facilitino l'attività del servizio o dei professionisti nell'esecuzione e gestione del trattamento. Ad esempio:
  - o Agenda delle attività del dipartimento e delle prenotazioni (vedi sezione specifica)
  - o Documenti accreditamento (o link aziendali se diversamente previsto dall'AUSL)
  - o Linee guida
  - o Link professionali
  - o Link farmaci (interazioni, ...)
  - o Modulistica
  - o Link segnalazione degli incidenti
  - o Output statistico (vedi apposita sezione)
  - o Messaggistica (vedi apposita sezione)
  - o Diario di servizio
- **Area clinica**, la documentazione clinica del paziente, con le informazioni anagrafiche, cliniche, sanitarie e di processo registrate, compresi i percorsi, gli obiettivi e le attività.

Le due aree devono essere strettamente collegate, in quanto le informazioni contenute nell'area Clinica alimentano l'area Gestionale e viceversa, dall'area Gestionale è possibile valorizzare alcune informazioni nell'area Clinica (agenda, prenotazioni, esami, ...).

Per quanto sin qui affermato, SCCE dovrà quindi **essere uno strumento a supporto sia dei processi clinici sia dei processi organizzativi**. Sarà pertanto necessario prevedere un'ampia serie di funzioni logiche di controllo di processo per garantire la completezza e l'integrità delle informazioni gestite.

L'area clinica del software DSM-DP è **suddivisa in fasi**, di seguito dettagliate, corrispondenti ai diversi momenti del percorso clinico del paziente.

Nella struttura della cartella unica del DSM-DP le priorità sono rappresentate da **gestione clinica, completezza, pertinenza, chiarezza, rintracciabilità, veridicità e tracciabilità dei percorsi di cura**. L'utilizzo del sistema deve essere di reale supporto all'azione clinica dell'operatore nella definizione delle risposte di cura, riabilitazione e supporto sociale, nel monitoraggio dell'andamento dei progetti e nella verifica dei risultati ottenuti.

L'**agenda** è uno strumento a supporto delle attività programmate/da programmare.

Le macrofasi previste sono:

- Accoglienza
- Anamnesi e valutazione
- Progetto individualizzato
- Conclusione progetto.

L'**area gestionale** è strettamente collegata all'area clinica di SCCE. In molte situazioni dovrà essere possibile collegarsi alla cartella clinica dell'assistito nell'area clinica partendo dalle informazioni prodotte dall'area gestionale (es. liste assistiti). Allo stesso modo le cartelle cliniche produrranno informazioni che popoleranno l'area gestionale (es. appuntamenti in agenda, prenotazioni, lista utenti, lista esami, assistiti con/senza determinate caratteristiche, flussi informativi, ...).

## 5.1 Gestione delle Risorse / Pianificazione Attività attraverso l'Agenda

Allo scopo di gestire le esigenze di pianificazione interna di risorse delle strutture che adottano SCCE, il sistema deve prevedere la gestione informatizzata di agende e relativi appuntamenti (ad es. agende per gli appuntamenti assistiti, prenotazioni, ambulatori, riunioni di équipe o di servizio, appuntamenti pazienti, ferie operatori, ...). Ciascun appuntamento dovrà essere associato ad una o più agende (corrispondenti alle risorse prenotate) e ad un paziente.

SCCE, nella gestione delle agende, auspicabilmente dovrebbe prevedere:

- la definizione di dataset strutturati per gli appuntamenti (schede di appuntamento), allo scopo di rilevare in modo strutturato, quindi facilitato e interrogabile, le caratteristiche dell'appuntamento definito
- la gestione delle disponibilità orarie e relativa allocazione automatica di appuntamenti (es. ricerca automatica del primo posto disponibile in una risorsa di reparto).
- la visualizzazione delle agende in due modalità:
  - o Agenda Paziente: visualizzazione di tutti gli appuntamenti del paziente
  - o Agenda di Risorsa: visualizzazione di tutti gli appuntamenti dell'agenda (trasversalmente a tutti i pazienti).

L'agenda dovrà permettere la programmazione delle attività per singolo operatore, per gruppo, per Servizio o per aree del Servizio, anche attraverso una configurazione locale.

L'agenda dovrà essere uno **strumento fondamentale di supporto all'attività clinico-organizzativa**.

Se correttamente utilizzata consentirà la verifica dell'attività quotidiana svolta nei confronti del paziente e delle attività del servizio. Il modulo dovrà prevedere i meccanismi tipici dei sistemi di gestione delle agende, ovvero: visione propria agenda con elementi di personalizzazione (giorno/settimana/mese, colori, dimensioni del font, fattore di ingrandimento per le diverse visualizzazioni, personalizzazione messaggi standard), visione condivisa di tutte le agende, promemoria, modifiche, orari standard, festività, gestione di dati aggiuntivi personalizzabili per l'appuntamento, lista d'attesa, gestione dell'overbooking, limiti temporali per inserimento, cancellazione o modifica appuntamenti (con conseguente registrazione in nota della cartella clinica dell'assistito), gestione appuntamenti ripetuti anche mediante schemi complessi (es. ogni terzo sabato del mese...), integrazione con sistemi di posta elettronica (promemoria, conferme, report, avvisi cumulativi di sospensione sedute, personalizzazione dei testi email), report giornalieri, stampe, gestione della prenotazione contemporanea di più appuntamenti, ripristino appuntamenti cancellati per errore (funzione cestino), import/export dei dati, gestione della rubrica ecc.

Il sistema di gestione delle agende deve consentire l'integrazione di risorse interne ed esterne al contesto di riferimento, in particolare per tutte le risorse che possono essere condivise da più canali di prenotazione (es. prestazioni, professionisti, ecc.).

In particolare, il sistema di gestione delle agende deve consentire la gestione della programmazione tenendo conto delle risorse da esporre esternamente ai sistemi di prenotazione aziendali (es CUP integratore) e delle proprie risorse interne. Il sistema deve pertanto prevedere la possibilità di integrazione tramite WS con i sistemi esterni di prenotazione al fine di esporre le proprie disponibilità e ricevere le informazioni relative alle prenotazioni.

Il sistema di pianificazione deve consentire di gestire dinamicamente la riallocazione delle risorse sui diversi canali di prenotazione sulla base dei livelli di saturazione impostati e di un cruscotto di monitoraggio. Deve pertanto essere presente un cruscotto di monitoraggio delle disponibilità che consenta all'utente amministratore della programmazione di ottimizzare al meglio l'allocazione delle risorse interne ed esterne. Il sistema deve prevedere un meccanismo che consenta di allocare secondo la corretta priorità la risorsa, se la risorsa è accessibile da più canali di prenotazione.

Ad esempio, l'agenda dovrà permettere agli operatori di:

- prenotare un appuntamento in prima istanza e successivi
- modificare/cancellare la data di un appuntamento, indipendentemente dal servizio di prima prenotazione

- completare o supportare ove necessario l'iter amministrativo di ciascuna azione
- consentire agevoli estrazioni e stampe per la gestione di riunioni per la definizione dell'organizzazione servizio
- gestire le scadenze, quali esami da effettuare o ripetere.

È essenziale sottolineare che proprio per le funzioni richieste, l'agenda deve essere strettamente collegata alla sezione delle cartelle cliniche, per consentire la gestione delle informazioni calendarizzate sui singoli pazienti. Ad esempio, appuntamenti, prenotazioni, disdette, verifiche valutative, ripetizioni test. Deve essere possibile tracciare chi ha inserito le informazioni in agenda.

Saranno accolte favorevolmente proposte efficienti di gestione e di funzionamento dell'agenda.

## 5.2 Link e documentazione

SCCE dovrà essere uno strumento a supporto di alcune attività/procedure e processi interni.

Accreditamento dei servizi sanitari: il sistema dovrà dare la possibilità di accedere alla documentazione relativa all'accreditamento in due modalità:

- Inserimento documentazione con upload
- Rimando a link aziendali per accedere alla documentazione.

Link professionali: SCCE dovrà avere una serie di collegamenti a link professionali al fine di consentire ai professionisti di accedere alle informazioni cliniche rilevanti più attuali. Le informazioni dovranno essere strutturate secondo tre livelli (suddivisi per SerDP, NPIA e SMA):

- **Link internazionali**, che consentono la consultazione rapida delle linee guida più accreditate (es. NICE, ...). Dovranno essere inserite anche le indicazioni sugli eventi avversi sui farmaci e le interazioni. Quest'ultima parte deve essere disponibile anche nella scheda prescrizioni farmacologiche)
- **Link nazionali**, indicazioni nazionali o del Ministero della Salute;
- **Link regionali**, indicazioni sui percorsi definiti nei gruppi di lavoro della Regione Emilia-Romagna (es. Esordi psicotici, Disturbi gravi della personalità, Adolescenza, Programma regionale dipendenze, REX, autismo, ...);
- **Link aziendali**, sezione che ogni AUSL potrà personalizzare a seconda dei propri bisogni.

## 5.3 Attività non dirette agli assistiti

È una sezione nella quale vengono registrate le attività svolte non nei confronti degli assistiti, ma delle quali è necessaria/o una rilevazione o un monitoraggio. Ad esempio:

- Interventi di prossimità e di riduzione del danno (Unità di strada)
- Interventi di prevenzione (scuole, luoghi di lavoro, ...)
- Rapporti istituzionali (magistratura, piani sociali di zona, ...)
- Interventi di comunicazione/promozione sociale dell'attività e dell'immagine del Servizio
- Attività di ricerca e formazione
- Attività amministrativa

Per ogni attività dovranno essere rilevate le informazioni relative a:

- professionisti coinvolti
- luoghi di svolgimento dell'attività
- tipo di destinatari
- tipo di attività
- prestazioni svolte

Alcune attività saranno collegate all'agenda. Il sistema deve permettere la produzione di statistiche relative alle informazioni immesse.

## 5.4 Unità di strada e App

Presso i Comuni e le AUSL della regione Emilia-Romagna sono attive le Unità di strada (UdS), con funzioni di riduzione del danno, interventi nel mondo della notte, interventi educativi di strada.

SCCE dovrà permettere la registrazione delle attività delle UdS nelle diverse aree di intervento di seguito indicate. Le informazioni raccolte dalle UdS saranno registrate in forma anonima anche se potranno contenere alcuni dati riguardanti gli utenti (es. età e sesso). Le informazioni sono anonime anche se strutturate su record individuali.

Gli operatori delle UdS dovranno essere profilati, così come accade per gli altri professionisti del DSM-DP o esterni, con l'accesso alle sole informazioni dell'area gestionale *UdS* e non all'area clinica.

Per consentire un'efficace rilevazione dell'attività, le informazioni devono essere strutturate per la registrazione anche su **tablet** e **smartphone** attraverso l'uso di un'apposita app da costruire. L'app contiene informazioni elementari e non sono richieste particolari funzioni, se non la registrazione dell'attività svolta attraverso la digitazione di *option button* e la registrazione di alcune variabili numeriche.

All'atto dell'accesso a SCCE gli operatori UdS potranno scegliere alcune informazioni da inserire in tutti i tracciati record rilevati. Ad esempio:

- Data (compilata in automatico)
- Operatore
- Progetto (scelta da tendina precodificata)
- Luogo di erogazione dell'intervento precodificato (es. fiera, piazza, piscina, festa, rave).

Gli interventi delle UdS sono suddivisi nelle seguenti tipologie, che corrispondono a diverse schede di rilevazione da implementare in SCCE:

- UdS Notte
- UdS Riduzione del danno
- UdS educativa di strada
- UdS attività di prevenzione.

#### **5.4.1 UDS Notte**

Sono interventi svolti durante la notte, in diversi contesti e luoghi, definiti a priori nell'accesso all'app. SCCE dovrà permettere la rilevazione di due tipologie di attività per UdS notte:

##### **Contatti con alcoltest**

È prevista una scheda di rilevazione strutturata su record individuali anonimi. Ad esempio, la scheda conterrà le seguenti informazioni, sempre con la logica dell'*option button* o la scelta da un menu a tendina:

- Precedente utilizzo etilometro
- Genere
- Residenza (codificato province RER o regioni italiane)
- Età
- Neopatentato
- Intenzione di guida (ha intenzione di guidare dopo l'effettuazione del test?)
- Valore alcolemico (es. 0,81, 1,83)
- Sensibilizzazione (si/no)
- Tipo sensibilizzazione (es. passaggio chiavi, attesa)
- Tempo di sensibilizzazione

##### **Materiali**

È un conteggio a mero scopo statico dei materiali distribuiti durante l'iniziativa. Ad esempio:

- Numero profilattici
- Numero materiali informativi
- Numero etiltest distribuiti.

#### **5.4.2 UDS Riduzione del danno**

Sono interventi di counseling, in diversi contesti e luoghi, definiti a priori nell'accesso all'app. SCCE dovrà permettere la rilevazione di due tipologie di attività per UdS riduzione del danno:

##### **Contatti**



È prevista una scheda di rilevazione strutturata su record individuali anonimi. Ad esempio, la scheda conterrà le seguenti informazioni, sempre con la logica dell'*option button* o la scelta da menu a tendina:

- Genere
- Età
- Italiano/straniero
- Luogo in cui vive (es. strada, dormitorio, casa propria)
- Problema (es. droghe, marginalità)
- Intervento (es. counseling, accompagnamento).

### **Materiali**

È un conteggio a mero scopo statico dei materiali distribuiti durante l'iniziativa. Ad esempio:

- Numero profilattici
- Numero materiali informativi
- Numero etiltest distribuiti.

## **5.5 Messaggistica interna**

SCCE dovrà prevedere un sistema di messaggistica interna (tipo posta elettronica semplificata) per l'invio di informazioni/allegati/documenti tra operatori. Non dovrà esserci la possibilità di cancellare le comunicazioni tra operatori, ma solamente di tracciarne l'avvenuta presa visione. Dovrà essere possibile strutturare messaggistica sia per gruppi di utenti (es. infermieri, medici, psicologi) sia per singolo operatore (es. invio email all'infermiere Mario Rossi).

Il sistema di messaggistica dovrà essere reso disponibile anche ad utenti esterni, ad esempio di livello regionale, al fine di consentire la comunicazione attività importanti a tutti gli operatori o a gruppi di essi.

Il sistema di messaggistica dovrà essere esteso anche a invio/ricezione di messaggi tra diversi Servizi (SerDP, CSM, NPIA) o tra AUSL della RER. Dovrà essere possibile l'invio di documentazione clinica in diversi tipi di formati in allegato.

SCCE dovrà prevedere un sistema che permetta di informare gli operatori sulle modifiche apportate alla cartella clinica/sviluppi. All'accesso alla cartella mediante messaggistica oppure in una sezione dedicata (da decidere) dovranno essere messe a disposizione degli utenti o di gruppi di essi le informazioni relative alle novità/modifiche apportate al sistema. Il sistema finalizzato ad informare delle novità/modifiche, dovrà essere gestito sia dalla ditta informatica che costruisce SCCE, sia dai referenti di progetto dalla Regione Emilia-Romagna. Fermo restando che tutti gli aggiornamenti dovranno essere concordati e comunicati alle Aziende con l'opportuno anticipo al fine di minimizzare gli impatti organizzativi, da parte del fornitore o dei referenti regionali.

## **5.6 Segnalazioni per la sicurezza delle cure**

La cartella del DSM-DP dovrà prevedere la possibilità di segnalare le informazioni relative a eventi correlati alla sicurezza delle cure (incident reporting, eventi sentinella, contenzioni) secondo le modalità correntemente previste (link a applicazione, modulistica, collegamento a applicazioni regionali se esistenti).

## **5.7 Consegne**

SCCE dovrà contenere una funzione di "libro delle consegne"; si tratta di una funzione che contiene semplici informazioni di carattere organizzativo da comunicare ai colleghi. Ad esempio, in fase di inserimento possono essere previste le informazioni:

- Data e operatore che ha redatto la nota
- Nota informativa
- Gruppi di professionisti che possono visualizzare la nota (es. tutti, solo infermieri, solo medici, solo educatori) o singoli professionisti.

SCCE permetterà la visualizzazione delle consegne solo alle figure individuate.

## 6 Funzioni area clinica

### 6.1 Percorso di cura

La cartella del DSM-DP apporta nuove definizioni condivise tra tutti i Servizi del Dipartimento. Come più volte specificato, al centro dell'attenzione del processo terapeutico vi è l'assistito, mentre i Servizi erogano prestazioni nell'ambito delle proprie competenze. Non si parlerà più di cartella SerDP, cartella CSM o cartella NPIA, bensì di Percorsi di cura, anche condivisi tra i diversi Servizi. Il **Percorso di cura** corrisponde al periodo identificato dall'erogazione della prima prestazione all'assistito in qualsiasi Servizio del DSM-DP, anche su segnalazioni di diversi Enti istituzionali, fino alla chiusura del percorso per qualsiasi motivazione.

Occorre quindi definire due concetti chiave:

- ogni assistito ha **una sola cartella** e in essa sono contenuti tutti i suoi Percorsi di cura con il DSM-DP
- ogni cartella contiene uno o più **Percorsi di cura**, che corrispondono ai periodi identificati dall'erogazione della prima prestazione fino alla chiusura del percorso per qualsiasi motivazione.

SCCE dovrà consentire di tracciare e visualizzare agevolmente le diverse équipe che entreranno nei diversi periodi nella cura degli assistiti, traducendo anche graficamente i diversi periodi in un diagramma stile Gantt o ogni altra forma grafica utile che faciliti la visualizzazione immediata.

#### Esempio di diversi Percorsi di cura

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
NPIA	■	■	■	■	■														
SerD					■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■
CSM										■		■	■	■			■	■	■

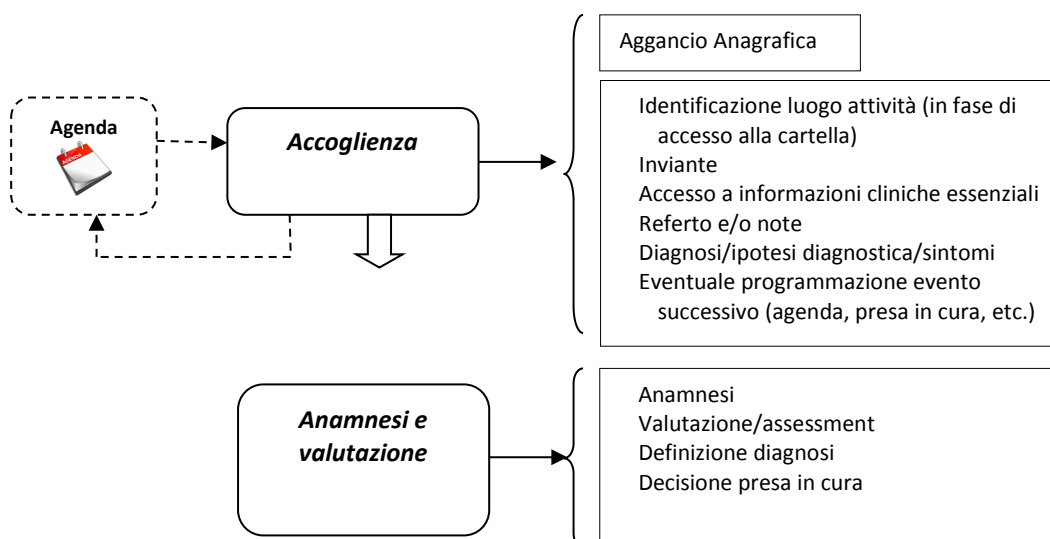
Primo periodo del Percorso di cura: 2000 – 2006

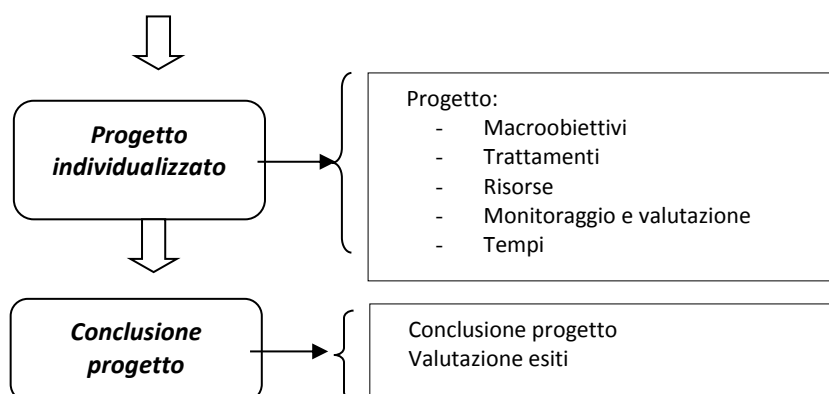
Secondo periodo del Percorso di cura: 2008 – 2018.

Per ogni **fase** del percorso di cura è prevista: la compilazione di schede, l'utilizzo di funzioni, il controllo di qualità delle informazioni inserite tra diverse parti della cartella.

SCCE dovrà gestire percorsi guidati per i professionisti, che comprendono gestione delle fasi del percorso, il controllo di qualità e coerenza delle informazioni, modifica, cancellazione, visualizza/ricerca, stampa, utilizzo tools, aggancio alle informazioni anagrafiche dell'utente (vedi sezione), collegamento a banche dati, consultazione/visualizzazione altre sezioni della cartella.

#### Schema esemplificativo fasi processo clinico-terapeutico





## 6.2 Accoglienza

La fase di accoglienza in generale comprende le attività di primo contatto, prenotazione, accesso. Sono da prevedere sia i tradizionali ambiti del Centro di salute mentale, NPIA, SerDP e ospedale, ma anche i nuovi luoghi dell'assistenza che il sistema sanitario regionale sta sviluppando (Case della salute, carcere, cure intermedie).

In generale la fase di accoglienza definisce le funzioni di identificazione del paziente (informazioni anagrafiche di base) tramite l'aggancio ai sistemi anagrafici regionali o nazionali, e la registrazione di tutte le attività *di base* funzionali per gli accessi che si concludono con una sola consulenza (es. PS) o una sola prima visita.

### 6.2.1 Primo contatto/Prenotazione

La prenotazione del cittadino con il servizio può avvenire attraverso diverse modalità, legate alle caratteristiche del servizio e alle sue modalità organizzative: attraverso il CUP integratore, con prenotazione telefonica o di persona, o altre modalità. Un cittadino (non ancora assistito) può avere un contatto con il servizio attraverso più modalità:

- Prenotazione tramite il CUP aziendale su invio del MMG/PLS
- Prenotazione tramite il CUP aziendale su invio di altri specialisti
- Prenotazione tramite il contatto telefonico con il Servizio
- Prenotazione tramite il contatto di persona con il Servizio
- Consulenza richiesta da altri specialisti delle Aziende sanitarie
- Prenotazione tramite cartella DSM-DP da parte di un professionista del DSM-DP.

In questa fase non è prevista l'apertura di una cartella, in quanto la prenotazione e le informazioni base sono gestite tramite l'**agenda**. L'agenda deve contenere i dati anagrafici e demografici scaricati in automatico da ARA, più altre informazioni necessarie per la gestione organizzativa del Servizio.

Se si presenta direttamente l'assistito, vi deve essere la possibilità di registrare/scaricare le informazioni sui consensi già presenti in SOLE (es: consenso all'invio dei propri dati al MMG). Sarà inoltre necessario acquisire i consensi specifici a NPIA, SerDP, Salute mentale adulti, così come indicato da normativa.

Se l'assistito non si presenta all'appuntamento prenotato la prenotazione viene annullata automaticamente in quanto non vi è stata una conseguente apertura della cartella. Nel caso in cui l'appuntamento venga annullato da un operatore del DSM-DP deve essere possibile inserire una nota con le motivazioni dell'annullamento. Il sistema deve consentire, sempre tramite l'agenda, di spostare gli appuntamenti.

La prenotazione comporta la compilazione della **scheda di prenotazione**, che va inserita in una apposita sezione dell'agenda e non comporta l'apertura della cartella. Nei casi nei quali il cittadino si rivolga direttamente al CUP Aziendale, è prevista solo la registrazione dei dati anagrafici e della data/ora dell'appuntamento e, se possibile, l'eventuale quesito diagnostico presente nell'impegnativa del MMG/PLS.

### 6.2.2 Accesso

Corrisponde all'ingresso dell'assistito o dei genitori (per i minori) nel servizio per ricevere una **prima prestazione diretta** o più tipologie di prestazioni (ad es. test, colloqui, ...) erogate all'assistito da uno o più professionisti. Qualsiasi figura professionale del DSM-DP può aprire la cartella clinica dell'assistito (es. medico, infermiere, educatore e terapeuta della riabilitazione psichiatrica, psicologo, TRP, fisioterapista, neuropsicomotricista, logopedista, ortottista, assistente sociale). Questo momento corrisponde all'**apertura della cartella clinica informatizzata**. Il sistema deve riversare gli eventuali dati della scheda di prenotazione nella cartella clinica.

Si tenga presente che in questa fase dovranno essere raccolte una serie di informazioni, come ad esempio sulla condizione socio-anagrafica, inviante (es. accesso autonomo, MMG, PLS, servizi sociali, Pronto soccorso), area problematiche, motivazioni dell'accesso.

Vi sono alcune eccezioni a questa procedura, ad esempio la cartella deve essere aperta a seguito di segnalazione della Prefettura, anche in assenza dell'assistito. Nel caso in cui la prestazione sia effettuata nei confronti di un familiare, la cartella verrà aperta a nome del familiare.

All'apertura della cartella vanno acquisiti i consensi di base. Ad esempio:

- Consenso al trattamento dei dati (dati personali e sensibili D.Lgs 196/2003)
- Consenso SOLE per utilizzo dati personali e sensibili nell'ambito del progetto SOLE (se non già registrati nell'Anagrafe regionale assistiti). Per i SerDP è previsto un consenso specifico
- Consenso alla comunicazione del proprio stato di salute a familiari, altre persone, ecc.

