SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3

REGIONE LAZIO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 0000901 del 28/11/2025

Direzione Generale: Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma
C.F. e P.I. 04733491007

STRUTTURA PROPONENTE:
UOC SISTEMI ICT

OGGETTO:
PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) - MISSIONE 6 SALUTE - COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1.1.1: PRESA D'ATTO DEL COMPLETAMENTO DEGLI INTERVENTI DI CUI AI CUP I89J22001190006, I87H23001120006 E I87H23001130006, DEL COLLAUDO TECNICO-FUNZIONALE DELLA SOLUZIONE REGIONALE DI CARTELLA CLINICA ELETTRONICA INTEROPERABILE DI CUI AL CUP F85F22001530006, E DELL'INNALZAMENTO DEL LIVELLO DI DIGITALIZZAZIONE DEL PRESIDIO SEDE DI DEA G.B. GRASSI, CLP 120061, DAL LIVELLO 1 AL LIVELLO 2 DELLA SCALA EMRAM, COME CERTIFICATO DALLA SOCIETÀ HIMSS ITALY SRL, ID CERTIFICAZIONE 110834

L'estensore: Danilo Nicotra
Il Responsabile del Procedimento: Matteo Montesi

Parere del Direttore Amministrativo: ***Dott. Angelo Scozzafava***

Parere DA: Favorevole

Parere del Direttore Sanitario: ***Dr. Antonio Bray***

Parere DS: Favorevole

Il presente provvedimento **non necessita** di rilevazioni contabili (autorizzazioni di costi/accertamenti di ricavi) da annotare nel bilancio di esercizio aziendale.

Il Dirigente Responsabile della Struttura Proponente
Matteo Montesi

Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 0002232

Hash (SHA256): a5cc131d17b2aee18019d47cd274368c9db5b736ca2807142321b74656306406

Firme digitali apposte sulla proposta:
Matteo Montesi,Matteo Montesi

Il Responsabile del Procedimento: Matteo Montesi
Il Dirigente: Matteo Montesi
Il Direttore del Dipartimento: Giovanni Farinella

Il Direttore Generale (*)

Dott.ssa Laura Figorilli

Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

IL DIRETTORE
U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI, OPERATION MANAGEMENT E TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Legge Regionale 16 giugno 1994 n. 18 avente ad oggetto: "Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";

VISTO l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 432 del 21.03.2025, approvato dalla Regione Lazio con Deliberazione n. 189 del 3.04.2025 e pubblicato sul BURL n. 28 dell'8.04.2025;

VISTA la deliberazione n. 44 del 22.04.2025 avente ad oggetto: "Recepimento della Delibera n° 189 del 03/04/2025 della Regione Lazio di approvazione del nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3";

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00040 del 31.03.2025 avente ad oggetto: "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 (Art. 8, comma 7 bis, della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i.)";

VISTA la Deliberazione n. 1 dell'01.04.2025 avente ad oggetto: "Insediamento della Dr.ssa Laura Figorilli in qualità di Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3";

VISTE le Determinazioni n. 2 dell'11.03.2024 e n. 6 del 6.05.2024 con le quali sono stati nominati rispettivamente il Dr. Angelo Scozzafava quale Direttore Amministrativo e il Dr. Antonio Bray quale Direttore Sanitario;

VISTA la Legge del 23/12/1999, n. 488, art. 26 e la Legge del 23/12/2000, n. 388, art. 58 con cui è stata istituita ed organizzata la CONSIP S.p.A. - Concessionaria Servizi Informatici Pubblici - intesa come struttura che, in nome e per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, attua le procedure di acquisizione di beni e servizi per tutta la P.A.;

VISTO il D.lgs. n. 36 del 31 marzo 2023 "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici";

VISTA la legge 120 del 11/09/2020 di conversione del D.L. n. 76/2020 Decreto Semplificazione ed il D.L. 77 del 31/05/2021 relativo alla Governance del PNRR ed alle misure di accelerazione e snellimento delle

procedure, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108 (in S.O. n. 26, relativo alla G.U. 30/07/2021, n. 181);

VISTO l'articolo 1, comma 1043, secondo periodo della legge 30/11/2020, n. 178, ai sensi del quale al fine di supportare le attività di gestione, di monitoraggio, di rendicontazione e di controllo delle componenti del Next Generation EU, il Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato sviluppa e rende disponibile un apposito sistema informatico;

VISTA la DGR n. 75 del 25/02/2022 di Definizione del Piano regionale di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello, di cui alla Missione 6 del PNRR – Salute componente M6C2.1 Aggiornamento Tecnologico Digitale – Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA di I e II Livello);

VISTA la Determinazione Regionale G04698 del 20/04/2022 avente ad oggetto "Ricognizione Responsabili Unici del Provvedimento incaricati della compilazione delle Schede Intervento e dei referenti incaricati della validazione";