Il medico avrà a disposizione una funzione di consultazione del Fasciolo sanitario elettronico (FSE) dell'assistito. Al momento dell'accesso al FSE vi sono due possibilità:

- se l'assistito in precedenza ha dato il consenso all'apertura dell'FSE, il sistema avrà registrato automaticamente l'informazione nella cartella e consentirà l'immediato accesso del medico alle informazioni sanitarie, senza chiedere altre informazioni o consensi all'assistito
- se l'assistito non ha il suo FSE attivato, verrà data la possibilità al medico di chiedere all'assistito se vuole attivare il suo FSE e registrarne il consenso. In caso di consenso all'attivazione dell'FSE il sistema consentirà l'accesso alle informazioni sanitarie contenute nell'FSE. Il sistema consentirà la stampa delle credenziali di accesso all'FSE da consegnare all'assistito.

In base a quanto valutato dal professionista – a seconda delle necessità, della tipologia di rapporto con l'utente, della consulenza richiesta – il primo accesso può comportare la realizzazione di diverse attività. Durante questa fase è possibile, ad esempio:

- erogare prestazioni
- fare una valutazione diagnostica e registrare la diagnosi
- compilare e inviare un referto da inviare al MMG/PLS

#### 6.2.2.1 Consulenze

L'accesso può avvenire anche per consulenza ad altri servizi. I professionisti del DSM-DP forniscono a vario titolo consulenza ad altri Servizi del DSM-DP (ad esempio, consulenza del CSM richiesta dal SerDP) o consulenza a Servizi diversi dal DSM-DP (ad esempio, consulenza in PS, reparti ospedalieri, Case della salute). Attraverso l'order entry (vedi sezione apposita) verrà gestita l'attività di richiesta di consulenza e l'invio al servizio richiedente del relativo referto. Se la richiesta di consulenza è stata effettuata telefonicamente sarà registrato il referto in SCCE e inviato informaticamente a SOLE e, se necessario, stampato.

#### 6.2.2.2 Consulenza in regime libero professionale

La cartella del DSM-DP dovrà consentire la registrazione delle attività di consulenza erogate tramite professionisti che svolgono l'attività in regime libero professionale. Ad esempio, in base alla richiesta delle CML di verifica della diagnosi di problematiche alcol-correlate dell'assistito, l'attività del SerDP può essere svolta in regime libero professionale. I professionisti abilitati che svolgono tale attività nel momento dell'accesso alla cartella del DSM-DP dovranno dichiarare (tendina/flag) se le prestazioni sono erogate in regime libero professionale. In tal modo tutte le attività svolte (ad es. test, prestazioni, diagnosi, referti)

saranno registrate correttamente, in modo da consentire non solo la tracciatura delle informazioni, ma anche di estrarre o suddividere le informazioni successivamente.

### 6.3 Anamnesi, valutazione e diagnosi

Dopo un'iniziale decodifica del bisogno, così come espresso dal paziente, si prosegue con un *percorso valutativo*: è la fase nella quale il professionista integra la valutazione clinica con gli elementi necessari alla definizione del progetto.

Questa attività può essere rivalutata durante tutto il percorso di cura dell'assistito. In ogni momento dell'episodio di cura sarà sempre possibile aggiornare/modificare l'anamnesi, raccogliere nuovi parametri vitali, effettuare un esame obiettivo, utilizzare strumenti di valutazione e assessment.

La valutazione deve poter comprendere l'intervento di più professionisti, la valutazione multidimensionale e multiprofessionale. La valutazione diagnostica biopsicosociale comprende gli esami obiettivo, gli strumenti tecnici, la testistica, gli approfondimenti specialistici ecc. Durante questa fase i professionisti avranno accesso a test clinico-diagnostici, prescrizioni esami, formulazione e invio referti ed altre schede di SCCE.

Anche in questa fase deve essere possibile accedere alle informazioni sanitarie dell'assistito.

SCCE dovrà gestire informazioni sulla durata della fase e sulla completezza delle informazioni valorizzate, con conseguente segnalazione/avviso/blocco delle attività allo scadere del periodo definito.

Verranno definite delle regole che individuano le informazioni da compilare, l'obbligatorietà delle informazioni, le tempistiche, le procedure e il supporto informativo ai professionisti.

#### 6.3.1 Anamnesi

- L'anamnesi sarà strutturata in più ambiti (es. biologic, sociale, familiare, ..).

All'interno di ogni tipologia di anamnesi il professionista deve poter valorizzare diverse informazioni strutturate in sottocategorie. Ad esempio, l'anamnesi sociale contiene informazioni relative ad esempio a: composizione della famiglia di origine (es. anno nascita madre e padre), situazione abitativa/convivenza, percorso scolastico/lavorativo. L'anamnesi biologica comprende ad esempio: anamnesi familiare patologica, anamnesi fisiologica, anamnesi patologica remota. L'anamnesi psicopatologica comprende ad esempio: storia psichiatrica, eventi di vita significativi/traumi, storia tossicologica.

L'anamnesi dovrà comprendere anche informazioni sugli stili di vita dell'assistito (ad esempio, alimentazione, attività fisica, cura della salute, fumo e alcol).

L'anamnesi deve essere strutturata su campi **storicizzabili e incrementali**, al fine di fornire ai clinici sempre un quadro esaustivo anche sulle ultime informazioni rilevate nel corso del trattamento clinico-terapeutico.

#### 6.3.2 Esame obiettivo/parametri vitali

L'esame obiettivo rappresenta la rilevazione dello stato di salute fisica del paziente in un determinato momento.

SCCE deve consentire:

- la rilevazione di parametri vitali, intesi come dataset specifici atti a rilevare quantitativamente o qualitativamente grandezze o fenomeni relativi al paziente (ad esempio, altezza, peso, BMI, pressione arteriosa/frequenza cardiaca)
- rendere disponibile una rappresentazione grafica degli andamenti dei parametri vitali numerici, eventualmente integrata con gli esiti di laboratorio e con le attività di somministrazione farmaci
- vi deve essere la possibilità di mettere in evidenza i parametri che esulano da valori di normalità
- la rilevazione dei parametri vitali deve poter essere eseguita anche su dispositivi mobili.

L'esame obiettivo comprende, ad esempio: esame obiettivo generale, esame obiettivo neurologico, esame neuroevolutivo.

### 6.4 Diagnosi

Il quadro clinico del paziente dovrà essere strutturato attraverso "sessioni diagnostiche". La sessione diagnostica descriverà il quadro diagnostico di un paziente ad una determinata data. Al momento della registrazione/salvataggio dovrà essere storicizzata (non sarà più modificabile).

Per aggiornare il quadro diagnostico del paziente occorrerà aprire una nuova sessione diagnostica nella quale sarà, ad esempio, possibile:

- formulare una nuova diagnosi
- chiudere una specifica diagnosi
- modificare la diagnosi prevalente.

Saranno fornite alcune indicazioni e controlli. Ad esempio:

- nella nuova sessione diagnostica vengono riproposte solo le diagnosi attive
- la data di prima formulazione delle diagnosi non è modificabile
- le diagnosi non più valide vengono chiuse e non rimangono nella nuova sessione diagnostica
- la diagnosi chiusa viene salvata nella sessione precedente
- la prevalenza viene valorizzata solo su una diagnosi. Non vengono segnalate le diagnosi secondarie
- tutte le azioni vengono tracciate con nome operatore, data e ora
- ogni figura professionale può inserire/eliminare/modificare solo le diagnosi di propria competenza
- la classificazione utilizzata è ICD-10

Il sistema deve avere dei controlli di qualità sulle diagnosi inserite. Ad esempio:

- non possono essere inserite diagnosi di “capitolo” (sono visualizzabili ma non editabili) nel caso in cui il sistema preveda delle sottocategorie
- le diagnosi NAS – Non altrimenti specificate possono essere valorizzate entro determinati periodi di tempo o permanere per tutto il percorso dell’assistito. Gli operatori possono aggiornare e inserire la codifica più corretta successivamente al trattamento
- SCCE dovrà prevedere un sistema per ricordare l’aggiornamento della sezione diagnostica (1 volta all’anno) al fine di confermare/modificare/aggiungere diagnosi.

Nel DSM-DP vi è una situazione differenziata in merito all’uso dei sistemi di classificazione delle diagnosi: vi sono alcuni servizi che utilizzano l’ICD10, mentre i Centri di salute mentale l’ICD9 CM, utilizzato anche per la codifica diagnostica dei ricoveri ospedalieri, che non rientrano nel progetto della cartella unica del Dipartimento.

Attualmente la classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari collegati – Decima revisione – ICD-10 è utilizzata da:

- Servizi per le dipendenze patologiche
- Servizi di Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza
- Servizi di Salute nelle carceri
- codifiche delle diagnosi di morte all’interno del registro regionale, <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseptsanita/rem>.

Nell’ICD-10 - Capitolo V “Disturbi psichici e comportamentali” sono comprese 100 categorie diagnostiche con un aumento di 3 volte rispetto alle categorie diagnostiche incluse nel ICD-9.

La versione ICD-10 prevede la possibilità di introdurre cambiamenti e aggiornamenti in quanto non tutte le categorie diagnostiche sono state utilizzate.

La versione ICD-10 ha tenuto conto dell’apporto e confronto di associazioni del settore psichiatrico ad es. la World Psychiatric Association e la Task Force dell’American Psychiatric Association responsabile per la messa a punto del DSM-IV, apporto e confronto finalizzato a migliorare l’omogeneità tra i più importanti sistemi diagnostici.

Queste diagnosi vengono codificate dai professionisti all’interno di sistemi gestionali e alimentano anche i flussi regionali fondamentali per l’attività di programmazione regionale. Su queste esperienze sono state prodotte delle indicazioni regionali, con risultati apprezzabili:

- *Linee guida regionali per l’utilizzo dell’ICD-10 nei Servizi di per le dipendenze* – versione 1° 2010. La redazione delle indicazioni ha portato ad un percorso di formazione per oltre 700 operatori dei Servizi regionali. Tutta la documentazione sul progetto, indicazioni, verifica dei risultati e metodologia è disponibile a questo sito:

[http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/notizie/2011/Linee\\_guida\\_ICD10\\_anno\\_2010.pdf](http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/notizie/2011/Linee_guida_ICD10_anno_2010.pdf)

- Indicazioni regionali per l'utilizzo dell'ICD-10 nei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza – versione 1° 2015, con la formazione di tutti i professionisti della NPIA della Regione nel 2016:  
[http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/sanita/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche/sinpiaer/files/Indicazioni\\_regionali\\_ICD10\\_NPIA\\_2015.pdf/at\\_download/file/Indicazioni\\_regionali\\_ICD-10\\_NPIA\\_2015.pdf](http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/sanita/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche/sinpiaer/files/Indicazioni_regionali_ICD10_NPIA_2015.pdf/at_download/file/Indicazioni_regionali_ICD-10_NPIA_2015.pdf)

La Regione Emilia-Romagna ha attivato una collaborazione con il *Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali* ed ha ottenuto la versione ClaML dell'ICD10 versione 2001, ultima versione ad oggi disponibile (nel prossimo futuro è previsto un aggiornamento)  
[https://www.reteclassificazioni.it/portal\\_main.php?portal\\_view=public\\_custom\\_page&id=12](https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=12)  
[https://www.reteclassificazioni.it/portal\\_main.php?portal\\_view=public\\_custom\\_page&id=82](https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=82)

#### 6.4.1 Gestione della ricodifica da ICD9-CM a ICD-10

Nell'adozione del sistema di classificazione occorrerà individuare delle soluzioni per **minimizzare gli effetti negativi** derivanti dall'adozione di due diversi sistemi di classificazione, ICD9-CM per il passato e per i ricoveri in SPDC/SPOI, ICD-10 per gli altri servizi. Ad esempio:

- valutare l'impatto tecnico dell'adozione di diverse possibili soluzioni: versione ICD-10 ClaML o database fornito dalla Regione Emilia-Romagna o servizio Rest con le informazioni sulle diagnosi;
- transcodificare tutte le diagnosi attualmente in ICD9-CM dei CSM in ICD-10, con gli impatti tecnici che tale operazione comporta. Il file di transcodifica sarà fornito dalla Regione Emilia-Romagna a valle dell'aggiudicazione;
- la gestione dei codici diagnostici che non è possibile ricodificare da ICD9-CM verso ICD-10 (ad esempio, doppia gestione di ICD9-CM e ICD-10);
- la possibilità di transcodificare da ICD9-CM a ICD-10 per le diagnosi che provengono dai reparti ospedalieri;
- la transcodifica da ICD-10 verso ICD9-CM per diversi scopi (es. invio dati al Ministero della Salute per i flussi SIND e SISMI).

A valle dell'aggiudicazione sarà concordata una proposta operativa tra la ditta aggiudicataria e la Regione Emilia-Romagna.

## 6.5 Progetto individualizzato

Il progetto è la sezione della cartella nella quale si pianifica l'intervento con l'assistito, definendo obiettivi da raggiungere, trattamenti, risorse, professionisti coinvolti, familiari e eventuali altri soggetti, tempi e valutazione. Il progetto definisce in modo personalizzato la logica e il contenuto dell'intervento di cura.

I progetti sono definiti in base alle potenzialità emerse nella fase di valutazione. Possono avere caratteristiche differenti in base agli obiettivi individuali e di sistema condivisi con il paziente. Nell'ottica della definizione di progetti di cura individualizzati, non si parlerà di diverse tipologie di progetti, ma di *progetti con struttura omogenea*. La differenziazione avverrà in base alle tipologie di intervento, ai professionisti coinvolti, alle risorse disponibili (comprendendo il paziente stesso e la famiglia), alle integrazioni multiprofessionali e di altri servizi/Enti.

Ogni assistito avrà un progetto caratterizzato da 5 elementi essenziali (**struttura informativa omogenea**):

- Obiettivi
- Trattamenti e risorse (professionali, tipologie di struttura)
- Tempi
- Valutazione
- Referente del progetto

Questi cinque elementi che compongono il progetto possono essere sempre modificate solo da specifiche figure del DSM-DP (sono esclusi i privati e professionisti extra DSM-DP - in merito si veda la profilazione dei professionisti).

Nella definizione del progetto di cura deve essere evidente il coinvolgimento e la condivisione con l'utente, eventualmente i familiari e altri soggetti. La cartella deve permettere la **firma del progetto**, finalizzata alla



condivisione degli obiettivi dei trattamenti tra professionista/i (sia del DSM-DP o extra AUSL), assistito ed eventualmente la famiglia. Non è necessario che la firma dei pazienti e familiari sia acquisibile con modalità certificate, ma è sufficiente l'acquisizione di una firma semplice acquisita tramite strumenti esterni (tablet, smartphone).

La gestione del progetto è il **core della cartella** clinica informatizzata regionale. Dovrà essere posta particolare attenzione alle modalità che consentano ai professionisti di gestire agevolmente il progetto terapeutico con tutti i suoi elementi caratterizzanti.

### 6.5.1 Percorsi strutturati

Fermo restando che ogni progetto sarà caratterizzato dai 5 elementi sopra elencati, la cartella dovrà gestire percorsi *pre-strutturati*, che sono di due tipi:

1. **Progetti o percorsi regionali**
2. **Progetti, percorsi o PDTA aziendali**

I percorsi pre-strutturati avranno il vantaggio di *assistere gli operatori* lungo il percorso di cura come specificato nelle indicazioni dei progetti, percorsi o PDTA regionali/aziendali. Selezionando il PDTA o percorso, la cartella chiederà l'inserimento obbligatorio delle informazioni minime ed essenziali che caratterizzano il percorso, quali ad esempio diagnosi, strumenti di valutazione etc.

I professionisti potranno sempre modificare i percorsi consigliati in relazione alle condizioni cliniche del paziente, all'efficacia delle azioni intraprese, alla necessità di migliorare gli outcome del paziente o di altre condizioni.

#### Controlli

Per ogni percorso dovranno essere definite le informazioni vincolanti o non vincolanti in base alle quali verranno effettuati i controlli di coerenza da parte del sistema. Il sistema non permetterà la registrazione del progetto in assenza di valorizzazione degli elementi minimi ed essenziali che compongono il progetto pre-strutturato.

#### Percorsi regionali

Il contenuto informativo dei percorsi regionali viene definito a livello regionale (es. DCA, DGP, Esordi) e contiene le informazioni minime e necessarie per configurare il percorso nel progetto.

##### Esempio 1, Esordi

Controlli vincolanti:	almeno una diagnosi di psicosi, età compresa tra i 15-35 anni, primo accesso al servizio e assenza di progetti precedenti.
Strumenti di valutazione:	Honos
Tempi di verifica:	ogni 3 mesi

##### Esempio 2, Disturbi gravi della personalità

Controlli vincolanti:	Almeno una diagnosi DP, presenza del contratto terapeutico
Strumenti di valutazione:	Honos, MMPI
Tempi di verifica:	ogni 6 mesi

#### PDTA o percorsi aziendali

Il contenuto informativo dei PDTA o percorsi aziendali sarà definito a livello locale e SCCE dovrà permettere di inserirlo nel sistema. Fermo restando che gli elementi caratterizzanti il progetto dovranno comunque essere sempre valorizzati (obiettivi, trattamenti, tempi, valutazione, referente del progetto), le Aziende individueranno dei parametri che verranno inseriti nel sistema a cura degli utenti esperti/referenti sistema informativo, al fine di definire, costruire, valorizzare, monitorare e valutare specifici percorsi locali (vedi esempio). Potranno essere utilizzate solo le variabili già presenti nel sistema (ad esempio, se nell'elenco delle prestazioni non è presente la prestazione "CBT" non potrà essere inserita come elemento di controllo; per valorizzare la prestazione si userà la prestazione "psicoterapia").

A seconda della obbligatorietà o meno della valorizzazione delle informazioni, il sistema consentirà o meno di procedere nella redazione del progetto nel momento in cui viene formalizzato per l'assistito.

Esempio scheda per la definizione delle variabili di un PDTA/percorso a livello locale. Sono informazioni minime che ogni AUSL dovrà definire per strutturare nella cartella un proprio PDTA/percorso locale.

<b>Informazioni per la definizione del progetto</b>		
<i>Variabili</i>	<i>Caratteristiche/specifiche</i>	<i>Obbligatorietà</i>
Range classi di età	15 – 35 anni	Vincolanti
Diagnosi	F81 – F90	Vincolanti
Prestazioni	44. Contratto terapeutico	Vincolanti
Trattamenti	09. Psicoterapia 15. inserimento lavorativo 20. Controlli periodici stato salute	Non vincolanti
Sistema di valutazione	Scala Honos MMP1	Non vincolanti
Tempi	Valutazioni trimestrali	Non vincolanti
Équipe	Medico Psicologo	Vincolanti

Il sistema darà successivamente un ritorno informativo anche sull'aderenza delle prestazioni/attività svolte rispetto al progetto definito.

A SCCE è chiesto anche di **presidiare e gestire i PDTA, programmi e percorsi regionali**, che partono dalla necessità di esplicitare meglio gli obiettivi e le azioni, con la finalità di una maggiore trasparenza e chiarezza nella gestione dei programmi clinici.

SCCE deve quindi:

- gestire dei percorsi di trattamento chiaramente definiti a livello regionale
- restituire/trasformare i dati inseriti dai professionisti nella cartella clinica, in informazioni e conoscenza utili al supporto dei processi decisionali
- valorizzare le risorse impiegate per ogni paziente
- consentire un tempestivo e facilitato aggiornamento dei requisiti che compongono i PDTA o percorsi regionali, in base alle nuove indicazioni emerse dalla letteratura, Linee guida, modifiche dei protocolli regionali
- inserire/disabilitare PDTA o percorsi definiti dalla Regione

A valle dell'aggiudicazione verranno forniti dalla Regione Emilia-Romagna alla ditta aggiudicataria i requisiti per la verifica ex post della congruità del progetto terapeutico rispetto alle indicazioni regionali. Saranno fornite circa 100 variabili su cui poter effettuare i controlli delle informazioni.

Verranno valutate positivamente le soluzioni che permettano la gestione parametrizzata dei PDTA/Percorsi/programmi regionali.

### **6.5.2 Condivisione Progetto**

Nel caso di coinvolgimento di più servizi del DSM-DP o di soggetti esterni al DSM-DP nel percorso, la cartella deve dare la possibilità di progettare/riprogettare l'intervento di cura. La specificità delle attività svolte da ciascun servizio/ente saranno individuate nei trattamenti.

#### **Progetto condiviso tra servizi del DSM-DP**

Per i progetti che non richiedono il coinvolgimento di diversi servizi, le informazioni registrate rimarranno accessibili al **servizio che lo ha in cura** (ad esempio: gli assistiti tossicodipendenti in trattamento in un SerDP, saranno visibili solo ai professionisti di quel SerDP). Nel caso in cui vi fosse una necessità di cura condivisa (fermo restando l'acquisizione dei consensi dell'assistito e le opportune limitazioni), la cartella si aprirà agli altri servizi coinvolti. La richiesta di consulenza tra servizi del DSM-DP o verso servizi esterni potrà essere effettuata informaticamente tramite SCCE.

SCCE dovrà gestire alcune funzioni di facilitazione nei passaggi tra Servizi (es. da NPJA verso CSM) al verificarsi di determinate condizioni. Ad esempio, al compimento del 16° anno di età dell'assistito il sistema chiede al referente del progetto NPJA se vuole segnalare la persona ad altri servizi sanitari (a discrezione del referente), con diverse possibilità:

- nessuna segnalazione necessaria
- segnalazione al compimento del 17° anno
- segnalazione tra sei mesi
- redazione automatica di una richiesta di consulenza/condivisione.

### **Progetto che prevede il coinvolgimento di soggetti esterni al DSM-DP**

I soggetti esterni al DSM-DP, previo consenso dell'assistito e del clinico del DSM-DP, potranno accedere ad alcune schede di SCCE in lettura e/o scrittura, a seconda della profilazione dell'utente (ruolo professionale, struttura di appartenenza).

### **6.5.3 Obiettivi**

Nell'ambito dei possibili percorsi di cura, gli obiettivi di salute per gli assistiti del DSM-DP sono numerosi e a volte difficilmente definibili. Pertanto, per strutturare a livello informativo gli obiettivi occorre:

- individuare le Aree di intervento
- definire gli Obiettivi specifici.

### **Aree di intervento**

Le aree di intervento sono macroaree omogenee trasversali ai tre Servizi, che definiscono macro obiettivi terapeutici e/o riabilitativi sul piano clinico, funzionali/relazionali/lavorativi sul piano del ruolo sociale. Attraverso le aree di intervento si individuano le direttrici del programma di cura. Le aree di intervento per i servizi del DSM-DP sono raggruppate nel modello bio-psico-sociale.

Sono individuate tre **aree di intervento** per ogni obiettivo/gruppi di obiettivi:

- Biologica
- Psicologia
- Sociale

Per ogni assistito può essere valorizzata una o più Aree di intervento. La valorizzazione dell'Area di intervento è obbligatoria.

### **Obiettivi specifici**

Sono i risultati che ci si propone di ottenere con la realizzazione del processo clinico-terapeutico-riabilitativo. Gli obiettivi devono essere concreti, specifici e misurabili.

Poiché risulta impossibile codificare a priori tutti i possibili obiettivi specifici per ogni assistito, il campo dovrà essere di tipo testo libero, con l'indicazione dettagliata dell'obiettivo da raggiungere. La compilazione degli obiettivi specifici è obbligatoria.

Area di intervento:	Sociale
Obiettivi specifici:	- preparare autonomamente almeno il pasto centrale della giornata - prendere l'autobus autonomamente per gli spostamenti
Area di intervento:	Biologica
Obiettivi specifici:	- assumere regolarmente e autonomamente la terapia - ridurre le sigarette fumate da 30 al giorno a 10 al giorno - passeggiare almeno 30 minuti al giorno

Nei campi a testo libero deve essere possibile gestire l'inserimento di macro (stringhe di testo richiamabili con la digitazione di pochi caratteri) gestite direttamente dal singolo servizio, così come specificato in seguito.

#### 6.5.4 Tempi

Il progetto ha una precisa definizione di un **Tempo di verifica**. E' l'intervallo temporale che viene esplicitato durante la stesura del progetto, finalizzato sia a monitorare l'andamento del progetto, sia a valutare i risultati raggiunti. Non è collegato ai singoli obiettivi né ai singoli trattamenti, che possono avere tempi diversi di realizzazione, ma all'andamento dell'intero progetto complessivo.

Al tempo di verifica del progetto è collegata anche la tempistica di valutazione e l'uso eventuale dei test valutativi o altre valutazioni (es esami urine, controllo stato di salute).

I tempi di verifica, da definire in fase progettuale (es. dai 15 giorni, 1 mese, a 6 mesi), sono legati al anche (e non esclusivamente) alla periodizzazione del monitoraggio/valutazione. SCCE dovrà consentire la gestione delle scadenze per ogni assistito, anche attraverso l'Agenda.

#### 6.5.5 Referente del progetto

SCCE dovrà consentire l'individuazione delle figure professionali che hanno in cura il paziente. In particolare, sarà individuata la figura del **Referente del progetto** con compiti di valutazione e verifica dell'andamento del progetto (dovranno essere approntati degli strumenti che consentano la facilitazione di questa attività). L'individuazione del Referente del trattamento dovrà essere effettuata obbligatoriamente in fase di progettazione, ma potrà essere valorizzata anche durante le anche fasi precedenti.

Allo stesso modo SCCE dovrà evidenziare i professionisti che erogano trattamenti sul paziente.

#### 6.5.6 Trattamenti e risorse

I trattamenti sono metodi o pratiche cliniche-terapeutiche-riabilitative finalizzate a migliorare/recuperare/ristabilire un adeguato stato di salute o qualità della vita dell'assistito. Non esiste alcun collegamento vincolante tra trattamenti e prestazioni, ma sono previsti una serie di controlli per verificare la congruità del trattamento (esempio, se non presente almeno una prestazione da 6 mesi, SCCE determina l'attivazione di un alert sulla reale effettività di quel trattamento al referente del progetto).

La realizzazione degli obiettivi richiede la definizione delle risorse necessarie (materiali, umane, economiche, familiari, personali ed istituzionali) e delle specifiche modalità di attuazione (ad esempio psicoterapia, riabilitazione cognitiva, farmacoterapia). I trattamenti sono trasversali o specifici per ogni Servizio (es. trattamento logopedico per NPIA).

In sostanza, i trattamenti sono l'insieme di metodi o pratiche cliniche-terapeutiche-riabilitative finalizzate alla cura dell'assistito.

Sono esempi di trattamenti:

- Trattamento clinico - neuropsichiatrico
- Trattamento clinico psichiatrico
- Trattamento clinico - psicologico
- Trattamento clinico – tossicologico
- Trattamento psicoterapeutico
- Trattamento psicoeducativo
- Trattamento logopedico
- Trattamento fisioterapico
- Trattamento psicomotorio
- Trattamento semiresidenziale sanitario
- Trattamento semiresidenziale sociosanitario
- Trattamento residenziale sanitario
- Trattamento residenziale sociosanitario
- Trattamento socio-riabilitativo formazione e/o lavoro
- Formazione o transizione al lavoro
- Trattamento socio-riabilitativo casa-abitare
- Trattamento socio-riabilitativo socialità espressività
- Disintossicazione da sostanze psicoattive in ambiente protetto.

Ad ogni trattamento dovranno essere associati:

- le **risorse professionali** destinate per ogni singolo trattamento (per ogni trattamento possono essere indicati anche più professionisti in contemporanea, o più professionisti in periodi diversi)
- le **informazioni specifiche** di ogni trattamento. Ad esempio: per l'inserimento in residenza occorre rilevare il tipo di residenza (es. RTI Villa Igea), il/i professionista/i che ha definito il trattamento, i periodi di inserimento (data entrata/data uscita), l'esito dell'inserimento (es: abbandono, interruzione, concluso). Per l'inserimento
- i tempi di esecuzione o di check: tempo entro il quale la cartella chiede all'operatore di riferimento di valutare l'andamento e l'opportunità di proseguire il trattamento stesso.
- l'**esito** del trattamento (ad esempio: abbandono del paziente/drop-out, conclusione come programmato)
- il collegamento del trattamento con gli **obiettivi** specifici definiti.

Esistono casi particolari, ad esempio:

- l'esecuzione di una operazione specifica in cartella (ad esempio la prescrizione di metadone) determina in automatico l'apertura del trattamento "Trattamento farmacologico", la definizione di alcune specifiche (es: con farmaco stupefacente) e la richiesta di ulteriori informazioni (es: i tempi).
- l'esecuzione della prestazione "Valutazione Multidisciplinare Budget di Salute" determina la richiesta di apertura di alcuni trattamenti socio-riabilitativi specifici, al fine di marcare il programma di quel paziente "con metodologia Budget di Salute" (in caso di mancata apertura rimarrà la sola prestazione).

## 6.6 Conclusione episodio di cura

La chiusura dell'episodio di cura è una attività che può essere decisa dai professionisti del DSM-DP, secondo regole che verranno fornite a valle dell'aggiudicazione, a prescindere dalla motivazione della chiusura (es: completato, dimissione, trasferimento ad altro servizio, arresto, deceduto, abbandono, fuga, espulsione, chiusura d'ufficio).

È previsto che un assistito riceva almeno una prestazione/attività registrata nella cartella periodicamente. Le eccezioni sono solo per i progetti che prevedono specificatamente un intervallo di tempo della valutazione di controllo/verifica più lungo, ma comunque massimo di un anno.

In assenza di prestazioni/attività, la cartella segnala in anticipo (es. 2 mesi prima, 1 mese prima, 15 giorni prima) al professionista la necessità di una valutazione in merito. Esempio: «Sulla cartella dell'assistito non sono state registrate prestazioni/attività da sei mesi. Si prega di verificare se l'assistito è ancora in trattamento», con la possibilità di chiudere la cartella.

Se il Referente del progetto o uno dei professionisti del DSM-DP che ha responsabilità di un trattamento non chiude la cartella successivamente ad alcuni solleciti, la cartella si chiude automaticamente con motivazione "Chiusura d'ufficio".

Alla chiusura dell'episodio di cura sono previste una serie di attività del professionista che SCCE dovrà supportare. Ad esempio: eventuale stampa della cartella, compilazione dei referti per i MMG/PLS, invio documentazione, redazione certificati.

## 6.7 Flessibilità e modularità del percorso di cura

La cartella deve strutturarsi in base all'assetto organizzativo attuale dei Servizi. In particolare, dovrà essere tracciata l'afferenza dell'assistito alle diverse aree del DSM-DP (es. SerDP, Salute mentale adulti, NPIA, Psicologia clinica) e i periodi in cui è stato in cura nelle diverse aree del DSM-DP. Allo stesso modo SCCE dovrà contemplare le diverse funzioni gestite da ogni Servizio, come ad esempio i Drop-in per le dipendenze patologiche, la consulenza al Servizio di tutela minori degli Enti locali.

SCCE sarà utilizzato anche dagli enti del privato accreditato, sia per assistiti inviati dal DSM-DP, sia per assistiti gestiti direttamente dagli enti, come ad esempio assistiti di altre regioni, assistiti paganti, assistiti inviati dalla famiglia. Si tratta per lo più di servizi privati accreditati profit o no profit, quali ad esempio: SPOI, comunità terapeutiche per le dipendenze, residenze psichiatriche, strutture AIOP.

SCCE deve gestire ed adattarsi alle modifiche degli assetti clinici e organizzativi, sia attuali sia definiti in futuro con le indicazioni derivanti dalle politiche sanitarie regionali. Deve poter quindi gestire in maniera agevole:

- aggregazioni di servizi
- aggiunte di nuovi servizi
- definizione di nuovi percorsi clinici
- strutturazione di team interni.

## 6.8 Controllo coerenza dati

SCCE dovrà essere uno strumento a supporto sia dei processi clinici, sia dei processi organizzativi. Sarà pertanto necessario prevedere una serie di funzioni di controllo di processo per garantire la completezza e l'integrità delle informazioni gestite.

Indicativamente nei sistemi oggi in uso sono strutturati più di 200 controlli di coerenza. Questa sarà quindi un'importante caratteristica di qualità della cartella, sia in fase di prima implementazione, sia in fase di manutenzione/implementazione della stessa.

Ove possibile i controlli dovranno produrre un feedback/blocchi di attività per l'utente all'atto dell'immissione del dato o comunque in maniera contestuale alla registrazione del dato, in maniera da evitare che un controllo fatto a posteriori costringa a tornare su una informazione precedentemente immessa che comporta la ricompilazione di un intero set di informazioni.

Le funzioni di controllo saranno di diversi tipi. Ad esempio:

**Funzioni di controllo della qualità/coerenza dei dati definite dal Ministero della Salute.** Si vedano le specifiche contenute nei seguenti link – nelle Specifiche per la trasmissione dati e manuali – Specifiche funzionali:

- sistema informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale (SISM):  
[http://www.nsis.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=mentale](http://www.nsis.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=mentale)
- Sistema Informativo Dipendenze (SIND):  
[http://www.nsis.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=dipendenze](http://www.nsis.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=dipendenze)

**Funzioni di controllo di qualità/coerenza delle informazioni dettate dai flussi regionali.** A titolo esemplificativo e non esaustivo, si allega quanto in questi anni definito per il flusso informativo SISM con il Glossario SISM. Sono esempi di modelli di controlli sino ad oggi utilizzati, in quanto le nuove procedure basate sui programmi e percorsi modificheranno radicalmente le istruzioni da fornire ai sistemi informativi per il loro funzionamento. Vedi allegato 2 Glossario:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche/sism/documentazione/normativa>

Allo stesso modo, al fine di individuare la quantità di informazioni fondamentali per la programmazione regionale utilizzate sino ad oggi, che saranno anche componenti di SCCE anche se non con le attuali regole di invio in Regione, si inviano le specifiche dei flussi regionali:

- Sistema informativo regionale Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (SinpiaER)  
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche/sinpiaer/documentazione>
- Flusso informativo dei Servizi per le dipendenze patologiche  
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/salute-mentale-e-dipendenze-patologiche/sider/documentazione>

**Funzioni di controllo della coerenza e sulla qualità delle informazioni immesse dai professionisti.** SCCE dovrà garantire un'ampia serie di controlli di qualità, verificando la coerenza tra informazioni su tutte le sezioni. A mero titolo esemplificativo:

- ad una diagnosi prevalente connessa con l'uso di droghe, deve corrispondere l'area problematica "Droghe";

- garantire il set minimo di informazioni registrate nel passaggio tra fasi della cartella (es. è obbligatorio valorizzare la diagnosi per passare alla fase del progetto)
- controlli sulle date, ad esempio non è possibile registrare informazioni relative con date future o date anteriori all'apertura della cartella per alcune attività cliniche
- non è possibile registrare trattamenti identici con date sovrapposte
- è possibile una sola diagnosi prevalente.

Altro esempio, se un assistito riceve una prestazione UVM – Budget di salute, ci si aspetta che sia valorizzato almeno uno dei seguenti trattamenti: Trattamento socio-riabilitativo formazione e/o lavoro, Trattamento socio-riabilitativo casa-abitare, Trattamento socio-riabilitativo socialità espressività, altrimenti SCCE dovrà allertare i professionisti della non coerenza delle informazioni immesse nella cartella.

**Funzioni di controllo del Progetto terapeutico.** Successivamente alla definizione del Progetto individualizzato, all'atto del suo salvataggio, SCCE deve effettuare dei controlli di coerenza delle informazioni valorizzate rispetto al Programma/percorso selezionato. Sono i controlli che rilevano l'appropriatezza della scelta dei percorsi e/o incoerenze nella formulazione del progetto. Vedi paragrafo "Percorsi strutturati".

## 6.9 Ponti procedurali e gestione fasi

SCCE deve supportare i professionisti nella fase di registrazione corretta delle informazioni presenti in più sezioni della cartella. Devono essere implementati ponti procedurali che alla registrazione di determinate informazioni portino automaticamente alla apertura e quindi compilazione di altre schede. Ad esempio:

- per gli assistiti che accedono ai servizi tramite l'invio della Prefettura deve essere compilata la sezione giuridica della cartella
- per gli assistiti inviati dalla CML deve essere compilata la sezione relativa ai reati per la violazione del Codice della strada
- per gli assistiti che modificano l'area problematica nel corso del trattamento (es. da droghe ad alcol), deve essere compilata la sezione sulla sostanza primaria
- per un assistito con area problematica alcol, SCCE deve portare a compilare le informazioni sul tipo di alcolico, sugli aspetti legali, sulle eventuali sanzioni

Si tenga presente che solo nell'attuale sistema informativo sulle dipendenze sono presenti circa 20 ponti procedurali.

Allo stesso modo, in presenza di determinate caratteristiche dell'assistito, SCCE deve facilitare la compilazione di informazioni definite. Ad esempio, per un assistito con area problematica alcol, SCCE deve portare a compilare le informazioni sul tipo di alcolico, sugli aspetti legali, sulle eventuali sanzioni.

Altro esempio, per gli assistiti con prestazione Unità di valutazione multidisciplinare – Budget di salute SCCE dovrà orientare i professionisti alla compilazione di determinate schede, come la scheda di valutazione Honos o oppure alla compilazione del progetto.

È previsto che SCCE gestisca le fasi dell'episodio di cura, che corrispondono a diversi momenti della cura dell'assistito, dalla fase di prenotazione sino alla fase di chiusura dell'episodio di cura.

Per ogni fase sono previste una serie di attività da realizzare da parte del professionista (obbligatorie o meno) che permettano il passaggio alla fase successiva e una serie di controlli finalizzata a facilitare e coadiuvare i professionisti nell'inserimento/reperimento delle informazioni.

## 6.10 Funzione Help nei diversi contesti applicativi

In diversi contesti della SCCE deve essere disponibile sempre la funzione informativa. La funzione contiene informazioni di tipo clinico/gestionale, finalizzate a informare e orientare i professionisti in merito alle attività da svolgere, all'utilità delle informazioni da raccogliere, sugli aspetti giuridici e le indicazioni di buone pratiche nella realizzazione di attività. Per alcune aree della cartella clinica, si richiede di fornire un servizio di Help in formato multimediale (es. "videopillole") che potrà essere consultato direttamente dalla funzione di SCCE specifica (es. prescrizione farmacologica).

Sarà cura della Regione Emilia-Romagna fornire le informazioni da caricare nel tasto Help o i link di riferimento.

SCCE dovrà essere in grado di fornire aiuti o indicazioni che consentano di compilare agevolmente le informazioni richieste nelle schede e che possono essere strutturate in categorie e sottocategorie anche importabili in un documento di testo o codificate attraverso l'uso di ICD10 (vedi apposito paragrafo).

Ad esempio, per la fase di valutazione diagnostica devono essere disponibili dei menu di informazioni per guidare i professionisti nella compilazione corretta dell'anamnesi e che si modificano in base al tipo di Servizio (NPIA, SerDP, Salute mentale), del ruolo del professionista e di eventuali programmi regionali (es. DCA). Per un Neuropsichiatra infantile sarà un menu ricco di informazioni da valorizzare (es. gravidanza madre, ricoveri in neonatologia, allattamento, divezzamento, abitudini alimentari, ritmo sonno-veglia), mentre per un medico SerDP le informazioni sono maggiormente basate sulle sostanze (es. primo uso sostanze, episodi di ricovero, overdose), per un assistito con problemi legati ai disturbi alimentari il menu sugli aspetti relativi a salute fisica e alimentazione.

Dovrà essere individuata una modalità per rendere il menu guida disponibile ai professionisti per la consultazione (es. menu a disposizione sulla destra della schermata) e anche una funzione di importazione del menu nel documento di testo da editare per tenere traccia dei diversi contenuti clinici da esplorare.

Saranno valutate positivamente soluzioni tecnico-informatiche per agevolare i professionisti nella compilazione delle schede di SCCE

## 6.11 Avvisi

SCCE deve essere dotata di un sistema di avvisi, funzionali all'attività clinica, ad esempio per la segnalazione di scadenze, appuntamenti di agenda, incoerenze delle informazioni cliniche gestite su uno specifico caso, necessità di aggiornamento di esami clinici, chiusura della cartella, necessità di aggiornare la valutazione, tempistica degli obiettivi del progetto, ecc.

Ad esempio, per gli assistiti che non ricevono prestazioni da un determinato periodo di tempo, SCCE deve avvisare che è necessario prendere contatti con il paziente in quanto il progetto è ancora attivo, ma non valorizzato secondo le indicazioni cliniche concordate.

Un altro esempio, può essere l'aggiornamento degli esami HIV; ci si aspetta che per particolari tipologie di assistiti l'esame venga ripetuto almeno annualmente. Nel caso di esame non effettuato, il sistema dovrà avvisare il professionista della necessità di ripetere gli esami.

Dovrà essere predisposta una sezione specifica della cartella nella quale raccogliere gli avvisi e alla quale poter accedere sia dall'area gestionale (tutti gli avvisi del singolo professionista loggato) che dall'area clinica nella singola cartella (tutti gli avvisi relativi a quell'assistito). Dal singolo avviso dovrà essere possibile collegarsi alla sezione della cartella relativa all'avviso. I medesimi avvisi dovranno essere disponibili e gestibili nella cartella clinica dell'assistito.

Gli avvisi dovranno poter essere visualizzati da uno o più professionisti, perciò SCCE dovrà permettere una gestione multipla degli avvisi tracciando il professionista e fornendo adeguato feedback grafico degli avvisi visualizzati che permetta di conoscere quali avvisi sono stati visualizzati e da chi.

Saranno forniti, nel corso dell'analisi a valle dell'aggiudicazione, specifici requisiti per ogni avviso che indicheranno le condizioni di attivazione/disattivazione dell'avviso.

Alcuni avvisi – privi di contenuti sensibili e quindi veicolabili anche su canali non protetti –, potranno essere veicolati attraverso le seguenti modalità:

- email aziendale e/o personale del professionista
- SMS
- messaggio WhatsApp
- messaggio vocale preconfigurato su un sistema di sintesi vocale.

La fornitura dell'hardware necessario e il costo dei servizi di telefonia per implementare queste modalità di alerting è fuori dall'ambito della presente fornitura.



Saranno accolte favorevolmente proposte di gestione facilitata e efficace degli avvisi in SCCE.

## 6.12 Notifiche

Gestione di notifiche applicative (per es. aggiornamenti del catalogo SOLE, del catalogo aziendale, del prontuario farmaceutico, di file dati inviati dall'azienda, di nuove funzioni dell'applicazione, correzioni di funzioni, etc.)

Gestione di notifiche sugli assistiti (per es. scelte e revoche, documenti clinici ricevuti, etc.)

Deve essere possibile:

- Accesso alla sezione notifiche con distinzione di notifiche lette o da leggere;
- Visualizzazione di pop-up con lista notifiche ricevute distinte per tipologia;
- Evidenza a referti erogati in seguito ad una prescrizione urgente in cartella;
- Predisposizione di sezioni distinte per le notifiche a seconda della tipologia (aggiornamenti anagrafici, documenti amministrativi, comunicazioni aziendali, di refertazione, di ricezione da parte di altro soggetto, ecc.);
- Visualizzazione alert quando vengono scaricate notifiche e possibilità di accedere direttamente alle informazioni di interesse e/o disattivazione degli alert;
- Previsione dello scarico e visualizzazione di notifiche che riportano l'indicazione o il link per la consultazione di alcuni documenti;

Evidenza di alcuni tipi di notifiche, ad esempio della conferma di ricezione, lettura, presa visione da parte di altri soggetti.

Saranno accolte favorevolmente proposte di gestione facilitata delle notifiche.

## 6.13 Ricerca cartella clinica assistito e funzioni di ricerca generali

SCCE dovrà prevedere la ricerca dei pazienti inseriti nell'area clinica, attraverso l'uso di alcuni criteri.

Ad esempio:

- nome, cognome
- età
- luogo di nascita
- residenze
- cittadinanza
- diagnosi prevalente
- area problematica
- codice cartella
- Referente del progetto

Saranno accolte favorevolmente altre proposte di ricerca dei contenuti della cartella.

Dai risultati, deve essere possibile accedere alla cartella clinica, posizionandosi sulla Sintesi home.

## 6.14 Funzioni di stampa

SCCE nasce come cartella clinica informatizzata, secondo una logica paperless. Ad ogni modo deve essere sempre possibile la stampa delle informazioni registrate per più finalità, ad esempio per finalità medico-legali e per finalità cliniche (vedi ad esempio documento SISP allegato).

Deve essere sempre possibile la **stampa di ogni scheda compilata**. Si chiede di sviluppare un layout grafico simile per tutte le stampe, che preveda:

- Logo AUSL
- Servizio di riferimento (dipartimento, UO, Centro)
- Dati anagrafici dell'assistito
- Nome scheda di riferimento (es. Diagnosi)
- Informazioni inserite nella specifica scheda.

SCCE dovrà produrre un file PDF che sarà possibile visualizzare/salvare/stampare.

A titolo meramente esemplificativo e per consentire alle ditte di formulare un adeguato preventivo dell'effort necessario allo sviluppo, si allega la documentazione SISP:

[Allegato 21: P1.39-17 SPA MIA SISP Analisi per revisione stampe]

#### **6.14.1 Stampa della cartella clinica**

La stampa della cartella clinica dovrà riportare **tutte** le informazioni registrate nella SCCE. Ogni informazione riporterà la tracciatura dell'operatore (nome cognome e ruolo/branca), data/ora evento, data/ora di registrazione e altre informazioni che saranno definite successivamente. Dovranno essere stampati i documenti allegati e i documenti prodotti (certificati etc.).

Dovranno essere stampate due versioni della cartella per singoli episodi di cura (apertura/chiusura episodio di cura):

- *stampa cartella clinica*: sintesi delle principali informazioni di salute necessarie per l'inquadramento della situazione attuale della persona (ad uso clinico per la continuità della cura, vedi esempio documentazione allegata), con tutta l'attività sanitaria svolta a favore del paziente senza revisioni e cancellature (ad uso clinico o del paziente);
- *stampa cartella clinica versione legale*: tutta l'attività sanitaria svolta a favore del paziente comprese revisioni e cancellature (ad uso medico-legale).

Ai fini di particolari richieste, dovrà essere possibile stampare tutto il contenuto registrato in cartella in periodi di tempo specificati (es. prestazioni e attività dal 01/01/2017 al 15/12/2017).

SCCE dovrà produrre un file PDF che sarà possibile visualizzare/salvare/stampare.

A titolo meramente esemplificativo, si allega il documento su quanto sviluppato in SISP:

[Allegato 21: P1.39-17 SPA MIA SISP - Analisi per revisione stampe]

#### **6.14.2 Modulistica, certificati o referti**

Attraverso SCCE sarà possibile rendere omogenee le modulistiche più utilizzate in RER, come ad esempio quelle relative alla richiesta di esenzione, agli accertamenti sanitari e ai TSO, al consenso dei genitori al trattamento dei dati del minore, alle modulistiche relativi a specifici Programmi e Percorsi Regionali. Altre modulistiche, ad esempio autorizzazione al trattamento dei dati, continueranno ad essere valorizzate a livello locale.

La modulistica dovrà essere precompilata dove esistono dati strutturati (es. dati anagrafici, diagnosi codificata), altrimenti dovrà essere possibile compilare i dati a video per la predisposizione della stampa.

Il programma dovrà mettere a disposizione dei clinici un editor di testi con possibilità di configurazioni dinamiche dei layout (es. carta intestata della struttura o del servizio, possibilità dinamica di includere nel corpo del testo, automaticamente o con scelta puntuale da parte del professionista, elementi già contenuti nella cartella (ad esempio diagnosi, farmaci prescritti, ecc.)). La modulistica e i modelli di refertazione dovranno essere associabili alle differenti entità del sistema (es: professionisti, Servizi, Distretti, Dipartimenti, Aziende, raggruppamenti sovra-aziendali ecc.) a seconda delle necessità organizzative. Il programma dovrà quindi presentare al professionista la possibilità di redigere referti sia normati (es. referti per legge 104, referti per richiesta di esenzione ticket o altro) sia liberi (trasmissibili o meno al PLS/MMG tramite la rete SOLE).

Si stima che vi siano circa 60 certificati da prestrutturare nella cartella per i Servizi del DSM-DP.

A mero scopo illustrativo, si allegano alcuni esempi di modulistica oggi utilizzata dai SerDP:

[Allegato 3: Esempi Modulistica certificati referti]

## 7 ULTERIORI FUNZIONI AREA CLINICA

### 7.1 Gestione degli Ordini

La funzionalità di Order Entry (OE) gestisce il flusso di richieste di prestazioni dalle U.O. richiedenti verso le Unità Organizzative erogatrici e le relative informazioni di ritorno (dati sulle prestazioni erogate, referti, immagini, allegati), favorendo una gestione paperless e filmless del flusso diagnostico tra reparti e servizi erogatori e consentendo un eventuale controllo dell'appropriatezza delle richieste effettuate.

Si individua come unico sistema di OE per la gestione del flusso di richieste verso tutti i sottosistemi erogatori il CUP integratore regionale. Tale soluzione semplifica la gestione ed amministrazione del sistema e favorisce l'adozione di un unico nomenclatore delle prestazioni richiedibili.

- Il sistema di OE ritorna a SCCE l'elenco delle richieste effettuate riportando almeno le seguenti informazioni:
  - Data e ora della richiesta.
  - Data e ora di erogazione della prestazione (non prevista nel caso la richiesta sia stata inserita in una lista e non in un'agenda).
  - Medico richiedente.
  - Prestazione richiesta.
- Il sistema di OE ritorna a SCCE informazioni di aggiornamento di stato della richiesta (es. accettazione radiologia, check-in campione).

#### 7.1.1 Inserimento Ordini

L'inserimento di ordini deve generare automaticamente l'inserimento di un'annotazione di diario.

#### 7.1.2 Visualizzazione Ordini

Deve essere possibile visualizzare le richieste effettuate per ogni paziente e quelle richieste dalla U.O. sui pazienti in carico.

Dovrà essere possibile identificare almeno i seguenti stati: richiesta ricevuta dall'erogatore, refertata.

Ove l'informazione sia significativa deve essere possibile vedere anche stati intermedi di avanzamento nell'erogazione. (es. per le prestazioni di laboratorio dovrà essere possibile visionare anche la disponibilità di risultati parziali relativi a settori).

#### 7.1.3 Evidenza Clinica

SCCE deve prevedere l'associazione dello stato di "Presenza Visione" a ciascun documento di Evidenza Clinica (con relativo tracciamento dell'operatore e della data-ora di presa visione). Tale stato corrisponde ad azione esplicita (o gestita come default dal sistema per usabilità), atta ad attestare l'avvenuta presa visione del documento da parte di un operatore sanitario.

Il sistema dovrà evidenziare quali referti hanno "Presenza Visione" e quali sono stati letti.

Un sistema di log dovrà tenere traccia della data e ore di lettura e dell'operatore che l'ha effettuata.

#### 7.1.4 Gestione Consulenze e Accesso in sola Lettura

SCCE deve consentire di richiedere consulenze sia verso personale medico che verso personale sanitario specialistico (fisioterapisti, specialisti della nutrizione, specialisti ferite difficili) tramite i canali di Order Entry, allo scopo di trasmettere la richiesta verso i sistemi dipartimentali di gestione (clinica e amministrativa) della stessa.