VISTA la Determinazione Regionale G06321 del 20/04/2022 avente ad oggetto "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – componente M6C2: Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1 (Digitalizzazione DEA I e II livello) – Definizione del Piano regionale di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di I e II livello, di cui al PNRR – Aggiornamento del Piano";

VISTA la DGR n. 332 del 24/05/2022 di Approvazione del Piano Operativo Regionale degli investimenti inclusi nella Missione 6 Salute del PNRR;

VISTA la DGR n. 581 del 19/07/2022 di Assegnazione delle risorse finalizzate all'attuazione degli interventi previsti nel Piano Operativo della Regione Lazio di cui alla DGR 332/2022;

VISTA la DGR n. 930 del 22/12/2023 di Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 236 del 25/05/2023;

VISTA la DGR n. 297 del 2/05/2024 di Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 930 del 22/12/2023;

VISTA la DGR n. 667 del 8/08/2024 di Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 297 del 2/05/2024;

VISTA la DGR n. 1118 del 19/12/2024 di Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR n. 667 del 8/08/2024;

VISTA la DGR n. 282 del 29/04/2025 di Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR n. 1118 del 19/12/2024;

VISTA la DGR n. 642 del 24/07/2025 di Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR n. 282 del 29/04/2025;

VISTA la DGR n. 1003 del 6/11/2025 di Rimodulazione del Piano Operativo Regionale di cui alla DGR n. 642 del 24/07/2025;

VISTA la nota prot. R.L. n. 0624540 del 13/05/2024 recante "Documentazione comprovante il raggiungimento del Target PNRR M6C2–8 Digitalizzazione delle strutture ospedaliere";

VISTA la nota prot. R.L. n. 0752916 del 21/07/2025 recante "PNRR M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA – Comunicazione ministeriale in merito alle date di collaudo per progetti connessi al Target M6C2-8";

VISTA la nota prot. R.L. n. 0969391 del 2/10/2025 recante "PNRR M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA – Aggiornamenti in merito la Target M6C2-8 e certificazione dei livelli di maturità digitale dei presidi sede di DEA";

VISTA la nota prot. R.L. n. 1005341 del 13/10/2025 recante "PNRR M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA – Aggiornamenti in merito la Target M6C2-8 e certificazione dei livelli di maturità digitale dei presidi sede di DEA – Autorizzazione ordinativi HIMSS";

PREMESSO che nell'ambito dei progetti PNRR Missione 6 Digitalizzazione DEA, l'obiettivo della digitalizzazione del presidio sede di DEA è associato al Target europeo M6C2-8;

che al fine di rendicontare efficacemente il target europeo M6C2-8 è prevista la stesura di un documento esplicativo che giustifichi adeguatamente le modalità attraverso cui il Target sia stato effettivamente raggiunto e che riporti in allegato un certificato di completamento coerente con la legislazione nazionale e la relazione di un Esperto Indipendente individuato dalla Regione/Provincia Autonoma, ricomprendente il dettaglio che le specifiche tecniche dei progetti siano in linea con le previsioni della CID in termini di investimento e Target;

che con Deliberazione Direttore Generale n. 1408 del 29.12.2023 la ASL Roma 3 ha aderito alla Convenzione CONSIP ID 2202 per i servizi di seguito dettagliati:

- IT Strategy: assessment per la misurazione del livello di digitalizzazione al tempo T_0;
- Supporto alla Roadmap: Definizione di un Roadmap evolutiva complessiva;

- IT Strategy: Quick assessment periodici con cadenza semestrale;
- IT Strategy: Assessment per la misurazione del livello di digitalizzazione raggiunto al termine del periodo previsto T_1 (32 mesi);

che l'assessment per la misurazione del livello di digitalizzazione al T_0, concluso nell'agosto 2023 ed elaborato sul modello internazionale Emram, ha fornito per il DEA GB Grassi, CLP 120061, le seguenti risultanze (Allegato 1):

Livello raggiunto	0	Livello massimo in base all'auto-valutazione online. È necessaria una convalida per confermare tale Livello.
Risultato percentuale	31%	% di risultati rispetto al modello EMRAM
Livello 7	32%	Livello non raggiunto
Livello 6	29%	Livello non raggiunto
Livello 5	39%	Livello non raggiunto
Livello 4	25%	Livello non raggiunto
Livello 3	18%	Livello non raggiunto
Livello 2	25%	Livello non raggiunto
Livello 1	40%	Livello non raggiunto