SCCE può prevedere sistemi di notifica verso gli eroganti coinvolti in una richiesta di consulenza (es. invio di messaggi sui telefoni dei professionisti, app che dia evidenza della presenza di consulenze richieste (e dei livelli di urgenza)).

È necessario prevedere due tipiche modalità di gestione delle consulenze:

- scrittura referto in cartella DSM-DP e invio al sistema richiedente
- scrittura del referto nel sistema richiedente la consulenza (PS, ospedale, ...) e invio in cartella DSM-DP.

## **7.2 Refertazione per consulenze fuori dal reparto richiedente**

Se la consulenza viene erogata all'esterno del reparto richiedente, il consulente può avvalersi del proprio sistema dipartimentale per la valutazione del paziente e la produzione del referto, accedendo per via elettronica ai documenti presenti in CCE necessari ad esaurire il debito conoscitivo. Al termine della fase di refertazione, il documento risultante verrà trasmesso alla cartella elettronica del paziente (vedi precedente sezione Evidenza Clinica).

SCCE deve prevedere soluzioni per l'abilitazione temporanea all'accesso alla CCE del paziente oggetto di consulenza per i soli consulenti coinvolti, e limitatamente al tempo necessario all'espletamento della valutazione clinica e di refertazione.

## **7.3 Consulenze che si attuano su lunghi periodi**

Per i casi in cui, a seguito di una richiesta di consulenza, si manifesti la necessità di un intervento continuativo dello specialista consulente (dialisi, percorso riabilitativo, ecc.), le logiche di accesso per consulenza alla CCE devono essere estendibili per periodi lunghi (incluso l'intero episodio).

## **7.4 Gestione del Trasferimento del paziente verso altra unità organizzativa o altro percorso**

Nella fase di trasferimento la CCE deve consentire (nativamente o tramite integrazione con software specifico) la redazione di un documento riepilogativo e conclusivo del contatto (es. Lettera di Dimissione, Lettera di Trasferimento, Lettera di Affidamento al servizio Domiciliare, ecc.). Detto documento dovrà essere unico ed integrato per gli aspetti clinici ed assistenziali.

I contenuti dei documenti riepilogativi dovrebbero fare riferimento a strutturazioni standard dettate da organismi internazionali (es. Joint Commission International) o linee guida Regionali o Nazionali.

Sono preferibili soluzioni che prevedano le funzioni di compilazione della lettera di dimissione come parte integrante di SCCE al fine di meglio agevolarne la compilazione.

Deve essere possibile selezionare ed inserire nel documento riepilogativo parti di cartella precedentemente compilate (anamnesi, esame obiettivo) senza la necessità di doverle riscrivere.

Deve essere possibile acquisire, selezionare ed inserire nel documento riepilogativo valori strutturati di esami di laboratorio e referti testuali di precedenti visite e/o consulenze.

Il documento riepilogativo deve poter essere esportato singolarmente verso sistemi terzi (es. Repository, circuiti regionali, ecc.).

## **7.5 Documentazione di Riferimento a Supporto dell'Attività Clinica**

Allo scopo di gestire un supporto informativo nella compilazione della CCE in tutte le sue componenti, è necessario che sia possibile associare a ciascun elemento informativo di cartella riferimenti a documenti di supporto (es. in formato PDF) o link a risorse esterne.

Ad esempio:

- deve essere possibile inserire, a supporto della compilazione di scale di valutazione, documentazione scientifica sulla scala stessa e indicazioni per la compilazione
- a supporto della fase di assessment per i modelli assistenziali infermieristici, deve essere possibile accedere a documentazione informativa sui protocolli assistenziali conseguenti

Sfruttando sistemi di supporto decisionale (CDSS) installabili ad estensione funzionale di SCCE, deve essere possibile attivare dinamicamente la disponibilità di documentazione a supporto (come descritta nel punto precedente) sulla base di criteri dipendenti dal contenuto della CCE stessa. Ad esempio: attivare e rendere

disponibile automaticamente la documentazione inerente la specifica patologia, protocollo clinico o terapia rilevata in cartella.

## **7.6 Autenticazione e Livello di Profilazione**

SCCE deve permettere il riconoscimento dell'utilizzatore che si autenticerà mediante la verifica di opportune credenziali. L'autenticazione dovrà essere integrata con il sistema aziendale di gestione delle identità.

È auspicabile l'utilizzo di dispositivi atti a facilitare le operazioni di autenticazione (es. Smart Card). Tali dispositivi potrebbero aumentare il livello complessivo di sicurezza del sistema evitando che informazioni vengano imputate con credenziali non corrispondenti all'utilizzatore fisico del sistema.

È necessario poter gestire livelli di profondità di accesso alle informazioni (in lettura e modifica) diversificati secondo principi di pertinenza e non eccedenza nell'accesso alle informazioni in linea con quanto disposto dalla vigente normativa privacy.

Al fine di facilitare la concessione delle abilitazioni alle varie figure professionali che intervengono nel percorso di cura è opportuno gestire una profilazione dei permessi in "Ruoli", minimizzando il carico di lavoro connesso alla concessione e revoca di autorizzazioni.

Ove applicabile e opportuno, è auspicabile l'assegnazione del ruolo tramite integrazione con il sistema informatizzato di gestione della pianta organica.

Devono essere previste soluzioni tecniche e organizzative che consentano, in situazioni di emergenza, a utenti non profilati sul sistema (o i cui livelli di profilazione non siano adeguati) di accedere al sistema per operare sulla CCE del paziente in carico (es. la disponibilità di soluzioni di "delega" da parte di utenti abilitati, disponibilità di account generici le cui credenziali sono mantenute riservate fino all'utilizzo effettivo).

### **7.6.1 Gestione delle autorizzazioni e dei profili abilitativi**

L'applicativo dovrà consentire la gestione delle abilitazioni utente attraverso la definizione di profili abilitativi. La definizione dei profili abilitativi sarà a cura della Regione Emilia-Romagna. Il referente del sistema informativo locale potrà solamente associare le utenze locali con i profili definiti a livello regionale. Alla Regione Emilia-Romagna è demandata l'individuazione in SCCE delle figure di referenti sistema informativo locale o regionale.

Il referente sistema informativo locale, dovrà poter associare ogni professionista a una serie di servizi/funzioni. Ad esempio (si tenga conto che le informazioni saranno più ampie di quanto indicato):

- un profilo abilitativo (medico, psicologo, amministrativo, ...)
- una o più Unità Operativa AUSL o Ente esterno di appartenenza
- uno o più luoghi di erogazione dell'attività, tracciati attraverso il codice STS11 o HSP, oppure in luoghi informali di cura (es. abitazione assistito)
- una o più équipe funzionali (es. Team autismo)
- modalità di erogazione dell'attività (intramoenia/attività di servizio).

Tutte le informazioni registrate nella cartella dovranno tener conto delle informazioni sopra riportate, al fine di tracciare le attività erogate nei singoli contesti, anche ai fini della estrazione statistica delle informazioni sull'attività per luogo di erogazione.

Le figure professionali più frequenti nel DSM-DP ad oggi sono: Neuropsichiatra infantile, Psichiatra, Psicologo, Logopedista, Fisioterapista, Educatore professionale, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Fisiatra, Ortottista, Psicomotricista, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Infermiere, Medico, Medico specialista (diverse articolazioni previste), Assistente sociale, Operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA), Operatore sanitario (OS), Operatore socio-sanitario (OSS), Amministrativo, Sociologo, Altra figura professionale.

In fase di analisi, a valle dell'aggiudicazione, la RER fornirà per ogni figura professionale i vincoli di accesso alle funzioni della cartella e di operatività (scrittura/visualizzazione) su modello definito dall'aggiudicatario. Sarà a cura del fornitore il popolamento iniziale della banca dati relativa alle abilitazioni, sulla scorta dell'analisi fornita dalla RER.

La cartella clinica DSM-DP dovrà essere costruita per integrare la progettazione sanitaria e socio-sanitaria gestita direttamente dal DSM-DP con gli interventi di soggetti esterni quali Servizi sociali, terzo settore, altri Enti accreditati. La cartella dovrà consentire la tracciatura e la distinzione tra le attività erogate direttamente o indirettamente dai Servizi del DSM-DP e quelle erogate da altri Enti/Servizi, attraverso l'attribuzione di un operatore ad un determinato Ente (anche più enti) e un profilo professionale. Ad esempio, Assistente sociale dei Servizi Sociali del Comune.

Il problema dell'integrazione tra/con gli applicativi degli altri Servizi dovrà essere prima risolta e affrontata a livello organizzativo, per poi, in un secondo momento, tradurla in procedure informatiche. Nella cartella DSM-DP dovranno essere comunque previste sezioni accessibili anche ad altri Enti/Servizi per valorizzare le informazioni/risorse destinate e rilevanti per il progetto terapeutico. La cartella deve essere predisposta per modellare/gestire PDTA sovra aziendali e/o con partner diversi dalle articolazioni istituzionali della RER. Moduli specifici di integrazione con le diverse realtà saranno di volta in volta richiesti nell'ambito della manutenzione migliorativa/evolutiva senza che il fornitore possa addurre criticità di realizzazione o stravolgimenti della architettura fornita e quindi impossibilità di fornitura.

Stante il grande numero di operatori da profilare, saranno favorevolmente valutate soluzioni che rendano il processo di profilatura particolarmente ergonomico e di facile utilizzo.

Da questo punto di vista sarà fortemente gradita un'interfaccia che consenta la associazione/dissociazione fra utenti e profili garantita mediante importazione di fogli Excell/CSV opportunamente compilati.

## **7.7 Informazioni socio-anagrafiche e giuridiche dell'assistito**

### **7.7.1 Situazione socio-anagrafica**

La scheda dovrà contenere tutte le informazioni che consentono un'adeguata rilevazione della situazione socio-anagrafica degli assistiti. La cartella dovrà gestire alcune funzioni di controllo e di coerenza tra dati, anche automatizzati, rispettando anche le specifiche della Regione Emilia-Romagna e del Ministero della Salute nei flussi informativi SISM e SIND-SIDER.

Ad esempio, un assistito che è domiciliato presso uno specifico indirizzo, la situazione abitativa sarà "Convive con familiari", ma nel momento in cui l'assistito viene inserito in una residenza, la situazione abitativa sarà modificata in automatico con "Residenza".

Un esempio di informazioni da gestire sono: situazione lavorativa, situazione abitativa, componenti nucleo familiare, figli minorenni conviventi, persone significative di riferimento, titolo di studio, corsi di formazione, stato civile, invalidità.

### **7.7.2 Informazioni giuridiche**

Il sistema dovrà gestire le informazioni di carattere giuridico, quali ad esempio:

- Carcerazioni
- Segnalazioni o invii dalla Prefettura per art. 121 o 75 DPR 309/90
- Segnalazioni o invii dalla CML per art. 186 e 187 del Codice della strada
- Precedenti penali
- Situazione giuridica attuale
- Sanzioni patente
- Verifica idoneità adozioni internazionali/mansioni a rischio/porto d'armi

Per ogni tipo di sanzione/situazione può essere previsto un collegamento automatico con altre schede per valorizzare ulteriori informazioni. Ad esempio, per gli assistiti che sono stati inviati dalla Prefettura per un articolo 121, è prevista la valorizzazione delle informazioni nella scheda sostanze. Sono previsti controlli per garantire la coerenza delle informazioni inserite.

Le rilevazioni devono tener conto anche di quanto previsto nel decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36 "Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre

1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale. (14G00047)", <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/3/21/14G00047/sg>.

## 7.8 Area problematica

Espressione della domanda di trattamento in fase di accesso ai Servizi. Ad esempio, per le Dipendenze patologiche i valori assegnati sono:

- Droghe e farmaci
- Alcol
- Tabacco
- Gioco d'azzardo

Per gli altri Servizi saranno definite ulteriori tipologie.

L'area problematica consente di filtrare altre variabili da registrare nella cartella clinica. Es: un paziente con area problematica "Droghe" visualizzerà nell'elenco "Sostanza primaria" solo le droghe.

## 7.9 Home

La cartella dovrà avere una sezione denominata Home contenente le informazioni sintetiche sul paziente. E' un quadro sintetico sulle condizioni dell'assistito e sulle attività ad esso erogate. Ad ogni accesso, la cartella clinica dell'assistito **si aprirà sempre su Home**.

A mero titolo esemplificativo si elencano alcune attività che la cartella dovrà visualizzare:

- ultime 10 attività sul paziente registrate in cartella. Le informazioni dovranno essere visualizzate in modo sintetico (data, operatore, evento, prime righe nota) e in ordine cronologico, con possibilità di scorrere le attività registrate nel corso del tempo e di visualizzarne il dettaglio la scheda compilata;
- Eventi critici e aspetti di particolare interesse: sezione nella quale il professionista potrà leggere informazioni essenziali di tipo clinico-terapeutico ritenute utili ai fini terapeutici (es. perdita lavoro, lutti recenti, informazioni cliniche, tentativi di suicidio, lesioni personali (auto/eterolesionismo), interruzione dei percorsi terapeutici, overdose, ...) e registrate in altre parti di SCCE
- diagnosi attive
- terapie farmacologiche in corso
- Prescrizioni sul paziente
- Esito esami svolti ultimo anno.

Le maschere contengono informazioni sintetiche, ma vi deve essere la possibilità di potersi posizionare nella scheda originaria con informazioni di dettaglio.

Nella pagina dovrà essere prevista anche una impostazione che consenta una **personalizzazione delle visualizzazioni** attraverso l'aggiunta di ulteriori maschere/schede a seconda della scelta del singolo professionista. Ad esempio, lo psicologo potrebbe essere interessato alla visualizzazione dei test diagnostici.

A mero titolo esemplificativo, si riporta quanto realizzato in SISP:

[Allegato 15: P1.18-15 SPA MIA SISP - Manutenzioni evolutive (fase 1)]

## 7.10 Test clinici

Sia nell'utilizzo clinico che in quello gestionale sono da prevedere strumenti di assessment e/o di valutazione dell'esito. Sul piano della progettazione clinica la valutazione o l'assessment deve essere consentita in qualunque momento del percorso o in fasi con cadenze prestabilite, come ad esempio la somministrazione routinaria di strumenti di valutazione prevista nel progetto. Gli strumenti di assessment e valutazione stabilmente adottati (vedi sotto) dovranno essere implementati *da subito nel sistema*, considerando la tempistica di rilascio di SCCE nei Servizi (prima test per la Salute mentale e la psicologia clinica, in successione i test per la NPJA e infine i test per i SerDP).

SCCE dovrà avere un idoneo livello di configurazione che consenta un'agevole introduzione da parte della ditta aggiudicataria di nuovi strumenti di valutazione o assessment, oggetto di manutenzione evolutiva, eventualmente definiti in futuro a livello regionale in base agli sviluppi scientifici.

L'andamento delle valutazioni effettuate nel tempo (somministrazione dei test a più step successivi configurabili) dovrà essere disponibile e **graficamente rappresentata**, in modo da permettere ai professionisti la correlazione dell'andamento dei valori del test con altre informazioni immesse in SCCE (cambiamenti progettuali, eventi significativi, modificazioni terapia farmacologica ecc.).

SCCE dovrà essere dotato di funzioni di supporto ai clinici nella somministrazione dei test. Ad esempio, proponendo la somministrazione di determinati test nelle varie fasi del progetto, proponendo la somministrazione di test a determinate tipologie di assistiti, gestendo la calendarizzazione delle somministrazioni - che avrà un periodo minimo specificato, ma potranno essere ripetuti anche con cadenza minore/maggiore -, un sistema di notifiche per ricordare le scadenze.

A valle dell'aggiudicazione, sarà fornito un modello di classificazione dei test, per facilitare l'operazione di somministrazione o di ricerca dei test somministrati. Per ogni test somministrato vi deve essere la possibilità di inserire annotazioni/referti e allegare eventuale documentazione.

Le attività di valutazione previste nella cartella del DSM-DP devono essere coerenti con le indicazioni previste nella:

[Allegato 4: Circolare\_Sanità\_9\_2014 Valutazione DSM-DP].

I test dovranno essere valorizzati seguendo il seguente schema:

- **test non coperti da copyright**. SCCE dovrà permettere l'inserimento dei singoli item che compongono i test. All'inserimento dei singoli valori dei test, SCCE fornirà i risultati complessivi e per ogni area definita. Questi test sono individuati a livello regionale e devono prevedere: calcolo dello score secondo i criteri che saranno forniti successivamente all'aggiudicazione, presentazione tabellare e grafica dei risultati, anche con trend nel corso del tempo, campo note per l'eventuale refertazione;
- **test con solo score**. Sono test che per la loro complessità o perché coperti da copyright con conseguente calcolo tramite sistemi esterni, prevedono la registrazione dei soli *punteggi complessivi*, eventualmente articolati su più scale. Questi test sono individuati a livello regionale e devono prevedere: inserimento degli score, presentazione tabellare e grafica dei risultati, anche con trend nel corso del tempo, campo note per l'eventuale refertazione;
- **test a libero inserimento locale**. Si tratta di test non previsti a livello regionale, ma utilizzati dalle singole AUSL. In questo caso SCCE dovrà permettere al referente del sistema informativo locale di utilizzare un'apposita funzione per creare delle semplici maschere di inserimento, composte da: nome operatore e data (di default per ogni test), denominazione test, breve descrizione test, descrizione item sintetici previsti e relativo valore (logico/numerico/alfanumerico). Questi test individuati a livello locale non prevedono nessuna forma di rappresentazione. È previsto un campo note per l'eventuale refertazione.

Per individuare un esempio di test previsti in SCCE si veda l'allegato, nel quale sono specificati:

- Nella sezione 1 sono elencati i test di outcome che devono essere previsti a livello regionale e disponibili per tutti i Servizi. Prevedono diverse funzioni: 1. inserimento assistito tramite maschera specifica, sia per i test auto ed etero somministrati (anche tramite tablet); 2. il calcolo di punteggi (score) se necessari (applicazione di un algoritmo di calcolo); 3. Grafico trasversale ottenuto dai punteggi della singola somministrazione; 4. Grafico longitudinale che consente di confrontare i valori ottenuti nel corso di più somministrazioni
- Nella sezione 2 sono elencati i test di outcome o di assessment che non sono previsti a livello regionale, ma che devono essere disponibili per tutti i Servizi in maniera semplificata, senza prevedere alcuna rappresentazione grafica. Si riportano degli esempi di test che oggi vengono utilizzati nei Servizi. Si richiede la costruzione di un **semplice editor** che consenta di definire: il nome del test, i valori dei singoli items con relativa scala di misurazione e il calcolo dei punteggi (score). Sono previste due funzioni: 1. inserimento assistito tramite maschera specifica, sia per i test auto ed etero somministrati (anche tramite tablet); 2. il calcolo di punteggi (score) se necessari (applicazione



di un algoritmo di calcolo); per i test con copyright è previsto solo l'inserimento dello score finale e non dei singoli valori dei test (calcoli demandati ad altri software).

[Allegato 6: Elenco dei test previsti in RER per la cartella DSM-DP].

### 7.10.1 Somministrazione degli strumenti autosomministrati

SCCE dovrà utilizzare supporti informatici per l'inserimento diretto delle risposte da parte dell'utente (PC, tablet o smartphone), pertanto dovrà essere prestata particolare attenzione alle diverse abilità all'uso di strumenti informatici, rendendo l'interfaccia il più semplice e intuitiva possibile. A questo proposito si consiglia l'utilizzo di devices touch-screen dedicati e/o, per gli utenti più esperti nell'utilizzo di devices elettronici, la creazione di una app dedicata, per eventuali misurazioni fuori del setting clinico-assistenziale, in parallelo a quanto accade già nell'ambito della telemedicina.

Sarà inoltre importante garantire la possibilità di restituzione dei risultati dei test in modo immediato sia per l'utente che per il clinico, registrati direttamente in SCCE.

### 7.10.2 Somministrazione degli strumenti eterosomministrati

Gli strumenti eterosomministrati prevedono di assegnare un punteggio numerico ad una serie di item rappresentativi di diversi costrutti o domini. A valle dell'aggiudicazione verranno fornite le specifiche per la il calcolo dei punteggi complessivi. L'interfaccia grafica suggerita è quella di un normale questionario sotto forma di maschera con la possibilità di selezione dei diversi valori dei singoli item tramite menu a tendina.

Al fine di facilitare il lavoro del professionista, dare un'interpretazione univoca dei singoli item da compilare, definire i criteri per attribuire eventuali punteggi e supportare con informazioni esplicative, devono essere previsti per i test eterosomministrati degli anchor point (o ALT) esplicativi su tutti gli elementi del test.

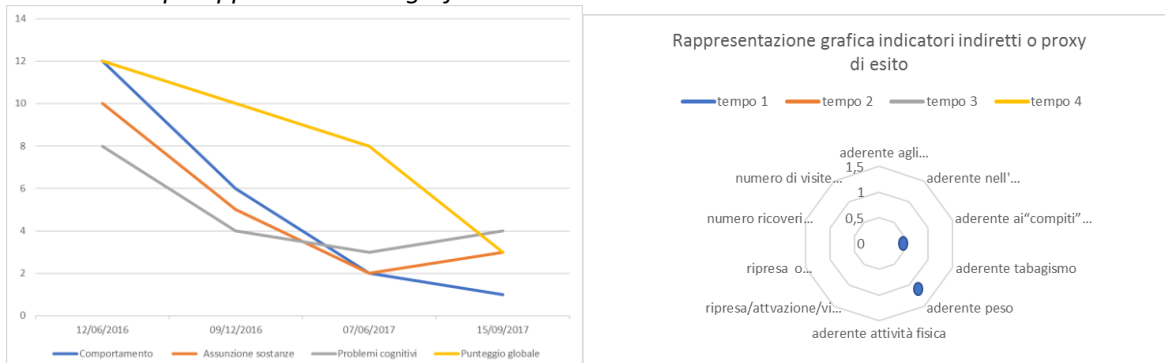
### 7.10.3 Calcolo punteggi e restituzione risultati

Ogni strumento di valutazione prevede il raggruppamento dei singoli item in sottoscale (punteggi parziali) che rappresentano macro-domini di valutazione. Le specifiche di ogni struttura fattoriale verranno fornite insieme al testo degli strumenti di valutazione. L'output dei risultati dovrà soddisfare i seguenti requisiti:

- immediatezza: dovrà essere possibile visualizzare i risultati sia numerici che grafici in tempo reale
- visualizzazione singola valutazione e valutazioni ripetute: dovrà essere possibile visualizzare sia in modalità numerica che grafica tanto i risultati delle singole valutazioni, almeno a livello dei singoli fattori, quanto la serie di valutazioni baseline/follow-up all'interno di un intervallo temporale configurabile – di default a partire dal baseline
- Visualizzazione grafica: la tipologia di grafico richiesto per la visualizzazione di ciascun outcome è legata alle caratteristiche del singolo strumento e verrà inclusa nelle specifiche fornite.

Sarà necessario predisporre una modalità di visualizzazione di alcuni risultati in forma aggregata, ovvero riguardanti più soggetti contemporaneamente, al fine di valutare la performance complessiva. Ad esempio, riguardanti una singola UO o di un gruppo di UO, assistiti per diagnosi specifica, per periodi di trattamento, per DTA/percorsi.

Esempi rappresentazione grafica dei risultati dei test



### 7.11 Eventi critici ed elementi di particolare interesse

Sono informazioni che devono essere messe in evidenza nella sezione Home. Questa sezione deve essere accessibile solo a determinate categorie di professionisti, secondo quanto definito nella profilatura degli utenti (es. non per gli amministrativi).

Hanno la funzione di allertare il professionista rispetto a condizioni di salute o comportamenti che potrebbero compromettere l'efficacia del trattamento o la salute del paziente.

I professionisti, a loro discrezione, indicano quali elementi ritengono di particolare importanza per il trattamento terapeutico o perché rappresentano condizioni di rischio (es. allergie, particolari patologie organiche o psichiatriche, stato di gravidanza, eventi traumatici, abusi/maltrattamenti, abuso di sostanze, tentativi di suicidio, comportamenti aggressivi, autolesionismo, overdose, BMI, obesità, allergie alimentari, ipertensione).

Le informazioni possono essere già registrate nelle diverse sezioni, come ad esempio prestazioni (note diario clinico), anamnesi, esame obiettivo, parametri vitali, stili di vita. SCCE dovrà dare la possibilità di selezionare le informazioni ritenute importanti e replicarle nella sezione "Eventi critici e ..." in modo semplice e sintetico. Allo stesso modo il professionista potrà disattivare o meno alcuni eventi nel caso in cui non fossero più rilevanti ai fini terapeutico (es. stato di gravidanza).

Dovrà essere possibile anche inserire elementi ritenuti di particolare interesse direttamente nella sezione Eventi critici in un campo note.

### 7.12 Prescrizione e erogazione farmacologica

Il DSM-DP, in particolare modo nei CSM e nei SerDP, è un settore dove vi è un'alta attività di prescrizione farmaci per i propri pazienti. Lo strumento di prescrizione dovrà essere, per le specificità dei Servizi, veloce nella compilazione, prevedere le diverse modalità di erogazione farmacologica, interfacciarsi a eventuali dispositivi medici.

SCCE deve garantire:

- tutte le funzioni utili ad una efficace e sicura prescrizione ed erogazione dei farmaci, considerando anche le specificità dei farmaci erogati (es. sostitutivi quali il metadone, psicofarmaci), le modalità e i luoghi di somministrazione
- la prescrizione ed erogazione dei farmaci in base alle normative, circolari o indicazioni fornite
- disponibilità di alert su allergie ai farmaci/molecole e interazione tra farmaci
- collegamento alla banca dati regionale sui farmaci (vedi servizi REST)
- predisposizione di documentazione LLGG cliniche per il corretto uso dei farmaci
- possibilità di associazione di codice esenzione per patologia cronica o invalidante
- possibilità di strutturare "percorsi informatici" pre-condivisi per guidare i medici nella compilazione delle prescrizioni in maniera da uniformare le modalità prescrittive a livello regionale
- l'utilizzo di interfacce facilitate che consentano una corretta gestione della somministrazione del farmaco, anche sulla scorta delle esperienze consolidate con gli applicativi dei SerDP e del Carcere
- l'utilizzo di tablet per la somministrazione dei farmaci
- l'interfaccia con altri sistemi di erogazione dei farmaci (vedi SerDP), che a loro volta gestiscono sistemi elettromedicali di erogazione del farmaco (vedi voce specifica)
- la stampa di moduli specifici per i farmaci (vedi voce specifica: consensi, note tecniche, piano terapeutico)
- la facilitazione dei medici per le attività di riprescrizione, aggiornamento della terapia, sospensione e chiusura terapia
- la facilitazione nella prescrizione di farmaci che vengono prescritti più frequentemente
- la calendarizzazione delle somministrazioni e gli alert per il rinnovo della prescrizione della terapia
- la stampa della documentazione clinico e legale per gli affidi terapeutici
- il rispetto delle indicazioni legali per la tracciatura delle somministrazioni dei farmaci stupefacenti
- il sistema deve prevedere logiche di trasferimento della terapia a seguito di trasferimento del paziente verso altre strutture/unità operative regionali che adottano SCCE. La copia della terapia a seguito di

trasferimento deve prevedere logiche di ri-validazione da parte del personale della struttura/unità operativa ricevente.

- Il sistema deve prevedere che, all'atto della prescrizione, vengano generati alert legati a specifiche logiche, che implementino in particolare:
  - o Verifiche di sovradosaggio
  - o Verifiche di prescrizioni multiple
  - o Verifiche di cross-compatibilità tra farmaci (interazioni)
- Verifiche di allergie
- una rappresentazione grafica sinottica delle terapie in atto o pregresse
- il sistema deve consentire l'importazione completa o parziale di terapie farmacologiche di CCE precedenti
- SCCE deve consentire la generazione di documenti relativi alla terapia in dimissione orientati ad una leggibilità da parte del paziente
- chiusura delle terapie farmacologiche nei periodi in cui l'assistito è ricoverato in un reparto SDPC/SPOI, in base alle notifiche SOLE e alle informazioni sul trattamento ricovero inserito.

La prescrizione ed erogazione dei farmaci è un'attività importante nel DSM-DP. Al fine di illustrare alle ditte alcuni aspetti della complessità della prescrizione ed erogazione farmaci e quindi stimare un giusto effort necessario per lo sviluppo dell'attività, a mero titolo esemplificativo si allegano dei documenti di microanalisi di SISP:

[Allegato 38: P1.35-12 SPA MIA Gestionale per la sanità penitenziaria]

[Allegato 16: P1.21-16 SPA MIA SISP Analisi modifiche evolutive per prescrizione e erogazione farmacologica]

[Allegato 32: Tablet P1.64.3-14 SPA MIA SISP Sincronizzazione e sicurezza tablet (fase 1)]

[Allegato 28: Tablet P.1.20-16 SPA MIA SISP Analisi modifiche evolutive per aggiornamento app sul Tablet]

[Allegato 29: Tablet P.1.80-15 SPA MIA SISP Modifiche evolutive tablet in seguito alla sperimentazione]

[Allegato 30: Tablet P1.64.1-14 SPA MIA SISP Interfaccia tablet (fase 1)]

[Allegato 31: Tablet P1.64.2-14 SPA MIA SISP Adeguamento core per tablet (fase 1)]

[Allegato 39: P1.A8-12 SPA MIA SOLE - Dematerializzazione - MIA e specifiche per sistemi prescrittivi]

[Allegato 7: P1.A7-12 SPA SPF - Data Set – Dematerializzazione]

[Allegato 46: P1.A7-12\_SPA\_HL7\_Dematerializzazione - MIA per modifiche al core SOLE e SAR]

[Allegato 5: DispositiviMedici\_ApiDocumentation]

[Allegato 8: Farmaci\_ApiDocumentation]

SCCE deve gestire anche la somministrazione dei farmaci per le dipendenze, che comportano una particolare gestione dovuta sia alle specificità del servizio, sia alla normativa che regola anche le modalità di registrazione delle prescrizioni ed erogazione dei farmaci. Inoltre, come specificato in precedenza. In alcune AUSL è prevista l'interfaccia con altri software di gestione dei dati (vedi Interfaccia con WinSimet), mentre in altre l'erogazione è prevista direttamente tramite SCCE. A scopo meramente esemplificativo si allega il manuale dell'attuale sistema di erogazione dei farmaci per il SerDP. A valle dell'aggiudicazione verranno fornite le specifiche per l'implementazione della somministrazione dei farmaci.

[Allegato 9: Manuale DotFED per le dipendenze 2015]

### **7.12.1 Sistemi di interazione tra farmaci**

È auspicabile l'integrazione con **sistemi esperti di valutazione di interazione tra farmaci**, al fine di indicare ai professionisti potenziali prescrizioni inappropriate o dannose per i pazienti. La Regione proporrà l'interfaccia con un database esterno o con altri sistemi che consentano di raggiungere il risultato atteso.

### **7.12.2 Normativa, circolari, indicazioni regionali e nazionali di riferimento**

SCCE dovrà garantire la sicurezza nella prescrizione ed erogazione dei farmaci, anche attraverso l'osservanza di norme, circolari o indicazioni regionali o ministeriali. In particolare si fa riferimento a:

#### **Linee di indirizzo regionali**

Al fine di raggiungere la massima sicurezza nell'uso dei farmaci, la prescrizione e l'erogazione in SCCE dovrà essere conforme alle "Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci rivolte alle Strutture del Servizio Sanitario Regionale":

[Allegato: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/Linee%20di%20indirizzo%20per%20la%20gestione%20clinica%20dei%20farmaci%20-%202014.pdf>]

#### **Decreto Ministeriale 11 Maggio 2010 – registrazione sostanze stupefacenti**

SCCE dovrà garantire la modalità di registrazione della movimentazione delle sostanze stupefacenti in base a quanto delineato nel Decreto Ministeriale 11 Maggio 2010 "Modalità di registrazione con sistemi informatici della movimentazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, dei medicinali e delle relative composizioni di cui alle tabelle allegate al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. (10A06353) (G.U. Serie Generale n. 121 del 26 maggio 2010)":

[Allegato: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2010/05/26/10A06353/sg>]

#### **Flusso FED – farmaci ad erogazione diretta**

SCCE dovrà garantire il rispetto delle normative in merito ai flussi informativi regionali/ministeriali e la normativa relativa alla gestione dei farmaci sostitutivi. Dal 2006 è istituito il flusso informativo dei farmaci a erogazione diretta (FED) che nasce a completamento dell'articolato sistema informativo che la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato a supporto delle azioni intraprese per il governo dell'assistenza farmaceutica. SCCE dovrà produrre le informazioni per il tracciato regionale FED, le cui specifiche sono indicate al seguente link:

[Allegato: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/assistenza-farmaceutica/fed>]

#### **Ricognizione e riconciliazione farmacologica**

La prescrizione dovrà seguire anche le indicazioni fornite nelle Raccomandazione per la Sicurezza nella terapia farmacologica "Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura" della Regione Emilia-Romagna dell'ottobre 2015:

[Allegato: [http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/sicurezza\\_farmacologica\\_2-rev2015.pdf](http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti/sicurezza_farmacologica_2-rev2015.pdf)]

#### **Circolare trattamento oppiacei**

Con la circolare n. 1 "Indicazioni alle aziende sanitarie e agli enti accreditati per il trattamento delle dipendenze in merito alla consegna ai pazienti in trattamento dei farmaci per la dipendenza da oppiacei" si forniscono informazioni alle AUSL e agli enti accreditati sulle modalità di consegna e gestione dei farmaci per la dipendenza da oppiacei:

[Allegato: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/normativa/dal-2005-al-2009/circolareconsegnadefinitiva.pdf>]

### **7.12.3 Prescrizione**

La prescrizione è l'atto con cui il medico (vedi profilazione SCCE) stabilisce quale farmaco debba essere somministrato all'assistito. SCCE deve gestire le informazioni soprattutto per la componente di tipo esecutivo che include la qualità e la completezza delle informazioni essenziali per la prescrizione e l'erogazione dei farmaci.

Oltre alle informazioni clinico-diagnostiche sul paziente, il modello di prescrizione del DSM-DP dovrà, ad esempio, prevedere:

- principio attivo (preferibilmente) e/o il nome commerciale del farmaco, specificando l'eventuale non sostituibilità del farmaco in caso di disponibilità in commercio di prodotti equivalenti nel rispetto della disciplina vigente
- le quantità di farmaci da erogare per somministrazione
- forma farmaceutica
- la definizione del tipo di terapia, ad esempio se costante o ad aumentare/scalare (vedi esempio per le terapie con psicolettici, con metadone)
- via e modalità di somministrazione (velocità, tempo di infusione, eventuali dispositivi medici, ecc)
- per i farmaci da somministrare in soluzione: qualità e quantità del solvente per la ricostituzione e/o la diluizione
- durata del trattamento (inizio, termine) e, laddove necessario, date e orari previsti per la somministrazione
- dati prescrittore
- le note in ricetta o per uso interno nella fase di somministrazione
- la definizione di terapia al bisogno
- la definizione di modalità e le condizioni di somministrazione dei farmaci
- le informazioni cliniche necessarie per la corretta somministrazione dei farmaci.

#### **7.12.4 Somministrazione**

All'atto della somministrazione deve essere rilevato, in aggiunta ai dati già previsti per l'esecuzione di attività di worklist:

- l'eventuale farmaco alternativo
- la dose effettivamente somministrata (obbligatorio indicarla nei casi di dose non specificata in dettaglio in fase prescrittiva)
- eventuali motivazioni di mancata somministrazione.

In merito si vedano i contenuti riportati nelle specifiche del tablet per SISP.

Il sistema deve prevedere una logica di somministrazione con rilevazione, controllo e tracciabilità, tramite lettura di barcode o tecnologie equivalenti, di match tra Terapia e Farmaco (commerciale o dose unitaria). Tale tracciabilità deve avvenire tramite dispositivi mobili o tecnologia equivalente.

Il sistema deve prevedere la gestione di alert (eventualmente implementati) relativi a ritardi o anticipi di somministrazione.

SCCE deve consentire la generazione di "liste di prelievo" per la preparazione della somministrazione, con le modalità specifiche dell'azienda (es. preparazione del "carrello terapia").

#### **7.12.5 Ciclo del Farmaco – Ambulatoriale**

Allo scopo di gestire la prescrizione e somministrazione in ambito ambulatoriale, deve essere reso disponibile modulo di prescrizione analogo a quanto previsto per il regime di ricovero anche per cartelle non di ricovero. Qualora nel contesto ambulatoriale non fosse presente una somministrazione controllata del farmaco (es. consegna del paziente per auto-somministrazione a domicilio), il sistema deve prevedere:

- Generazione impegnative dematerializzate.
- Invio della prescrizione al sistema di Erogazione Diretta del Farmaco (se presente).
- Generazione di promemoria di somministrazione per il paziente.
- Generazione, quanto previsto, del Piano Terapeutico.

#### **7.12.6 Allergie farmaci e intolleranze particolari**

SCCE deve consentire una registrazione di eventuali allergie ai farmaci, definiti AIC, categorie di farmaci ATC o determinati principi attivi, al fine di allertare i medici nella fase di prescrizione di farmaci contenenti specifici componenti allergenici. SCCE deve quindi:

- predisporre di collegamenti e evidenze con altre sezioni della SCCE (es. malattie infettive e allergie/intolleranze alimentari)

- segnalazione puntuale in fase di prescrizione farmacologica delle allergie del paziente ad una particolare molecola o farmaco
- possibilità di specificare il tipo di reazione presentata, ecc.
- strettamente legata alla scheda del paziente
- possibile unione con gestione problemi.

### 7.13 Prescrizione specialistica

Nel DSM-DP, in particolare modo i SerDP e la NPJA, vi è un'alta attività di prescrizione specialistica, soprattutto di laboratorio e strumentale. Lo strumento di prescrizione specialistica dovrà essere, per le specificità dei Servizi, veloce nella compilazione.

SCCE deve garantire:

- tutte le funzioni utili ad una efficace, sicura e facilitata prescrizione specialistica
- considerare le specificità delle prescrizioni richieste dai servizi (es. ricerca dei metaboliti urinari a scopi medico legali o esame del capello per i SerDP), le modalità e i luoghi di somministrazione
- ricerca sulla base di diversi cataloghi e filtri (catalogo SOLE di specialistica ambulatoriale e i cataloghi accessori)
- prescrizione ed erogazione delle prestazioni in base alle normative, circolari o indicazioni regionali o ministeriali
- disponibilità di alert per prestazioni già prescritte e non erogate
- facilitazione dei medici per le attività di rinnovo della ri-prescrizione (nuova prescrizione emessa in data odierna con le stesse prestazioni/caratteristiche di una precedente), soprattutto per la situazione di routine (es. esami urine sistematiche una volta a settimana per i metaboliti urinari per i SerDP)
- possibilità di strutturare "percorsi informatici" pre-condivisi per guidare i medici nella compilazione delle prescrizioni in maniera da uniformare le modalità prescrittive a livello regionale
- collegamento alla banca dati regionale prestazioni specialistiche (Catalogo SOLE - vedi voce specifica)
- possibilità di associazione di codice esenzione per patologia cronica o invalidante (es. tossicodipendenza, disturbi del comportamento alimentare, prevenzione)
- possibilità di prescrivere sia in modalità dematerializzata sia, nei casi di rifiuto della prescrizione da parte di SOGEI, con ricetta rossa SSN e anche con ricetta bianca non del SSN
- SCCE deve prevedere che, all'atto della prescrizione, vengano generati alert legati a specifiche logiche, ad esempio verifiche di prescrizioni multiple, prescrizioni non appropriate in base alla diagnosi codificata
- consentire l'importazione dei referti dalla rete SOLE
- consentire la refertazione anche manuale degli esami specialistici erogati (es. esami effettuati in altri contesti extra regione, esami che non sono ritornati da SOLE, annullo prescrizione, rifiuto della prestazione specialistica)
- gestione delle informazioni di catalogo correlate alle prestazioni finalizzate a orientamento, guida, appropriatezza prescrittiva da attivare in maniera diversificata. Le informazioni sono presenti sull'archivio catalogo SOLE; SCCE deve solo saper leggere e gestire (sempre tramite le API) e visualizzare correttamente. Ad esempio:
  - a. per ogni prestazione specialistica prevedere la possibilità di visualizzare (le indicazioni cliniche per l'accesso alle prestazioni)
  - b. la griglia con le indicazioni deve poter essere collegata al singolo livello di priorità della prestazione (U,B,D,P) (diverse tabelle per diverse priorità)
  - c. possibilità di vincoli temporali per la ripetizione di un esame: ad esempio non può essere richiesto il dosaggio del colesterolo se non sono passati almeno 3 mesi dalla precedente richiesta
  - d. possibilità di vincoli di esclusione tra esami (ad esempio VES e PCR tra loro, oppure markers tumorali), oppure tra una prestazione e un altro parametro (esempio PSA e sesso femminile)
  - e. Definizione di profili diagnostici (protocolli)
- Gestione delle esenzioni differenziandone la tipologia, in particolare per le esenzioni correlare alla posizione anagrafica (recuperate quindi dall'Anagrafe Regionale Assistiti (ARA), l'applicativo deve proporre l'associazione dell'esenzione se prevista la correlabilità con la prestazione scelta ma deve anche lasciare la possibilità di non applicare tale esenzione se la prescrizione non è correlata alla patologia

esentante. Mentre le esenzioni determinate dalla condizione, quindi non rilevate dall'ARA (gravidanza, screening, prevenzione...), possono essere applicate in fase prescrittiva se la prestazione è associabile e se il medico lo ritiene opportuno. La correlazione tra prestazione ed esenzione per le esenzioni per patologia o gravidanza è definita su catalogo SOLE, pertanto l'applicativo deve aggiornare queste informazioni tramite i servizi di aggiornamento automatico

- accesso allo storico prescrizioni che saranno caratterizzate a seconda della tipologia (importanti, in emergenza, non importanti, ecc.)
- Predisposizione per scelta stampa ricetta su ricetta SSN rossa /ricetta SSN dematerializzata (con o senza promemoria)/ ricetta bianca
- l'inserimento manuale delle informazioni che non ritornano da SOLE e che sono disponibili per l'assistito (es. esami di laboratorio, referti di specialistica o ricovero, esami)
- la gestione delle prescrizioni "fuori dal nomenclatore tariffario" (es. buprenorfina, CDT, amfetamine e analoghi, MDMA).

La prescrizione ed erogazione specialistica è un'attività importante nel DSM-DP. Al fine di illustrare alle ditte alcuni aspetti della complessità della prescrizione specialistica (laboratorio, strumentale e visite) e quindi stimare un giusto effort necessario per lo sviluppo dell'attività, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo si allegano dei documenti di micro analisi di SISP:

[Allegato 38: P1.35-12 SPA MIA Gestionale per la sanità penitenziaria]

[Allegato 18: P1.24-16 SPA MIA SISP Analisi dema e modifiche prescrizione e erogazione specialistica]

[Allegato 42: P1.23\_08 revisione servizi Sole v1.1]

[Allegato 7: P1.A7-12 SPA SPF - Data Set – Dematerializzazione]

### **7.13.1 Facilitazioni a supporto delle attività organizzative dei Servizi**

SCCE dovrà facilitare tutte le attività connesse con la prescrizione ed erogazione delle prestazioni specialistiche, comprese le attività organizzative interne al servizio. Ad esempio, dovrà avere una funzione che consenta al personale infermieristico di visualizzare e registrare le informazioni sui prelievi da effettuare (l'infermiere nell'apposita sezione avrà l'elenco delle persone che devono effettuare l'esame in giornata).

Oltre alla possibilità di ri-prescrivere una prestazione precedente, SCCE deve consentire la gestione la calendarizzazione di alcune prestazioni da effettuare in maniera routinaria. Ad esempio specificare nella prescrizione il numero di esame delle urine da effettuare e la calendarizzazione dei prelievi (es. 1 volta a settimana).

### **7.13.2 Informazioni che compongono la prescrizione**

SCCE deve consentire la registrazione di tutte le informazioni utili ad una corretta e appropriata prescrizione specialistica. Ad esempio, le informazioni che dovranno essere presenti nella scheda prescrizioni specialistica sono:

- Informazioni utili a identificare l'assistito e il medico prescrittore (es. nome, CF, eventuale specialità) (presi da ARA)
- Priorità (U-urgente 24 h, B- urgente 7 giorni, D-differibile (30-60 giorni), P – programmabile) campo obbligatorio su ricetta
- Tipo di prescrizione (es. suggerita, ricovero)
- Quesito diagnostico (campo obbligatorio su ricetta)
- Note su ricetta per medico specialista e note per uso interno al DSM-DP
- Tipologia indagine (es. Esami strumentali, laboratorio, visite)
- Campo per la ricerca testuale della prestazione
- Branca specialistica
- Solo per i prelievi o per particolari esami, specifica se il prelievo debba essere effettuato all'interno (es. prelievo delle urine SerDP) o all'esterno della struttura (laboratorio).

SCCE dovrà controllare e garantire, attraverso un sistema di controlli, che almeno le informazioni fondamentali per la formulazione della ricetta siano valorizzate e correttamente compilate.

### **7.13.3 Prescrizione e aspetti relativi al CUP integratore con PS**

Il Pronto Soccorso deve essere in grado di richiedere consulenze a SCCE attraverso il Cup integratore, che consentirà la richiesta di prestazioni da eseguire immediatamente. Il ritorno del referto avverrà attraverso il canale SOLE di FSE, che dovrà essere configurato in ogni Azienda per la spedizione in tempo reale.

SCCE deve consentire la gestione di tutta l'attività inerente la prescrizione della Specialistica ambulatoriale e la relativa erogazione delle prestazioni. In particolare, dovrà essere prevista la prescrizione ed erogazione per la seguente specialistica: esami di laboratorio (esami ematochimici, laboratorio), visite specialistiche ed esami strumentali (radiologia).

SCCE deve garantire:

- tutte le funzioni utili ad un'efficace e sicura prescrizione ed erogazione dei farmaci, considerando anche le specificità del contesto del DSM-DP
- la valorizzazione di tutte le informazioni sulla prescrizione ed erogazione, così come definito nella documentazione allegata

[Allegato 33: DA 19.18 Manuale HL7 per Servizi Pronto Soccorso]

### **7.13.4 Servizi API-rest per la prescrizione specialistica**

Verranno fornite specifiche che consentono un utilizzo delle funzioni di prescrizione secondo regole definite per **l'utilizzo del catalogo SOLE**:

- Gestione delle prestazioni esentabili
- Gestione dei pacchetti di prestazioni
- Gestione della branca specialistica
- Gestione degli importi
- Gestione dell'ordinamento delle prestazioni
- Gestione delle quantità
- Regole sulle prestazioni
- Gestione voci generiche
- Applicazione della priorità di accesso sulla prescrizione
- Gestione sinonimi e ricerca prestazioni
- Visualizzazione del Catalogo SOLE e ordinamento
- Gestione dello storico
- Gestione Note e LG
- Gestione appropriatezza prescrittiva (Nuovi LEA)
- Gestione analiti nel ritorno del referto
- Modulistica regionale e aziendale
- Protocolli
- Percorsi guidati

### **7.13.5 Gestione delle prestazioni esentabili**

Decreto Ministero Salute 296/2001:

- patologie con lista esaustiva di prestazioni = l'applicativo deve legare gli esami e applicare l'esenzione con modalità automatica
- patologie senza lista esaustiva di prestazioni = se il pz. è esente deve essere demandata al medico la possibilità di applicare l'esenzione alle prestazioni prescritte.

Per visita specialistica (circolare Min Salute 13/2001): la prestazione "89.01 Anamnesi e valutazione definite brevi – Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima" corrisponde alla visita specialistica di controllo; per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi come esenti.

È esente anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente.



L'applicativo, solo in presenza di esenzioni sull'assistito, deve permettere di legare, le prestazioni 89.01 (visite di controllo) a tutte le esenzioni per patologia demandando al prescrittore la corretta applicazione dell'esenzione, e tramite apposito warning\* avvisare il medico di convertire la prima visita in visita di controllo. La conversione della prestazione (da prima visita a visita di controllo) dovrà avvenire con modalità automatica, e fare in modo che l'apposito warning non sia bloccante nella scelta della prestazione. Per questo motivo con l'aggiornamento del catalogo SOLE sarà previsto l'invio anche di questa informazione (API REST).

#### **7.13.6 Gestione dei pacchetti di prestazioni**

I pacchetti sono composti da 2 o più prestazioni appartenenti alla stessa branca specialistica (es: visita cardiologica + ECG).

SCCE deve permettere ai medici di selezionare dall'elenco un pacchetto e quindi di "spacchettarlo", cioè dividerlo nelle singole prestazioni che lo compongono. Le singole prestazioni del pacchetto selezionato dovranno essere mostrate a video al medico, per poterle quindi stampare sul ricettario e inviarle nella prescrizione elettronica SOLE o dematerializzata.

Nella prescrizione dematerializzata viene inviato anche il codice del pacchetto.

Si risolve in questo modo il problema di valutare con il giusto peso i pacchetti per:

- il calcolo del numero massimo di prestazioni che possono essere presenti sulla stessa ricetta
- l'applicazione di un'esenzione per patologia per una o più delle prestazioni che compongono il pacchetto;
- l'ordinamento delle prestazioni sulla ricetta per ordine decrescente di tariffa;
- l'associazione automatica, in fase di importazione dei referti in ACC, del referto trasmesso e la prestazione prescritta a cui esso fa riferimento.

#### **7.13.7 Gestione della branca specialistica**

Nel catalogo SOLE per ogni prestazione c'è anche il codice della branca di appartenenza. Per alcune prestazioni, denominate "multi branca", sono previste più branche associate. SCCE dovrà suddividere le prestazioni sulle ricette in base alla branca specialistica: significa che all'interno della stessa ricetta devono essere presenti solo prestazioni appartenenti alla stessa branca; prestazioni di branche diverse dovranno essere divise in ricette diverse, una per ogni branca.

All'interno di una ricetta inoltre non possono essere stampate più di 8 prestazioni (della stessa branca), ad eccezione delle prestazioni cicliche che possono prevedere la stampa di massimo 3 cicli. Queste regole SCCE le deve gestire.

#### **7.13.8 Gestione dell'ordinamento delle prestazioni**

SCCE deve ordinare le prestazioni sulla ricetta in ordine decrescente di importo, cioè ordinate da quella con l'importo più alto a quella con il prezzo più basso. Questo ha lo scopo di applicare sempre lo stesso ticket a due pazienti che hanno ad esempio 10 prestazioni prescritte ma che avendole ordinate in modo diverso pagherebbero ticket diversi.

#### **7.13.9 Gestione delle quantità**

SCCE dovrà prevedere la possibilità di selezionare la prestazione desiderata ed inserire il numero di ripetizioni nell'apposito campo "quantità". Se la quantità supera il numero di 8, cioè il numero massimo delle prestazioni prescrivibili su una ricetta SSN, l'applicativo deve stampare su due ricette. La prescrizione elettronica inviata a SOLE conterrà il campo prestazione ripetuto una sola volta e la quantità, riportata in un apposito campo del messaggio HL7.

I referti devono essere associati alle righe della prestazione ripetuta nel rispetto di un ordinamento crescente di data di refertazione.

#### **7.13.10 Regole sulle prestazioni e priorità di accesso sulla prescrizione**

SCCE dovrà gestire alcune regole che verranno fornite sui vincoli delle prescrizioni. Ad esempio:

- vincoli temporali (prestazioni già prescritte/erogate in un limite temporale prestabilito)
- priorità
- sesso (prescrivibile solo a uomini o donne)
- età (prescrivibile solo ad adulti o bambini)

- screening
- incompatibilità tra prestazioni.

A valle dell'aggiudicazione verranno consegnate ulteriori specifiche sulle regole delle prescrizioni.

Il prescrittore deve selezionare la priorità (lettere U, B, D e P).

- selezionare una sola casella
- la priorità può essere modificata a discrezione del prescrittore
- va sempre trasferita all'interno del SATPE.

#### **7.13.11 Gestione voci generiche, sinonimi e ricerca prestazioni**

Sono prestazioni con descrizione generica senza il dettaglio della metodica utilizzata in fase di erogazione della prestazione. Il medico, che non conosce la metodica che sarà utilizzata al momento dell'erogazione, seleziona una descrizione generica. Le voci generiche non hanno un codice DMR (Decreto Ministeriale Regionale) e di conseguenza non hanno un importo. Ad esempio:

Voce generica	4356 154 D-DIMERO - sangue
Prestazioni singole	1309 154 D-DIMERO (EIA) – sangue 90.61.4
	1310 154 D-DIMERO TEST AL LATTICE – sangue 90.61.5

L'applicativo deve prevedere la ricerca per "testo contenuto", inserendo solo una parola, parte o un tronco della descrizione si devono visualizzare tutte le prestazioni che contengono il testo inserito.

Il fornitore, a sua discrezione, potrà fornire ulteriori funzionalità ai per facilitare la ricerca (es. sinonimi, glossari, etc.)

#### **7.13.12 Visualizzazione del Catalogo SOLE e ordinamento**

La visualizzazione delle prestazioni del catalogo SOLE deve avvenire con modalità nettamente differenziata da altri cataloghi (personali/aziendali) presenti sulla cartella.

L'ordinamento in visualizzazione (elenco) delle prestazioni sarà alfabetico crescente con la possibilità per il fornitore di proporre altri tipi di ordinamento/raggruppamento. Il carattere maiuscolo/minuscolo devono essere inalterati sulla stampa della ricetta SSN, ovvero devono mantenere lo stesso carattere che viene inviato ad ogni release sull'aggiornamento del catalogo sole.

Dovranno essere visualizzate con colore diverso le prestazioni che non sono erogate all'interno della azienda di riferimento del medico prescrittore.

Inoltre, devono essere rese ben visibili eventuali note configurate a catalogo SOLE relative alla prestazione selezionata.

#### **7.13.13 Gestione dello storico**

L'applicativo deve implementare la gestione delle prestazioni storiche, cioè di quelle prestazioni per le quali vengono eliminate o modificate le descrizioni. Le prestazioni eliminate saranno conservate e visibili nel diario prescrittivo, ma non saranno mai riprescrivibili.

Per le prestazioni la cui descrizione è stata modificata l'applicativo deve prevedere un collegamento con la vecchia descrizione di cui verrà mantenuto lo storico e nel caso il medico intenda riprescriverla sarà visualizzata e acquisita con la nuova descrizione.

#### **7.13.14 Gestione appropriatezza prescrittiva (Nuovi LEA)**

I nuovi LEA hanno introdotto due nuove informazioni correlate alle prestazioni:

- indicazioni di appropriatezza
- condizioni di erogabilità

Le prime rappresentano una guida rispetto alla prescrizione della prestazione, mentre le seconde rappresentano un vincolo, pertanto mentre le indicazioni di appropriatezza sono facoltative in fase prescrittiva, le condizioni di erogabilità sono vincolanti e devono essere apposte sulla prescrizione, pena la non erogabilità in SSN.

La cartella pertanto deve visualizzare tali informazioni correlate alla prestazione, il medico ne dovrà selezionare una che poi sarà stampata sulla ricetta.

#### **7.13.15 Gestione analiti nel ritorno del referto**

Per le prestazioni che prevedono al loro interno delle sub analisi, in fase di erogazione quindi potrebbero tornare i risultati strutturati di ciascun analita o solo di alcuni. Tali risultati saranno recepiti dall'applicativo in maniera strutturata

#### **7.13.16 Modulistica regionale e aziendale**

In alcuni contesti e percorsi organizzativi aziendali sono d'obbligo appositi moduli aziendali/regionali per alcune prestazioni. Per fare in modo che il medico abbia a disposizione con modalità immediata la modulistica in fase di prescrizione si è pensato di renderla disponibile nei flussi del catalogo SOLE. La modulistica viene caricata sul portale SOLE (dalla RER o dalle aziende, ad esempio modulo anamnestico di TC e risonanza).

#### **7.13.17 Percorsi guidati**

Sul configuratore di catalogo, possono essere impostati alcuni percorsi di guida alla corretta prescrizione. SCCE, in base alle informazioni dei percorsi configurati, mostra quindi tramite una struttura ad albero anche su più livelli, le condizioni di erogabilità che portano ad una determinata prescrizione.

Allo stesso modo all'interno di SCCE devono essere previsti dei ponti procedurali che consentano, al verificarsi di alcune condizioni, di definire in automatico una richiesta di prestazione specialistica precompilata. Ad esempio, se l'assistito ha un valore di HIV positivo, al salvataggio dell'informazione automaticamente compila una prescrizione di vista specialistica infettivologica. Lo stesso medico potrà decidere se annullare la prescrizione o arricchirla di ulteriori dettagli rispetto a quanto già indicato.

### **7.14 Diario Clinico/prestazioni**

SCCE dovrà prevedere apposita sezione di rilevazione elettronica del Diario Clinico. Tale rilevazione dovrà rispettare la normativa vigente sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria, e in particolare della cartella clinica. Dovranno in particolare essere soddisfatte le caratteristiche di seguito illustrate.

Ogni annotazione di diario dovrà prevedere, ad esempio, la registrazione dei seguenti dati:

- Data-Ora inserimento annotazione
- Data-Ora evento (data e ora dell'evento a cui l'annotazione fa riferimento, potrebbe essere precedente alla data e ora di annotazione, in caso di rilevazione differita)
- Utente Redattore
- Ruolo dell'Utente Redattore (per distinguere la tipologia di annotazione in un contesto di diario clinico integrato)
- Contenuto della annotazione (testuale)
- Luogo di erogazione dell'attività/prestazione (informazione desunta in fase di accesso dell'utente alla cartella)
- Codifica della prestazione
- Specifica della prestazione, finalizzata ad individuare una corretta codifica a-posteriori (es. psicoterapia *individuale, di coppia o familiare*)
- Flag "prestazione rilevante", ai fini di riportare l'informazione nel quadro sintetico dell'assistito
- Altre informazioni che si riterrà utile tracciare in fase di progettazione della cartella.

Le informazioni elencate nel punto precedente dovranno essere visibili contestualmente (nessuna omissione di parti della annotazione) e le annotazioni dovranno essere ordinate temporalmente (per data e ora inserimento o data e ora evento).

Qualora sia consentito lasciare annotazioni di diario in "bozza", tali annotazioni non devono essere visibili da operatori diversi dal redattore fino alla validazione della stessa.

La rettifica di annotazioni (che non siano in bozza) deve essere prevista unicamente come annullamento (graficamente visibile, ad esempio tramite "barrato" della annotazione rettificata). La nuova nota a rettifica di quella annullata dovrà avere data e ora inserimento coerenti con la rettifica (essere quindi posta in coda cronologica), pur condividendo eventualmente la data e ora di evento con la annotazione rettificata.

Allo scopo di consentire una migliore fruizione del Diario Clinico in versione elettronica sono auspicabili:

- Possibilità di ordinamento personalizzato.
- Possibilità di filtro sugli elementi della annotazione (es. “solo annotazioni mediche”, “solo annotazioni dell’utente X”, “solo annotazioni delle ultime 24h”).
- Possibilità di classificare (e conseguentemente filtrare) le annotazioni di diario (es. “Annotazione di Trasfusione”, “Annotazione di Consulenza” “annotazioni dell’operatore X”)

Il Diario Clinico dovrà essere Integrato, prevedendo quindi annotazioni da parte di tutte le figure professionali che concorrono al processo clinico assistenziale. È necessario che siano chiaramente distinte le annotazioni di diario di tipo Medico da quelle delle altre figure professionali (vedi profilazione).

La generazione del documento finale sostitutivo di SCCE (vedi sezioni precedenti) dovrà comprendere il Diario Clinico, rispettando le indicazioni sopra esposte. L’ordinamento delle annotazioni da utilizzare nella generazione del documento deve essere quello per data e ora inserimento.

Il diario sarà una delle principali aree di lavoro dei futuri utenti dell’applicativo. Per **Diario** si intende la descrizione di ogni attività significativa sul paziente, recante informazioni sullo svolgimento dell’attività stessa, sull’esito ottenuto dall’attività e degli elementi rilevanti.

Ogni professionista sarà responsabile di quanto certificato sul diario della cartella del paziente, limitatamente alla sua attività e al suo profilo professionale. Il programma dovrà permettere di ordinare e catalogare le annotazioni sul diario in modo cronologico e/o per profilo professionale e/o per unità operativa erogante l’intervento stesso.

Il diario potrà contenere annotazioni significative per il progetto del paziente, anche slegate dalla realizzazione di reale prestazione nei suoi confronti (es. discussione caso in équipe).

Attualmente i tre servizi hanno 3 diversi nomenclatori regionali per la codifica delle prestazioni. Sarà disponibile un unico *nomenclatore regionale delle prestazioni* del DSM-DP. Per l’individuazione delle prestazioni si farà riferimento al Nomenclatore regionale SOLE, che conterrà tutte le possibili prestazioni erogabili nei Servizi. È previsto che per ogni prestazione siano indicati i professionisti che possono erogarla (es. Psicoterapia solo medici e psicologi, colloquio tutti, ...).

Attualmente i tre applicativi del DSM-DP (SerDP, NPIA e SMA) hanno tre nomenclatori delle prestazioni differenti, sia in termini di denominazione, sia in termini di quantità di prestazioni previste.

L’obiettivo è di ricondurre tutte le prestazioni dei tre servizi ad un **unico nomenclatore delle prestazioni**, attraverso il collegamento al **Catalogo SOLE**. Il Catalogo SOLE contiene circa 2.900 prestazioni di specialistica ambulatoriale oltre ad altre prestazioni (c.d. accessorie) che appartengono ad altri setting assistenziali (es NPIA, cure termali, SerDP, medicina legale, ecc); alcune prestazioni attualmente non presenti saranno aggiunte a SOLE.

Ogni prestazione ha *corrispondenza con un codice del Nomenclatore Regionale SOLE* per salvaguardare il rispetto della normativa Nazionale e regionale in materia di Livelli essenziali di assistenza, in quanto il prescrittore ha a disposizione un catalogo che prevede esclusivamente voci che rientrano nei LEA quindi erogabili in regime SSN. L’allineamento al Nomenclatore consente inoltre la corretta attribuzione di tariffa e branca per tutte le prestazioni del Catalogo SOLE di specialistica.

Per la specialistica (la parte più corposa del catalogo) partendo dalla prestazione del Nomenclatore Nazionale/Regionale, le voci del catalogo SOLE sono state costruite con un **dettaglio maggiore**, per consentire di individuare la corretta prestazione da prescrivere ed erogare.

Il catalogo SOLE inoltre prevede per alcune prestazioni degli **attributi** che consentono di dettagliare meglio la prestazione ad esempio per quanto riguarda il materiale, o l’organo su cui viene erogata, oppure semplicemente per distinguere la lateralità.

Le codifiche sole sono veicolate su tutti i sistemi integrati SOLE, quindi a partire dalle cartelle di prescrizione, ai sistemi di prenotazione e refertazione. Sono poi le stesse utilizzate per la ricetta dematerializzata.

Naturalmente ciascuna sezione del catalogo (specialistica, NPIA, SerDP, medicina legale ecc) ha regole specifiche ai fini della veicolazione sui diversi sistemi, ad esempio le cartelle prescrittive dei medici di base ricevono solo la specialistica ambulatoriale.

Esistono anche prestazioni di prevenzioni che non sono collegate ad un singolo utente, ma che vengono comunque registrate nella cartella informatica in una sezione apposita e come le altre devono essere consultabili.

Devono essere previste delle funzioni di:

- ricerca testuale
- collegamento al catalogo SOLE
- eventuale associazione delle prestazioni ai trattamenti (associazione non predefinita)
- collegamento con sezione eventi critici per segnalare prestazione di particolare importanza (quando si seleziona la bandierina rossa si apre l'elenco degli eventi critici ai quali abbinare la nota)
- per alcune prestazioni possibilità di associare il numero di persone a cui è rivolta per individuare la tipologia (es: psicoterapia singola, familiare, di coppia)
- ai fini dell'estrazione di dati il codice della prestazione potrà essere individuato automaticamente dal sistema in base al tipo di trattamento nel quale è inserita e al numero di persone a cui è rivolta
- sarà prevista per alcune prestazioni l'obbligatorietà dell'inserimento di una nota (es. telefonata significativa).
- La scelta della prestazione avverrà con una tendina di possibilità che esclude a priori quelle che l'operatore non può mettere e mette ai primi posti quelle che quell'operatore più frequentemente utilizza
- La "ultime attività eseguite" sul paziente possono quindi essere: specifica prestazioni selezionate con o senza nota, oppure altre attività che trovano sezioni specifiche nella cartella quali "prescrizioni specialistiche", "testistica", "prescrizioni farmacologiche", "parametri fisici"
- Nelle situazioni di prestazioni erogate a gruppi di assistiti (es. psicoterapia di gruppo), per evitare l'apertura di più cartelle, deve essere prevista una funzione di **registrazione a gruppi di utenti**, con conseguente valorizzazione della prestazione nelle singole cartelle cliniche degli assistiti.

Per alcune prestazioni è prevista un format da inserire nel campo note. Si tratta di alcuni elementi che devono essere non strutturati, ma di supporto al professionista che inserisce l'informazione. Pertanto sono modificabili/cancellabili nel testo. Ad esempio, nella prestazione UVM la nota conterrà le seguenti aree: aree di intervento, risorse impiegate, competenze tra servizi.

[Allegato: Vedi specifiche per SOLE riportate in precedenza]

## 7.15 Trattamenti

I trattamenti sono metodi o pratiche cliniche-terapeutiche-riabilitative finalizzate a migliorare/recuperare/ristabilire un adeguato stato di salute o qualità della vita dell'assistito. Possono prevedere più singole prestazioni dello stesso tipo o di tipo diverso erogate nei confronti degli assistiti.

La realizzazione degli obiettivi richiede la definizione delle risorse necessarie (materiali, umane, economiche, familiari, personali ed istituzionali) e delle specifiche modalità di attuazione (ad esempio psicoterapia, riabilitazione cognitiva, farmacoterapia). I trattamenti sono trasversali o specifici per ogni Servizio (es. trattamento logopedico per NPIA).

In sostanza, i trattamenti sono l'insieme di metodi o pratiche cliniche-terapeutiche-riabilitative finalizzate alla cura dell'assistito. I trattamenti **possono prevedere una o più prestazioni non associate a priori a un determinato trattamento**.

Sono esempi di trattamenti:

- Trattamento clinico - neuropsichiatrico
- Trattamento clinico psichiatrico
- Trattamento clinico - psicologico
- Trattamento clinico - tossicologico
- Trattamento psicoterapeutico
- Trattamento psicoeducativo

- Trattamento logopedico
- Trattamento fisioterapico
- Trattamento psicomotorio
- Trattamento semiresidenziale sanitario
- Trattamento semiresidenziale sociosanitario
- Trattamento residenziale sanitario
- Trattamento residenziale sociosanitario
- Trattamento socio-riabilitativo formazione e/o lavoro
- Formazione o transizione al lavoro
- Trattamento socio-riabilitativo casa-abitare
- Trattamento socio-riabilitativo socialità espressività
- Disintossicazione da sostanze psicoattive in ambiente protetto.

Oltre alle date, ad ogni trattamento dovranno essere associati:

- le **risorse professionali/servizi esterni** destinate per ogni singolo trattamento. SCCE dovrà prevedere l'“attivazione” di un eventuale determinato soggetto esterno alla formulazione dello specifico trattamento
- l'**esito** del trattamento (abbandono del paziente/drop-out, conclusione come programmato, interruzione per vari motivi)
- le **informazioni specifiche** di ogni trattamento. Es: per inserimento in residenza occorre rilevare il tipo di residenza con il relativo codice struttura regionale (STP11, HSP, ...), il/i professionista/i che ha definito il trattamento, le date di inserimento (entra/esce), l'esito dell'inserimento (abbandono, interruzione, concluso). Allo stesso modo, per un trattamento di inserimento lavorativo SCCE dovrà prevedere il tipo di inserimento o la normativa di riferimento. Ogni trattamento potrà quindi prevedere una serie di informazioni specifiche da rilevare
- collegamento a **obiettivi** specifici definiti nel progetto (a quali obiettivi risponde il trattamento erogato?)
- altre informazioni.

Saranno accolte favorevolmente proposte di gestione facilitata dei trattamenti in SCCE, in armonia con il progetto.

## 8 Ulteriori specificità per le dipendenze patologiche

Il Servizio per le dipendenze sarà l'ultimo servizio a utilizzare SCCE, pertanto le specifiche informazioni sotto elencate, come altre che sono state elencate in precedenza (es. interfaccia con WinSimet, interfaccia con RURER), dovranno essere implementate prima dell'attivazione di SCCE nei SerDP regionali.

### 8.1 Rapporto con le sostanze e comportamenti additivi

SCCE dovrà gestire informazioni sul rapporto con le sostanze (alcol, droghe, tabacco) e i comportamenti additivi (gioco d'azzardo), seguendo anche le indicazioni fornite dai flussi informativi ministeriali e regionali (SIND e SIDER – vedi parte specifica). Alcune informazioni dovranno essere illustrate con grafici per restituire informazioni sintetiche ai professionisti e permettere una valutazione sia della storia pregressa dell'assistito (rapporto con le sostanze negli durante l'arco della vita), sia dell'andamento clinico nel corso del tempo durante il processo di cura.

La cartella dovrà verificare la coerenza dei dati immessi tra diverse sezioni della cartella, come ad esempio la sostanza assunta nella sezione rapporto con le droghe e la diagnosi valorizzata nella sezione diagnosi.

A seconda dell'area problematica la cartella dovrà mostrare solo le variabili attinenti che devono essere valorizzate. Ad esempio:

- Area l'area problematica droghe: sostanza primaria, modalità di assunzione, età prima assunzione, via di assunzione, trattamenti precedenti, ...
- Area l'area problematica gioco d'azzardo: gioco con denaro, legale, tipologia del gioco primario, frequenza del gioco, ...
- Area l'area problematica tabacco: numero sigarette al giorno, contenuto di nicotina, CO, ...
- Area l'area problematica Alcol: bevanda prevalente, frequenza del bere, Unità alcoliche assunte, binge drinking, ...

Ad esempio, sull'attuale sistema gestionale SistER sono riportate le seguenti variabili (con differenti filtri e controlli in base alle informazioni immesse):

- Dipendenza patologica primaria
- Frequenza d'assunzione
- Modalità di assunzione
- Età prima assunzione della sostanza primaria
- Dipendenza patologica secondaria
- Co-assunzione
- Comportamento iniettivo pregresso/attuale
- Poliassunzione
- Sostanze poliassunzione (terza, quarta, quinta, ...).

Sempre in merito ai comportamenti additivi sono rilevate anche informazioni in merito a screening rapporto con droghe e /o farmaci (es. uso iniettivo, età primo uso, età primo uso iniettivo), screening alcolismo (es. età inizio bere, età inizio bere problematico, età inizio bere compulsivo) e screening tabagismo.

In merito alle modalità attuali di rilevazione delle informazioni e ai controlli effettuati sulla coerenza delle variabili consultare gli esempi riportati nel paragrafo sui flussi nazionali SISM e SIND e regionali SIDER, SISM e SINPIAER.

Saranno accolte favorevolmente proposte di visualizzazione grafica dei periodi di uso/abuso di sostanze o comportamenti additivi

## 8.2 Trasferimenti terapeutici

La cartella deve prevedere la gestione temporanea di utenti che:

- provengono da altri Servizi per la continuità di terapie farmacologiche. Nella maggior parte dei casi sono pazienti che provengono da altri SerDP extra AUSL (sia della Regione sia di altre regioni italiane), per i quali occorre garantire la continuità delle cure. Per questi pazienti non è prevista la gestione di tutte le fasi della cartella clinica, ma solo di alcune funzioni strettamente necessarie ad alcune attività amministrative e cliniche (es. prescrizione/erogazione farmaci, controllo stato di salute, esami urine)
- sono inviati temporaneamente in altri servizi extra AUSL per la continuità di cure (es. terapie farmacologiche). In questo caso è necessario prevedere una funzione di “temporanea sospensione di alcune attività” della cartella.

## 8.3 Screening infettivologico

Tutti i referti degli esami infettivologici dovranno essere gestiti come tutti gli altri referti inseriti o acquisiti tramite applicativi esterni (SOLE, repository). Limitatamente agli esami infettivologici SCCE dovrà riportare solo i valori per ogni singolo marker contenuti nel referto inserito (da SOLE o manualmente). Lo screening infettivologico è solo una “*visualizzazione speciale*” dei risultati dei referti di laboratorio per gli esami infettivologici. Per ogni marker sarà possibile risalire al referto originario. Se non ricevuto da SOLE i referti potranno essere inseriti anche manualmente.

La scheda dovrà contenere anche informazioni relative ai fattori di rischio delle malattie infettive.

SCCE dovrà produrre una lista degli esami infettivologici che contenga i valori dei singoli marker e un valore positivo/negativo per ogni test che non sarà in alcun modo sostitutivo della valutazione medica, in quanto utile solo a scopi statistico/programmatorio.

Il singolo marker deve essere visto come un insieme di esami identificati in modo univoco dal codice catalogo SOLE. Ad esempio:

- 1352.001 - INTRADERMOREAZIONI CON PPD (TUBERCOLINA SECONDO MANTOUX)
- 4654.001 - TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI (QUANTIFERON)
- Epatite A:
  - o 1575.154 - VIRUS EPATITE A (HAV) ANTICORPI IgG o TOTALI
  - o 1577.154 - VIRUS EPATITE A (HAV) ANTICORPI IgM
- Epatite B:
  - o 1578.154 - VIRUS EPATITE B (HBV) ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.(PREVIA PCR)
  - o 1579.154 - VIRUS EPATITE B (HBV) ACIDI NUCLEICI IBRIDAZ.DIR.
  - o 1580.154 - VIRUS EPATITE B ANTICORPI ANTI c (HBcAb)
  - o 1581.154 - VIRUS EPATITE B ANTICORPI ANTI c IgM (HBcAb IgM)
  - o 1582.154 - VIRUS EPATITE B ANTICORPI ANTI e (HBeAb)
  - o 1583.154 - VIRUS EPATITE B ANTICORPI ANTI s (HBsAb)
  - o 1584.154 - VIRUS EPATITE B ANTIGENE e (HBeAg)
  - o 1585.154 - VIRUS EPATITE B ANTIGENE s (HBsAg)
- Epatite C:
  - o 1588.154 - VIRUS EPATITE C (HCV) ANALISI QUALIT.DI HCV RNA
  - o 1589.154 - VIRUS EPATITE C (HCV) ANALISI QUANTIT.DI HCV RNA
  - o 1590.154 - VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI
  - o 1591.154 - VIRUS EPATITE C (HCV) IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)
  - o 1592.154 - VIRUS EPATITE C (HCV) TIPIZZ.GENOMICA
- Epatite D:
  - o 1593.154 - VIRUS EPATITE DELTA (HDV) ANTICORPI
  - o 1594.154 - VIRUS EPATITE DELTA (HDV) ANTICORPI IgM
  - o 1595.154 - VIRUS EPATITE DELTA (HDV) ANTIGENE HDVAg
  - o 4589.001 - VIRUS EPATITE DELTA (HDV) RNA PCR
  - o 4589.154 - VIRUS EPATITE DELTA (HDV) RNA PCR



- Epatite E: 1576.001 - VIRUS EPATITE E ANTICORPI (HEV AB)
- HIV:
  - o 1604.154 - VIRUS IMMUNODEF.ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI
  - o 1605.154 - VIRUS IMMUNODEF.ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)
- Sifilide:
  - o 1541.154 - TREPONEMA PALLIDUM SCREENING RICERCA ANTICORPI
  - o 1542.154 - TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) (FTA-ABS)
  - o 1543.154 - TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (RIC.QUALITAT.CON EMOAGGLUTIN.PASSIVA) (TPHA)
  - o 1544.154 - TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (RIC.QUANTIT.CON EMOAGGLUTIN.PASSIVA) (TPHA)
  - o 1545.154 - TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (FLOCCULAZIONE) (VDRL) (RPR)
  - o 4446.154 - TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (IMMUNOBLOTTING)(SAGGIO DI CONFERMA).

Lo screening infettivologico dovrà rispondere ai seguenti criteri:

- per ogni marker è riportata la data di effettuazione
- i valori riportati sono esattamente quelli riportati nel referto (sia caricati manualmente o da SOLE)
- la visualizzazione sarà limitata solo all'ultimo esito di ogni marker (data più recente), ma con possibilità di esplorare lo storico dei referti per ogni singolo marker o raggruppamenti
- mostra tutti marker a prescindere che abbiano o meno un referto valido compilato
- per evitare errori dovrà essere sempre possibile l'inserimento manuale dei referti di specialistica, anche per gli esami infettivologici in specifico. Vi deve essere un controllo di inserimento delle informazioni immesse manualmente, attraverso l'individuazione di un set di informazioni ammissibili

Le informazioni rese disponibili agli operatori tramite support dovranno essere aggiornate in modo continuativo al fine di evitare errate interpretazioni dell'esito degli esami. Sarà cura della Regione Emilia-Romagna, tramite il Servizio Sanità pubblica, redigere le informazioni e evidenziare eventuali modifiche alle informazioni pubblicate come support.

#### 8.4 Ricerca positività

Tutti i referti relativi agli esami sulla ricerca delle positività alle sostanze (droghe, farmaci, alcol), rilevati attraverso liquidi biologici o tessuti, dovranno essere gestiti come tutti gli altri referti inseriti o acquisiti tramite applicativi esterni (SOLE, repository). Limitatamente alla ricerca delle positività, SCCE dovrà riportare solo i valori per ogni singolo esame contenuti nel referto inserito (da SOLE o manualmente). La scheda positività è solo una "*visualizzazione speciale*" dei risultati dei referti di laboratorio per la ricerca dei metaboliti nell'urine, sangue o tessuti.

Per ogni marker sarà possibile risalire al referto originario. Nella profilazione dei professionisti di SCCE sarà indicato quali figure possono accedere in visualizzazione e scrittura sugli esami.

SCCE dovrà riportare solo i valori per ogni singolo marker contenuti nel referto inserito (da SOLE o manualmente). Lo screening infettivologico è solo una "*visualizzazione speciale*" dei risultati dei referti di laboratorio per gli esami infettivologici. Per ogni marker sarà possibile risalire al referto originario. Se non ricevuto da SOLE i referti potranno essere inseriti anche manualmente.

SCCE dovrà produrre una lista degli esami infettivologici che contenga i valori dei singoli marker e un valore positivo/negativo per ogni test che non sarà in alcun modo sostitutivo della valutazione medica, in quanto utile solo a scopi statistico/programmatorio.

A titolo meramente esemplificativo e per consentire alle ditte di formulare un adeguato preventivo dell'effort necessario allo sviluppo, si allega a titolo meramente esemplificativo la documentazione ad oggi disponibile:

[Allegato 1: CatalogoRegionaleSOLE - Catalogo accessorio SerDP]

[Allegato 27: SISD\_P1.34-10\_Referti SERT\_DOC FORNITORI]

## 9 Output, estrazioni dati, statistiche

La rilevanza, la certezza del suo utilizzo e il gradimento della nuova cartella del DSM-DP si baseranno anche sulla sua **capacità di fornire informazioni in output** in tempi immediati, senza che l'estrazione dei dati debba coinvolgere personale tecnico, sia che si tratti di elaborazioni semplici (ad esempio le informazioni di base sugli utenti in trattamento), sia nel caso di informazioni complesse per attività di ricerca di supporto alla programmazione.

Allo stesso modo è essenziale prevedere il supporto dei flussi informativi nazionali, soprattutto per i Servizi di Salute mentale adulti e Dipendenze patologiche.

Si dovrà prevedere che il sistema software proposto includa un avanzato sistema di gestione dei dati a fini statistici, di programmazione e di ricerca.

Nel secondo caso si provvederà la fornitura di un sistema evoluto di cruscotto direzionale che consenta, salvaguardando i diversi livelli di aggregazione necessari (es centro di salute mentale, distretto, azienda, gruppo di aziende (es. area vasta, regione), di garantire la rappresentazione di dati analitici di dettaglio e di vari livelli di sintesi, anche attraverso un intenso uso di strumenti grafici navigabili (es. semafori, indicatori di livello, cursori, istogrammi, torte ecc.) per un'efficace programmazione delle risorse (umane, materiali, logistiche) e delle azioni (cliniche, organizzative, assistenziali) ai vari livelli subaziendale, aziendale, sovra aziendale e regionale.

Tale strumento, il cui utilizzo è rivolto ai livelli decisionali, dovrà consentire, senza supporto da parte di specialisti e con il minimo impatto sulla gestione giornaliera, di:

- definire analisi/scenari, privati o comuni a tutti gli utenti;
- definire gerarchie di accesso e di profilazione degli utenti
- selezionare e aggregare liberamente le informazioni (strumenti di analisi multidimensionale);
- produrre consuntivi in forma di report esportabili nei più comuni formati di elaborazione;
- accedere in modo agevole e immediato al dettaglio sotteso (drill-down)
- disporre di adeguati strumenti di analisi con tecnologia "big-data" (es. single point of query).

La funzione di output dovrà essere disponibile in SCCE **sin dall'avvio della fornitura**.

### 9.1 Liste fisse

Alcune statistiche dovranno essere **pre-configurate**. Dovranno essere estraibili elenchi di informazioni predeterminate. Ogni lista dovrà prevedere una serie di campi di ricerca per cui è possibile filtrare i dati ottenuti secondo criteri definiti, ad esempio:

- criteri temporali (oggi oppure un delta di tempo)
- informazioni socio-anagrafiche (es. età/genere)
- servizio di riferimento (SerDP, CSM, NPIA, tutti)
- referente del progetto / operatori con almeno un trattamento / équipe di cura
- ultimo episodio di cura, primo episodio di cura, tutti gli episodi di cura
- in fase di accoglienza/ valutazione diagnostica/progetto
- esame effettuato / esame non effettuato / esame rifiutato
- sesso / età assistiti / cittadinanza.

Ogni interrogazione dovrà produrre quindi un report tabellare con i dati in griglia (con possibilità di accedere direttamente al dettaglio in cartella e di filtro) e un report di sintesi del risultato (ad esempio il numero di diagnosi analizzate, il numero dei pazienti interessata, la quantità dei farmaci di un comune principio attivo).

Sia la sintesi che il dettaglio dovranno poter essere esportati in file excel o csv.

Sulla scorta dell'esperienza pregressa dei Servizi del DSM-DP, si stima che saranno da produrre circa 40 liste fisse, ognuna delle quali con una propria specificità.

A titolo meramente esemplificativo, si riportano due esempi di lista da produrre con i criteri di filtro:

Assistiti con progetto	<p><i>Criteri di filtro impostabili dal professionista:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- età assistito</li> <li>- genere assistito</li> <li>- periodo percorso di cura (da ... a ..., oggi)</li> <li>- periodo progetto (da ... a ..., oggi)</li> <li>- tipologia servizio</li> <li>- cittadinanza</li> <li>- patologia principale</li> </ul> <p><i>Criteri di filtro impostati in SCCE:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selezione assistiti con Percorso di cura aperto per almeno un giorno nel periodo finestra definito</li> <li>- Selezione assistiti con progetto terapeutico aperto per almeno un giorno nel periodo finestra definito</li> </ul>
Esami infettivologici	<p><i>Criteri di filtro impostabili dal professionista:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- età assistito</li> <li>- genere assistito</li> <li>- periodo percorso di cura (da ... a ..., oggi)</li> <li>- periodo progetto (da ... a ..., oggi)</li> <li>- tipologia servizio</li> <li>- cittadinanza</li> <li>- patologia principale</li> <li>- tipo esame (es. HIV)</li> <li>- esito esame (es. positivo, negativo, non effettuato)</li> <li>- quale esame (tutti, primo, ultimo)</li> </ul>

A titolo esemplificativo si veda quanto realizzato nel sistema SISP:

[Allegato 25: P1.A19-13 SPA MIA SISP Liste utenti, Screening infettivologico, Import Cartella]

[Allegato 11: P1.1.2-14 SPA MIA SISP - Liste utenti fase 2]

[Allegato 19: P1.29-16 SPA MIA SISP Analisi evolutive e nuove Liste utenti]

### 9.1.1 **Statistiche fisse per programmazione**

Ai fini della programmazione locale è necessario che SCCE fornisca un output strutturato sulle prestazioni o attività svolte complessivamente nei confronti degli assistiti o gruppi di assistiti (es. divisi per cittadinanza, diagnosi principale, per area disciplinare). Si tratta di un'elaborazione statistica che, una volta definito un range temporale, fornisca informazioni aggregate su contenuti riportati nella cartella clinica.

Ad esempio, selezionato un assistito e un range temporale, SCCE dovrà restituire un aggregato di informazioni sulle prestazioni ad esso erogate: numero e tipologia delle prestazioni erogate, giornate di ricovero ospedaliero e residenziale, giorni in semiresidenza, terapie farmacologiche erogate, esami, contributi riabilitativi, risorse specifiche impegnate nel Budget di Salute, test effettuati. La stessa analisi dovrà essere realizzata su particolari variabili predefinite, come ad esempio per diagnosi principale, per utenti italiani/stranieri, per PDTA/programma/percorso.

A valle dell'aggiudicazione verranno fornite specifiche di dettaglio per la costruzione di detto report.

#### *Esempio 1:*

Sig. Mario Rossi, attività erogata nel periodo dal.....al.....

<i>Tipologia Prestazione</i>	<i>N°</i>
Visita psichiatrica	22
Giornate di ricovero in SPDC/SPOI	43
Prestazioni sociali	0

Somministrazioni farmaci	255
Giorni in Centro Diurno	0
....	

*Esempio 2:*

Assistiti con diagnosi principale: Schizofrenia, attività erogata nel periodo dal.....al.....

<i>Tipologia Prestazione</i>	<i>N°</i>
Visita psichiatrica	3434
Giornate di ricovero in SPDC/SPOI	469
Prestazioni sociali	3454
Somministrazioni farmaci	2325
Giorni in Centro Diurno	346
....	

### 9.1.2 Indicatori accreditamento

SCCE dovrà calcolare automaticamente gli indicatori di accreditamento specifici dei Servizi di NPIA, SerDP e Salute mentale adulti presenti nella normativa. Si riporta l'attuale normativa, in particolare sui requisiti specifici:

- Requisiti specifici del percorso residenziale nel trattamento delle Dipendenze patologiche
- Requisiti specifici Neuropsichiatria infanzia e adolescenza (NPIA)
- Requisiti specifici Psichiatria
- Requisiti specifici Residenze sanitarie psichiatriche
- Requisiti specifici Sert
- Requisiti specifici Strutture psichiatriche di tipo ospedaliero

È plausibile che nel lungo periodo il set di indicatori venga razionalizzato e ci si riconduca ad un insieme più ridotto di parametri.

## 9.2 Funzione estrazione base dati

SCCE deve permettere l'estrazione di **qualsiasi informazione presente nella cartella** ai fini di programmazione (direttori di UO, Direzione aziendale per attività di rendicontazione o raggiungimento degli obiettivi di budget) o ai fini di ricerca, valutazione o analisi. Devono essere estraibili anche i testi liberi presenti nella cartella.

SCCE dovrà permettere di esportare i dati inseriti nella cartella in formati standard (es. csv, xls) ai fini di permettere il loro utilizzo ed elaborazioni statistica con applicativi esterni.

## 9.3 Query builder

SCCE dovrà prevedere una funzione di query builder, strumento principale con cui utenti esperti e opportunamente formati potranno effettuare estrazioni dei dati inseriti a sistema. Saranno accolte favorevolmente proposte efficienti di gestione del query builder.

L'interfaccia che dovrà essere messa dovrà permettere di avere conteggi ed aggregazioni più complesse rispetto alle liste fisse (si veda sezione in seguito), come ad esempio aggregare i pazienti per diagnosi e farmaco prescritto, e sarà interpellato sia a livello di singolo professionista, di equipe di lavoro, di unità operativa semplice, complessa, di area disciplinare o Dipartimentale.

Lo strumento dovrà mettere a disposizione dell'operatore una serie di tabelle, ad esempio:

- informazioni anagrafiche dei pazienti (ad esempio dati relativi a data e luogo di nascita, cittadinanza, residenza, domicilio, dati socio demografici quali professione, titolo di studio, condizione abitativa dati anagrafici e socio demografici del nucleo familiare)
- diagnosi (asse, capitolo, codice, descrizione, data di inserimento e data di estinzione, principale o accessoria)

- farmaci (data di prescrizione, data di eventuale cessazione, principio attivo, nome commerciale, dosaggio, posologia)
- prestazioni/diario (data, profilo professionale dell'erogante, operatore/equipe/UOS/UOC/Area erogante, stato della prestazione, ricerca di keywords in diario)
- accoglienze/consulenze (tipologia di paziente, modalità di accesso, date di prenotazione e di svolgimento delle attività)
- trattamenti (data di inizio/data di fine, tipologia, tipologia di risoluzione giornate di trattamento/ricovero complessive)
- progetto di presa in cura (tipologia, data di inizio, data e modalità di conclusione)
- obiettivi e verifiche (ad esempio date di inserimento, date ipotizzate di verifica, date di effettiva verifica)
- valutazioni (valutazioni dei progetti, valutazioni dei trattamenti)
- testistica (data di somministrazione, esito, differenze con precedenti test analoghi somministrati)
- esami di laboratorio (data di inserimento, esito dell'esame)
- documenti allegati (data di inserimento, tipologia del referto, inviato o meno tramite SOLE al curante)
- unità eroganti (nome, tipologia, distretto, equipe,)
- operatori (qualifiche, equipe di riferimento e tutte le equipe di assegnazione)
- contenuti economici (sommatorie di costi legati ai principi attivi o a un singolo farmaco, alle giornate di degenza con retta, sussidi, esenzioni).

Oltre ai dati presenti come valori inseriti nel sistema, saranno messi a disposizione campi calcolati come, ad esempio:

- età in anni e mesi compiuti al netto dell'arco temporale dell'interrogazione o in una data puntuale
- aggregazioni per cittadinanza quali Italiani/stranieri (UE/extra UE)
- anno o semestre riferiti alle date inserite nel sistema.

La costruzione della query (per la quale si suggerisce lo strumento del wizard) dovrà partire necessariamente dalla raccolta di informazioni preliminari quali, a titolo di esempio:

- intervallo di tempo dell'analisi
- livello di aggregazione (singolo professionista, di equipe di lavoro, di unità operativa semplice, complessa, di area disciplinare o Dipartimentale).

A seconda delle tabelle richiamate e tramite le *opportune join*, l'interfaccia produrrà a titolo di esempio, le seguenti funzionalità:

- costruzione visuale delle interrogazioni mediante combinazione degli operatori logici (and, or, between)
- visualizzazione dei risultati delle interrogazioni costruite, risultati cliccando i quali sarà possibile accedere ai singoli dati del raggruppamento e, da loro, al singolo elemento di informazione in cartella
- esportazione dei risultati in formato comuni (es excel, csv)
- salvataggio della query
- esportazione del codice della query
- possibilità di importare codici di query realizzate da colleghi.

Ogni interrogazione dovrà produrre quindi un report tabellare con i dati in griglia (con possibilità di accedere direttamente al dettaglio in cartella) e un report di sintesi del risultato (ad esempio il numero di diagnosi analizzate, il numero dei pazienti interessata, la quantità dei farmaci di un comune principio attivo). Sia la sintesi che il dettaglio dovranno poter essere esportati in file excel o csv.

Per alcune rendicontazioni di livello Regionale, ad esempio quelle relative a PDTA o al Programma "Leggieri", la Regione potrà validare e rendere disponibili in modo immodificabile nella sezione delle query salvate, particolari interrogazioni, che permetteranno una raccolta ed un monitoraggio dei dati in modo univoco.

Le query salvate in locale, potranno essere inviate ad altri professionisti, ed alimenteranno l'archivio delle interrogazioni dell'operatore.

#### 9.4 Consultazione dell'attività svolta dal servizio

Dall'area gestionale di SCCE dovrà essere disponibile una funzione di ricerca di tutte le attività svolte nelle cartelle cliniche degli assistiti, attraverso un'apposita funzione a menu. È una utilità che consente di ricercare le attività registrate dai clinici in tutte le sezioni/schede delle cartelle, fornendo informazioni sintetiche a video (ad esempio assistito, professionista che ha redatto la scheda, tipologia scheda, alcuni elementi contenuti nelle note), con possibilità sia di estrarre le informazioni in excel/csv (nel caso di funzioni di ricerca con esito positivo), sia di accedere ad una singola specifica cartella/scheda dell'assistito al fine di poter consultare in dettaglio le informazioni inserite.

La funzione dovrà essere corredata da una serie di funzioni di filtri, come ad esempio: servizio di riferimento, data-range di date, tipo scheda, fase di cura.

A mero scopo illustrativo, si fornisce un esempio della funzione già sviluppata in SISP, nel contesto operatore / funzione Diario (da pag. 145):

[Allegato 15: P1.18-15 SPA MIA SISP - Manutenzioni evolutive (fase 1)]

Saranno accolte favorevolmente proposte efficienti di consultazione dell'attività di servizio.

#### 9.5 Ricerca informazioni

Nelle diverse funzioni di ricerca di schede presenti in SCCE (ad esempio note diario clinico, prestazioni specialistiche, test, progetto) dovrà essere data la possibilità di cercare fra i casi aperti con modalità **“a parola chiave” su testi indicizzati**. Questa possibilità dovrà poter essere potenziata con una ricerca strutturata per campi predefiniti, ad esempio dovrà sempre essere possibile indicare il lasso temporale oggetto di ricerca, l'operatore che ha eseguito la prestazione, il luogo, la prestazione eseguita, ecc.

##### Esempio 1 - Scheda Note diario clinico

Nome/cognome professionista: Mario Rossi  
Data registrazione: dal 01/01/2017 al 20/06/2017  
Luogo erogazione: Ambulatorio  
Sede Somministrazione: 01254 - CSM Via del Pratello  
Codifica prestazione: 01 Colloquio clinico  
Parola chiave note: “Test MMPI”.

##### Esempio 2 – Prescrizione farmacologica

Nome/cognome prescrittore: ---  
Data prescrizione: dal 01/01/2017 al 17/10/2017  
Principio attivo: Nimesulide  
Tipo terapia: ---  
Stato terapia: in corso  
Parola chiave note: “controllo”

Saranno accolte favorevolmente proposte efficienti di ricerca informazioni

#### 9.6 Flussi informativi regionali e nazionali

SCE deve garantire la produzione delle informazioni previste nei flussi informativi nazionali, rispettando le regole di coerenza previste dalla normativa (adeguamento normativo). Dovranno **essere garantite** anche le informazioni amministrative necessarie a rispondere a tutti i debiti informativi regionali che fanno riferimento ad esempio alla specialistica ambulatoriale (ASA), ai tempi d'attesa (TDA), ai flussi FED. L'SCCE dovrà evolvere sempre in maniera coerente con tutte le esigenze informative regionali e ministeriali, tenendo conto del contesto normativo di riferimento del SSN.

La ditta **aggiudicataria è responsabile della produzione del dato** in merito al consolidamento delle informazioni che verranno estratte e inviate successivamente al Ministero della Salute a cura della RER. Il ritorno degli scarti provenienti dall'attività elaborata dal Ministero della Salute dovrà essere sanata dalla ditta aggiudicataria sino a soddisfare quanto richiesto nelle specifiche reperibili ai link seguenti:

- [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsp?lingua=italiano&tema=Piani,%20finanziamenti%20e%20monitoraggio%20del%20SSN&area=sistemaInformativo](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Piani,%20finanziamenti%20e%20monitoraggio%20del%20SSN&area=sistemaInformativo)
- [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=3001&area=sistemaInformativo&menu=dipendenze](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3001&area=sistemaInformativo&menu=dipendenze)
- [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=3014&area=sistemaInformativo&menu=mentale](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3014&area=sistemaInformativo&menu=mentale)

SCCE dovrà **garantire l'esportazione sistematica e automatica** (es. una volta alla settimana) di tutti i dati presenti nel DataBase SCCE verso la RER – ad esclusione di campi contenenti informazioni sensibili e non necessarie per finalità di programmazione regionale (es. note diario clinico), con modalità che saranno concordate con la Regione Emilia-Romagna stessa.

A mero titolo esemplificativo, si allega la prima versione della analisi di fattibilità, in base a quanto già realizzato per la Salute nelle carceri – *MIA del Flusso informativo SISPER*.

[Allegato 20: P1.31-16 SPA MIA SISP Analisi per nuovi flussi Regionali/Nazionali]

#### **9.6.1 Database**

La base dati deve disporre di funzionalità di replica per la sicurezza dei dati e per le copie dei dati aggiornate a scopi di reportistica e business intelligence (per es. in caso di indagini epidemiologiche e di ricerca) senza impatto per le performance del sistema in produzione. Deve, inoltre, essere completamente documentata ed accessibile anche da programmi esterni. L'aggiudicatario deve rendere disponibile la banca dati nel suo complesso in forma anonimizzata secondo la normativa vigente, utilizzando gli schemi di tracciato record disponibili nel manuale delle banche dati SISEPS presente al link:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/files/manuale-operativo-delle-banche-dati/view>.

La base dati della SCCE dovrà essere centralizzata implementando i meccanismi di sicurezza già indicati. Per quanto attiene le informazioni che devono essere allineate con sistemi esterni, in particolare l'infrastruttura SOLE, si rimanda alle specifiche allegate.

#### **9.6.2 Interconnessione nazionale – calcolo CUNI**

Per i flussi informativi regionali e nazionali, l'SCCE deve garantire il corretto calcolo e gestione dei codici di interconnessione nazionale, così come previsto nel decreto 7 dicembre 2016, n. 262 "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato" (GU n.32 del 8-2-2017).

A tutti gli assistiti inseriti nel SCCE dovrà essere calcolato e attribuito un *Codice Identificativo con il codice univoco non invertibile (CUNI)* e l'*IdRec*.

Verrà messo a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna un apposito web service di tipo SOAP, con BASIC Authentication, che implementa due metodi:

- checkCuni (String codFiscale, BigDecimal validita, BigDecimal tipologia, String utente) con codFiscale e utente sono parametri obbligatori e riferiti rispettivamente al codice fiscale da cifrare e all'utente che effettua la richiesta. Il metodo restituisce un oggetto in cui è contenuta la stringa calcolata del CUNI e alcune informazioni inerenti al codice fiscale passato;
- checkIdRec (String keyDaCifrare) con keyDaCifrare parametro obbligatorio. Il metodo restituisce una stringa cifrata del campo IDREC.

SCCE deve garantire:

- il calcolo del CUNI e IdRec di tutti gli utenti inseriti nella banca dati secondo le specifiche che verranno fornite
- una modalità per la gestione degli utenti anonimi



- un modo agevole per verificare la correttezza delle informazioni socio-anagrafiche eventualmente inserite manualmente dai professionisti (es. Codice fiscale)
  
- [Allegati:  
[http://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/direttivaGenerale/2016/I2\\_DG\\_Digitalizzazione\\_2016.pdf](http://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/direttivaGenerale/2016/I2_DG_Digitalizzazione_2016.pdf)]
- [Allegati: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58037>]
- [Allegato 20: P1.31-16 SPA MIA SISP Analisi per nuovi flussi RegionaliNazionali]

## Allegato A - Requisiti infrastrutturali e funzionali di SCCE

### Requisiti della componente Hardware - Caratteristiche tecniche degli apparati in hosting presso i DC Regionali

1) alimentazione 220/240 v ac. La PDU Lepida ha prese compatibili con cavi sagomati C14 e dunque i cavi di alimentazione dovranno prevedere tale tipo di attacco ad un loro capo.

2) gli apparati dovranno poter operare correttamente ad una temperatura di 37 °gradi

3) gli apparati devono poter essere inseriti in rack server standard e dovranno essere dotati di staffe per l'inserimento a rack

Circa la fornitura di connettività, si precisa che nel contratto di hosting del DC regionale sono compresi nel costo 2x 10 Gb/s porte SFP (quindi media trasmissione bretella fibre Channel multimodo) e 2x1Gb/s porte base T tipo rj45 (media trasmissione rame)

#### Definizione di Cartella Clinica Elettronica (CCE) e Sistema di Cartella Clinica Elettronica (SCCE)<sup>6</sup>

Nel presente documento si definisce:

**CCE – Cartella Clinica Elettronica:** Insieme logico (concettuale) delle informazioni cliniche, assistenziali e amministrative relative a un episodio di cura (es. episodio di Ricovero Ordinario, Day Hospital, Day Service, accessi ambulatoriali) o a un percorso di cura (es. PDTA, Percorsi di Cronicità, Percorso Gravidanza Fisiologica) gestito con modalità elettronica. L'insieme delle singole CCE e la documentazione relativa a episodi non inseriti in percorsi specifici costituisce l'intera storia clinica del paziente.

**SCCE – Sistema di Cartella Clinica Elettronica:** sistema informatico per la gestione dell'insieme delle CCE. SCCE permette di gestire con modalità elettronica e riprodurre al bisogno su carta o su documento informatico singole CCE o singoli episodi.

SCCE è uno strumento informatico deputato a svolgere:

**funzione documentale**, intesa come gestione, fruizione e distribuzione delle informazioni di natura clinica, assistenziale e amministrativa che compongono le CCE

**funzioni di supporto all'attività clinica e assistenziale**, ad esempio gestione della terapia, gestione degli ordini, redazione della lettera di dimissione e terapia in dimissione, ecc.

Le funzioni documentale e di supporto all'attività clinica e assistenziale sopra descritte possono essere implementate in SCCE anche attraverso un insieme di strumenti tecnici distinti, tra loro integrati, pur garantendo un'unitarietà logica di gestione del dato clinico sull'intera vita del paziente.

SCCE pur conservando una strutturazione per episodi di cura, di cui deve garantire una corretta e completa gestione documentale, dovrà consentire, nel rispetto dei vincoli di Privacy (richiamati in sezione successiva), una consultazione unitaria delle informazioni contenute nel sistema stesso o in altri sistemi collegati, in grado di fornire una visione e gestione integrata e complessiva delle diverse problematiche relative al paziente, anche oltre il singolo episodio.

SCCE deve essere integrata e gestire quindi i contributi di tutte le figure professionali che partecipano al percorso di cura del paziente. È quindi necessario prevedere l'integrazione fra cartella Medica, Infermieristica e di ogni altra professionalità coinvolta.

SCCE può prevedere i contributi di figure professionali socio-assistenziali.

SCCE deve coprire la funzione documentale di percorsi territoriali consentendo un raggruppamento logico in CCE della documentazione prodotta. Esempi di percorsi possono essere:

- attività condotte presso la Casa della Salute;
- attività dei Consultori

---

<sup>6</sup> Definizioni tratte dalle Linee guida sulla Cartella Clinica Elettronica della regione Emilia-Romagna.

- attività nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale – Tossicodipendenze, Neuropsichiatria Infantile, ricoveri in Diagnosi e Cura
- ricoveri in OSCO – Ospedali di Comunità
- assistenza presso il domicilio, in ADI o in altra forma
- visite ambulatoriali afferenti o non afferenti a specifici percorsi di cura gestiti dal MMG o da specialisti
- vaccinazioni e prestazioni legate alla prevenzione.

SCCE può coprire anche la funzione di supporto sui percorsi territoriali di cui al punto precedente.

### Componente Server

La configurazione ed il software di sistema presente sul **server unico**, che dovrà essere fornito dalla ditta aggiudicataria e ospitato in una server farm regionale, dovrà rispettare le seguenti indicazioni:

- Sistemi operativi Linux/Microsoft;
- Tecnologie dell'application server (nessun vincolo)
- Tecnologie delle basi dati centrali (obbligatoriamente relazionali)
- Metodologia e infrastruttura dei sistemi di integrazione
- Corretto utilizzo dei charset in ogni fase del trattamento dei dati (database, application server, output sul client). Si richiede preferibilmente l'utilizzo di Unicode con codifica UTF-8;
- Sistema di load balancing (Apache, ecc....)
- La soluzione sw deve essere fruibile esclusivamente tramite web browser con protocollo sicuro https e web responsive/html5 compatibile con i principali sistemi operativi mobile di mercato (Android, IOS, Windows);

La soluzione proposta deve essere clusterizzata e/o ridondata; in particolare, è importante che sia prevista la replicazione delle sessioni fra i diversi application server, evitando così che la caduta di un application server invalidi le sessioni di tutti i client in quel momento collegati.

I client, una volta ridiretti su un altro application server dal sistema di bilanciamento, dovranno essere in grado di continuare il lavoro da dove erano stati interrotti, senza essere costretti ad una nuova autenticazione.

Deve essere previsto un sistema di salvataggio automatico cadenzato per le parti che prevedono molti input da parte dell'utente così che, in caso di problemi, (es. blocco del PC, crash del browser, etc.) l'utente non perda tutto il lavoro fatto.

L'hardware fornito dovrà garantire livelli elevati di continuità di servizio e, in particolare, dovrà:

- comprendere quanto necessario a costituire un sito di disaster recovery (presso altro Data Center rispetto al sito principale). L'hardware destinato a supportare il Disaster recovery potrà essere utilizzato – se necessario ed opportuno – anche per funzionalità legate alla Business Continuity;
- includere la soluzione storage cui afferirà l'RDBMS;
- essere gestito anche in modalità remota.

### Database

La base dati deve disporre di funzionalità di replica per la sicurezza dei dati e per le copie dei dati aggiornate a scopi di reportistica e business intelligence (per es. in caso di indagini epidemiologiche e di ricerca) senza impatto per le performance del sistema in produzione. Deve, inoltre, essere completamente documentata ed accessibile anche da programmi esterni.

La base dati della SCCE dovrà essere centralizzata implementando i meccanismi di sicurezza già indicati.

La base dati deve memorizzare le informazioni necessarie affinché possano essere sviluppati tutti i servizi richiesti e descritti nel capitolo "Funzioni area clinica". Per quanto attiene le informazioni che devono essere allineate con sistemi esterni, in particolare l'infrastruttura Sole, si rimanda all'Allegato 2 – "Requisiti di collaborazione applicativa con l'attuale infrastruttura SOLE".

## Hardware

Dovrà essere fornito il sistema hardware sul quale l'applicazione dovrà essere eseguita, con caratteristiche tali da rispettare i tempi di risposta di seguito indicati.

### Tempi di risposta

I tempi di risposta dovranno permettere risposte in:

- 0,5 – 1,0 secondo nelle operazioni di ricerca su Catalogo SOLE e prontuario farmaceutico;
- 1,5 – 2,0 secondi nelle operazioni più comuni (ricerca assistito, apertura cartella, etc.);
- Nel caso in cui una operazione impieghi più di un certo periodo di tempo (per es. 8 secondi) è necessario che l'utente abbia un'informazione visuale del fatto che il sistema sta processando la richiesta.

I dati sono relativi ad un contesto di connettività ottimale.

L'infrastruttura hardware dovrà essere centralizzata. L'offerta dovrà prevedere uno schema architetturale dell'infrastruttura hardware che tenga in debita considerazione e preveda le soluzioni ottimali per le esigenze di Continuità Operativa e Disaster Recovery.

### Componente Client

La configurazione ed il software di sistema presente sui client dovrà rispettare le seguenti indicazioni:

- Sistemi operativi Microsoft Windows Seven, Windows 8 e seguenti;
- Sistemi operativi Linux/Mac (dovranno essere specificate le funzionalità applicative che eventualmente si dovessero perdere nell'utilizzo di tali sistemi);
- Gestione di stampante mono/doppio cassetto;
- Tecnologie delle basi dati locali (nessun vincolo)
- Interazione con le smartcard mediante API PKCS#11 messe a disposizione dal middleware fornito con la smartcard stessa;
- Utilizzo di framework javascript: è necessario che tali framework abbiano licenza libera o non prevedano costi di licenza; inoltre eventuali modifiche di tali librerie non devono costringere la Regione alla pubblicazione delle stesse per poterle utilizzare nel prodotto (per es. licenza LGPL).
- Browser che devono essere supportati: Internet Explorer e Firefox (che è in grado di assicurare la compatibilità PKCS#11 in contesto multiplatforma Windows, GNU/Linux, Mac OS X), Safari, Chrome;
- L'eventuale output in formato HTML/XHTML e gli stili CSS dell'applicativo dovranno essere aderenti agli standard W3C. La non aderenza al W3C dovrà essere limitata ad alcune funzionalità e motivata in sede di offerta tecnica;
- Usabilità/accessibilità lg. Stanca e segg. dovranno essere rispettate le principali norme di usabilità e accessibilità come definito nel sito "Linee guida per applicazioni web" della RER.

### Utilizzabilità dell'applicativo su più dispositivi

L'applicativo dovrà funzionare sia su stazione di lavoro **Desktop** sia su **Tablet**, mentre su **Smartphone** sono previste le funzioni di visualizzazione delle informazioni immesse, la gestione dell'agenda e l'uso dell'App per le Unità di Strada. L'utilizzo su ogni dispositivo deve essere ottimizzato, per cui le maschere non solo devono essere **responsive**, ma deve essere curata l'**usabilità delle maschere su ogni piattaforma**.

Nel caso di malfunzionamento della rete aziendale, il tablet deve consentire di:

- Consultare la pagina di sintesi / home con le informazioni essenziali (es. diagnosi, terapie prescritte, ultime prestazioni erogate, ...) dei singoli pazienti in carico ad un certo DSM/DP (quindi con cartella attiva);
- Visualizzare / Somministrare le terapie farmacologiche attive

### **Risoluzione schermo**

La risoluzione dello schermo, minima, che l'applicazione deve essere in grado di gestire è una risoluzione di 1280x1024. In questa risoluzione le scroll-bar devono:

- non apparire le scroll-bar orizzontali. La loro presenza dovrà, su alcune funzioni, essere motivata;
- apparire il meno possibile le scroll-bar verticali, per non aggravare l'operatività dell'operatore. La loro presenza è accettata su liste di dati lunghe (anche se la paginazione sarebbe preferibile). In tutti gli altri casi, la loro presenza dovrà essere motivata.

In generale, una pagina che viene ridimensionata dall'utente, ridimensionerà anche i propri contenuti.

### **Contesto d'uso**

Lo stato dell'applicazione, l'utente connesso, il paziente che si sta gestendo, etc. saranno informazioni che dovranno sempre essere presenti a video.

L'informazione dello stato applicazione deve contenere almeno:

- La sezione sulla quale il medico è operativo in quel momento;
- L'informazione dell'utente attivo deve contenere almeno nome e cognome dell'utente. Da tale informazione si potrà accedere alla funzione di visualizzazione profilo;
- L'informazione del paziente attivo deve contenere almeno:
  - Dati anagrafici: Nome, Cognome ed Età del paziente. Da tale informazione, si potrà accedere alla funzione di visualizzazione del paziente, parte anagrafica;
  - Dati amministrativi: Esenzioni, data ultimo aggiornamento da SOLE, data ultimo utente che ha aggiornato la scheda, che potrebbe essere anche l'azienda con un aggiornamento tramite SOLE. Da tale informazione, si potrà accedere alla funzione di visualizzazione del paziente, parte amministrativa;
  - Dati clinici: principali problemi del paziente. Da tale informazione, si potrà accedere alla funzione di visualizzazione del paziente, parte clinica.

### **Controlli applicativi**

Alcuni controlli dovranno essere garantiti dall'applicazione, tra questi:

- Obbligatorietà di campi: devono essere facilmente individuabili da parte degli utenti
- Blocco dei campi non modificabili: anch'essi devono essere facilmente individuabili da parte degli utenti
- Controlli di presenza e congruenza: per es. la verifica che il codice fiscale sia sempre lungo 16 caratteri e che siano garantiti i controlli di qualificazione dello stesso (per es. l'anno numerico, il carattere del mese alfabetico, etc.) sia dei pazienti sia del medico
- Dove il tipo di permesso lo consente, le cancellazioni di dati richiede sempre la richiesta di conferma da parte all'utente.

### **Sezione messaggistica**

I messaggi, di errore o applicativi, saranno espressi in un linguaggio semplice comprensibile all'utente e devono indicare con precisione:

- Gravità del messaggio (per es. informazione, warning, errore bloccante)
- Codice univoco del messaggio
- Perché il messaggio si è manifestato, possibilmente con testi tranquillizzanti e non terrorizzanti
- Suggerimenti della soluzione per il medico (dove necessario e possibile)
- Riferimenti ai quali rivolgersi per la segnalazione (per es. rivolgersi al servizio di Help desk al numero ...).

I messaggi di errore di gravità warning o bloccanti dovranno essere tracciati nella funzione di log/audit per permettere una gestione migliore nella soluzione dei problemi.

Tutti i messaggi dovranno essere tabellati, personalizzati per le aziende, come precedentemente richiesto, e modificabili.

I messaggi dovranno coprire le diverse aree applicative: per es. nella gestione dell'interfaccia utente, derivanti da chiamata a funzione o invocazione di servizi esterni, generati dall'architettura che ospita l'applicazione, etc.

In sintesi, la gestione dei messaggi all'interno della applicazione e del sistema deve fornire risposta – nella proposta contenuta nel progetto – a due esigenze:

- **dare all'utente il massimo delle informazioni riguardo all'evento** che ha determinato il messaggio, senza richiedere conoscenze tecniche specifiche, ed evitando – se possibile – la ripetizione del flusso di operazioni compiute fino al momento del messaggio stesso;
- **fornire tutti gli elementi necessari per la positiva gestione** del colloquio tra utente e servizio di supporto, così da comprendere prima possibile il problema e giungere rapidamente alla sua soluzione, mantenendo alto il livello di soddisfazione, generando la sensazione di un completo controllo sugli eventi del sistema da parte del supporto.

## Sicurezza

Nell'utilizzo di un'applicazione di SCCE, che tratta dati sensibili basandosi su sistemi di memorizzazione ed archiviazione degli stessi in modo informatizzato, devono essere utilizzati strumenti idonei per la protezione dei dati registrati, rispetto ai rischi di accesso abusivo, furto o smarrimento parziale/i o integrale/i dei supporti di memorizzazione o dei sistemi di elaborazione portatili o fissi.

Per ridurre ulteriormente questi possibili rischi, è necessario disaccoppiare i dati anagrafici dai dati clinici (per es. relativi allo stato di salute ed alla vita sessuale) degli assistiti gestiti dal sistema.

La protezione ed il disaccoppiamento potrebbero essere effettuati, ad esempio, per mezzo di tecnologie crittografiche, oppure tramite l'adozione di altre misure di protezione che rendano i dati inintelligibili a soggetti non legittimati.

Devono essere, inoltre, assicurati:

- idonei sistemi di autenticazione e di autorizzazione per gli utenti in funzione dei ruoli e delle esigenze di accesso e trattamento (ad es., in relazione alla possibilità di consultazione, modifica e integrazione dei dati);
- tracciabilità degli accessi e delle operazioni effettuate;
- sistemi di audit log per il controllo degli accessi al database e per il rilevamento di eventuali anomalie;

## Autenticazione

L'accesso al sistema è consentito solo agli utenti dotati di credenziali di autenticazione che consentano il superamento di una procedura di autenticazione. Sul singolo utente, le credenziali da gestire sono:

- per codice di identificazione, con relativa password (preferibilmente nome.cognome con l'eventuale disambiguità in caso di omonimia);
- per token, ovvero:
  - smartcard regionale (alla quale è associato il codice fiscale dell'utente)
  - TS-CNS
  - [Documento Digitale Unificato con relativo PIN per tutti i documenti digitali];
- tutte quelle precedenti.

Il codice di identificazione deve essere:

- univoco;
- non riutilizzato, anche se l'utente non può più accedere al sistema;
- disabilitato automaticamente dopo 6 mesi di non utilizzo

La password deve essere:

- composta da almeno otto caratteri;

- non deve contenere riferimenti agevolmente riconducibili all'utente;
- modificabile obbligatoriamente da quest'ultimo al primo utilizzo;
- obbligatoriamente modificabile ogni tre mesi.

L'accesso al SCCE deve essere possibile anche attraverso credenziali Federa/SPID.

Nel capitolato si ritengono valide le seguenti assunzioni:

- Non dovranno essere presenti limiti di lunghezza sui campi in nessuna parte dell'applicativo (per es. né sul nome e cognome degli assistiti, né sugli indirizzi, né sulle descrizioni delle patologie, etc.) e dovranno essere gestite le accentate se presenti;
- L'accesso al FSE dell'assistito selezionato deve sempre essere garantito in qualunque sezione dell'applicativo si sia posizionati;
- Gli accessi ai dati ed alle funzioni saranno permessi in relazione alla titolarità del dato stesso e alla configurazione degli utenti;
- L'accesso a linee guida nazionali ed internazionali, oltre a quelle regionali, deve essere sempre possibile (Ipertensione, BPCO, ASMA, problemi, patologie, correlazioni con farmaci, etc.). Ogni azienda potrà integrare le linee guida con propri documenti di riferimento ai quali l'operatore potrà accedere. L'accesso alle linee guida ed ai documenti necessari deve essere previsto almeno nella funzione di Prescrizione farmaceutica.
- La gestione dei moduli (informativa consenso, denuncia malattie infettive, scheda anamnestica, etc.) dovrà essere strettamente legata al contesto d'uso e, dove necessario, legata alle personalizzazioni aziendali. La documentazione deve essere sia in lettura (il medico deve accedere alle regole da seguire) che in scrittura (il modulo da produrre da parte del medico deve essere pre-valorizzato con i dati del paziente e del medico stesso).

## GLOSSARIO

Si riportano le definizioni e gli acronimi utilizzati nel documento:

### Definizioni

Codice	Descrizione
Application Server	Un application server è un software che fornisce l'infrastruttura e le funzionalità di supporto, sviluppo ed esecuzione di applicazioni nonché altri componenti server in un contesto distribuito.
Auditing	Sistema di monitoraggio del sistema
AUSL di Afferenza	L'azienda con la quale il medico è convenzionato
AUSL di Appartenenza	L'azienda nella quale l'assistito è residente
AUSL di Assistenza	L'azienda nella quale l'assistito ha scelto il medico di medicina generale
Black list	Lista di identificativi a cui vengono negati i privilegi accessi a determinati sistemi
Browser	Software per la navigazione
Catalogo SOLE	Catalogo unico regionale per la prescrizione e refertazione
Charset	Sistema che abbina un carattere alla sua codifica binaria
Client	Componente che accede ai servizi o alle risorse di un'altra componente detta server.
Clusterizzabile	Sistema con possibilità di distribuire il servizio su più server / motori di esecuzione paralleli al fine di ottenere una maggiore disponibilità del servizio, aumentare la performance e aumentare la resistenza a blocchi dovuti a guasti hardware o a problemi software.
Codice nosologico	Codice identificativo ricovero
Codice sanitario individuale	Codice che identifica paziente SSN
Codice SOLE Placer	Identificativo SOLE assegnato univocamente alle prescrizioni di farmaci o prestazioni.
Codice SOLE prestazione a catalogo	Codice regionale che identifica una prestazione univocamente, composto da codice base e codice attributo
Documenti Clinici	L'insieme dei documenti scambiati dalla rete SOLE, per es. referto di laboratorio, referto di radiologia, referto di specialistica, verbale di pronto soccorso, lettera di dimissione, ecc.
Firewall	È una componente utilizzata per gestire la sicurezza delle reti. Il suo principale scopo è quello di analizzare il traffico in entrata e uscita dalla rete analizzando i pacchetti e determinando se debbano essere abilitati o meno al passaggio, basandosi su un set predeterminato di regole
Framework	Una componente software utilizzabile per lo sviluppo di applicazioni.
Hardware	Tutti i componenti fisici di un computer
Log	File sequenziale sempre aperto in scrittura, che viene chiuso e conservato a cadenze regolari e reso disponibile per le attività di monitoraggio.
Logging	Attività di registrazione di log
Login	Procedura di accesso e autenticazione ad un sistema o un applicazione



Prescrizione	La ricetta rossa o la ricetta dematerializzata con la quale un medico richiede l'erogazione di esami per un assistito
Prestazione	Il singolo esame richiesto all'interno di una prescrizione
Protocollo certificato	Identificativo assegnato al certificato di malattia dall'INPS.
Protocollo Prescrittivo	Insieme di prestazioni o farmaci
Proxy	Un proxy è un programma che si interpone tra un client ed un server, inoltrando le richieste e le risposte dall'uno all'altro
Quesito diagnostico	È la diagnosi già accertata o sospettata, oppure il sintomo prevalente che deve essere riportato sulla richiesta di esami o visite mediche.
Referti	Documento clinico attestante i risultati delle prestazioni effettuate
Scrollbar	Barra di scorrimento
Simple bind	Operazione mediante la quale si stabilisce una connessione autenticata con il server LDAP.
Sniffing	Attività di intercettazione passiva dei dati che transitano in una rete telematica
Specialistica ambulatoriale	L'insieme delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale erogate in regime ambulatoriale
Standalone (modalità di autenticazione)	Modalità di autenticazione possibile senza ausilio o presenza di altri programmi
Token	Dispositivo fisico per autenticazione
Tooltip	"Consiglio su oggetto" Indicazioni su uno specifico oggetto rivolgendo il puntatore del mouse sull'oggetto stesso.
Warning (messaggio)	Messaggio di attenzione
Web services	Sistema software progettato per supportare l'interoperabilità tra diversi elaboratori su di una medesima rete
X-Forwarded-For	È un header http utilizzato per identificare l'indirizzo ip di un client che si connette ad un web server attraverso un server proxy http.
ParER	Polo Archivistico Regione Emilia-Romagna

## Acronimi

<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>
ARA	Anagrafe regionale assistiti
ASA	Flusso informativo assistenza specialistica ambulatoriale
CAD	Codice dell'amministrazione digitale
CML	Commissione medica locale
CSM	Centro di salute mentale
DSM-DP	Dipartimento Salute mentale e dipendenze patologiche
FED	Flusso informativo Farmaci in erogazione diretta
NPIA	Servizio Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
OE	Order entry
REMS	Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza
RER	Regione Emilia-Romagna
RURER	Repository Unico della Regione Emilia-Romagna relativo all'invalidità civile e certificazione relativa
SCCE	Sistema cartella clinica elettronica

SDO	Flusso informativo Schede Dimissione Ospedaliera
SerDP	Servizio Dipendenze patologiche (droghe, farmaci, alcol, gioco d'azzardo, tabacco)
SIDER	Flusso informativo dei Servizi per le dipendenze
SINPIAER	Flusso informativo dei Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
SISEPS	Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali
SISM	Flusso Informativo dei Servizi di Salute mentale adulti (regionale e nazionale)
SISP	Sistema informativo sanità penitenziaria. Cartella clinica informatizzata di proprietà della Regione Emilia-Romagna
SistER	Sistema informativo delle dipendenze patologiche. Attuale Cartella clinica informatizzata di proprietà della Regione Emilia-Romagna
SMOP	Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG (assistiti nelle REMS) e monitoraggio assistiti nelle articolazioni di salute mentale nelle carceri
SPDC	Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (reparto ospedaliero)
SPOI	Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo (reparto ospedaliero)
UdS	Unità di strada
UO/UOC/UOS	Unità operativa/unità operativa semplice/Unità operativa complessa

## ALLEGATI AL CAPITOLATO TECNICO

<b>Numero allegato</b>	<b>Nome allegato</b>
Allegato 1:	CatalogoRegionaleSOLE - Catalogo accessorio SerDP
Allegato 2:	CCElettronica Allegato B
Allegato 3:	Esempi Modulistica certificati referti
Allegato 4:	Circolare_Sanità_9_2014 Valutazione DSM-DP
Allegato 5:	DispositiviMedici_ApiDocumentation
Allegato 6:	Elenco Test previsti nella cartella DSM-DP
Allegato 7:	P1.A7-12 SPA SPF - Data Set - Dematerializzazione
Allegato 8:	Farmaci_ApiDocumentation
Allegato 9:	Manuale DotFED per le Dipendenze 2015
Allegato 10:	P1 10 3-13_SPA SPF specifiche accesso FSE applicativo e http
Allegato 11:	P1.1.2-14 SPA MIA SISP - Liste utenti fase 2
Allegato 12:	P1.3-15 SPF PORTALE SOLE SINGLE SIGN ON
Allegato 13:	P1.10-15_SPA_SPF_FSE Politiche di consenso all'alimentazione e consultazione FSE
Allegato 14:	P1.15-15_SPA_MIA_Gestione dati prescrizione_ erogazione SistER_Winsimet
Allegato 15:	P1.18-15 SPA MIA SISP - Manutenzioni evolutive (fase 1)
Allegato 16:	P1.21-16 SPA MIA SISP Analisi modifiche evolutive per prescrizione e erogazione farmacologica]
Allegato 17:	P1.22.2-14_SPA_SPF_specifiche_messaggi_verifica_consensi_fse_via_backbone
Allegato 18:	P1.24-16 SPA MIA SISP Analisi dema e modifiche prescrizione e erogazione specialistica
Allegato 19:	P1.29-16 SPA MIA SISP Analisi evolutive e nuove Liste utenti
Allegato 20:	P1.31-16 SPA MIA SISP Analisi per nuovi flussi RegionaliNazionali
Allegato 21:	P1.39-17 SPA MIA SISP Analisi per revisione stampe
Allegato 22:	P1.52.1-15 SPA MIA SISP - Manutenzioni evolutive (fase 2)
Allegato 23:	P1.52.2-15 SPA MIA SISP - Manutenzioni evolutive (fase 3)
Allegato 24:	P1.A11-13 SPF FSE Api per dati tool de visu
Allegato 25:	P1.A19-13 SPA MIA SISP Liste utenti, Screening infettivologico, Import Cartella
Allegato 26:	RURER- Analisi integrazione SISTER
Allegato 27:	SISD_P1.34-10_Referti SERT_DOC FORNITORI
Allegato 28:	Tablet P.1.20-16 SPA MIA SISP Analisi modifiche evolutive per aggiornamento app sul Tablet
Allegato 29:	Tablet P.1.80-15 SPA MIA SISP Modifiche evolutive tablet in seguito alla sperimentazione
Allegato 30:	Tablet P1.64.1-14 SPA MIA SISP Interfaccia tablet (fase 1)
Allegato 31:	Tablet P1.64.2-14 SPA MIA SISP Adeguamento core per tablet (fase 1)
Allegato 32:	Tablet P1.64.3-14 SPA MIA SISP Sincronizzazione e sicurezza tablet (fase 1)
Allegato 33:	DA 19.18 Manuale HL7 per Servizi Pronto Soccorso
Allegato 34:	P1 A31-13 SPA SPF Psichiatria Adulti
Allegato 35:	P1.5 08-PS Definizione del CDA 2 di Pronto Soccorso
Allegato 36:	P1.5 08-SPS Definizione del CDA 2 di Specialistica
Allegato 37:	P1.23-08 – HL7 _revisione servizi Sole
Allegato 38:	P1.35-12 SPA MIA Gestionale per la sanità penitenziaria
Allegato 39:	P1.A8-12 SPA MIA SOLE - Dematerializzazione - MIA e specifiche per sistemi prescrittivi
Allegato 40:	NAAR_P1.5-10_Messaggi_HL7_Eventi_trigger_Anagrafe_RER_IQ
Allegato 41:	P1.19_09_SISAN_Consenso centralizzato specifiche per fornitori_v1.3
Allegato 42:	P1.23_08 revisione servizi Sole v1.1
Allegato 43:	P1.30-11 SPA HL7 Realizzazione nuovo servizio applicativo notifiche generiche

Allegato 44:	P1.30-11 SPA SPF Realizzazione nuovo servizio applicativo notifiche generiche
Allegato 45:	P1.40-11_SPA_SPF_Recupero referti da parte dei dipartimentali aziendali
Allegato 46:	P1.A7-12_SPA_HL7_Dematerializzazione - MIA per modifiche al core SOLE e SAR