DATO ATTO che, con Deliberazione n. 630 del 14/06/2024 la Asl Roma 3 ha aderito all'Accordo Quadro Consip "ID 2202" nell'ambito del progetto PNRR CUP I89J22001190006 "Servizi di sviluppo dell'interoperabilità dei dati sanitari", e che la soluzione ha consentito il supporto di Project Management utile alla reingegnerizzazione dell'ecosistema digitale del DEA G.B. Grassi, come comprovato dai documenti di SAL/CRE n. 1 e SAL/CRE n.2 (Allegato 2);

che, con Deliberazione n. 631 del 14/06/2024 la Asl Roma 3 ha aderito all'Accordo Quadro Consip "ID 2202" nell'ambito del progetto PNRR CUP I87H23001120006 "Enterprise Imaging", e che la soluzione adottata ha realizzato la gestione delle immagini diagnostiche e le integrazioni con i sistemi dipartimentali classici quali Radiologia, Anatomia Patologica, Cardiologia, oltre alla distribuzione degli esiti e delle informazioni in tempo reale necessarie a recuperare il Dossier Paziente in una logica di prossimità e rapidità di accesso ai dati specifici, come comprovato dai documenti di SAL/CRE n. 1 e SAL/CRE n.2 (Allegato 3);

che, con Deliberazione n. 775 del 16/07/2024 la Asl Roma 3 ha aderito all'Accordo Quadro Consip "ID 2365" nell'ambito del progetto PNRR CUP I87H23001130006 "Repository e Order Entry", e che sono stati realizzati mediante la citata adesione un sistema di Order Entry unico per richiedere e pianificare ogni tipo di attività sul paziente e l'implementatazione di un Repository di livello aziendale di riferimento che garantisce l'integrazione verso il servizio di Conservazione Digitale

aziendale o i servizi online del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e Ritiro Referti online (ROL) secondo le linee guida e le specifiche di integrazione regionali, come comprovato dai documenti di SAL/CRE n. 1 e SAL/CRE n.2 (Allegato 4);

che, con Deliberazione n. 776 del 16/07/2024 la Asl Roma 3 ha aderito all'Accordo Quadro Consip "ID 2365" nell'ambito del progetto PNRR CUP I87H23001130006 "Repository e Order Entry", e che sono stati realizzati mediante la citata adesione la gestione integrata di tutto il processo chirurgico (visita chirurgica, inserimento e gestione delle liste d'attesa chirurgiche, pianificazione delle sedute operatorie, gestione attività blocco operatorio, cartella anestesiologica, tracciatura materiali e presidi medico-chirurgici); l'integrazione con Sistema di richieste informatizzate da reparto (Order Management) per Richieste Sangue, Consulenze, Anatomia Patologica e Enterprise Imaging; il supporto alla definizione del Modello dei Nomenclatori Aziendale; l'integrazione con il sistema Accettazione Dimissione Trasferimento (ADT) in uso presso la ASL Roma 3; l'integrazione con il Clinical Data Repository (CDR) relativamente a cartella clinica anestesiologica, registro operatorio, refertazione e diagnostica laboratorio, Scheda Unica Terapia (SUT) relativa al modulo Prescrizione Farmaci, come comprovato dai documenti di SAL/CRE n. 1 e SAL/CRE n.2 (Allegato 5);

PRESO ATTO che con nota prot. R.L. n. 0896027 del 11/09/2025, recepita al prot. ASL Roma 3 n. 65232 pari data, il Soggetto Attuatore ha comunicato che in data 30/06/2025 è stato regolarmente eseguito, con esito positivo, il collaudo tecnico-funzionale della Soluzione Regionale di Cartella Clinica Elettronica Interoperabile, CUP F85F22001530006 - CIG 9625468379 (Allegato 6);

che, a seguito del completamento dei sopracitati interventi, l'assessment per la misurazione del livello di digitalizzazione al T_1, elaborato sul modello internazionale Emram, ha fornito per il DEA GB Grassi, CLP 120061, le seguenti risultanze (Allegato 7):

Livello raggiunto	4	Livello massimo in base all'auto-valutazione online. È necessaria una convalida per confermare tale Livello.
Risultato percentuale	74%	% di risultati rispetto al modello
Livello 7	74%	Livello non raggiunto
Livello 6	63%	Livello non raggiunto
Livello 5	71%	Livello non raggiunto
Livello 4	79%	Livello raggiunto
Livello 3	96%	Livello raggiunto
Livello 2	80%	Livello raggiunto
Livello 1	95%	Livello raggiunto

che, come da nota prot. R.L. n. 1005341 del 13/10/2025 recante "PNRR M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA – Aggiornamenti in merito la Target M6C2-8 e certificazione dei livelli di maturità digitale dei presidi sede di

DEA – Autorizzazione ordinativi HIMSS" la ASL Roma 3 ha proceduto, con Deliberazione n. 699 del 17/10/2025, all' acquisto, mediante invio dell'ordinativo esecuzione immediata n. 8744138, dei servizi di certificazione del livello di maturità digitale offerti a carrello Me.Pa. dalla società HIMSS Italy srl;

che in data 17/11/2025 si è tenuta in modalità conferenza da remoto la seduta di audit per la certificazione del livello di maturità digitale con la società HIMSS Italy srl;

che in data 27/11/2025 è stata trasmessa dalla società HIMSS Italy srl la certificazione del livello di maturità digitale per il DEA G.B. Grassi, avente ID 110834, allegata alla presente quale parte integrante dell'atto, e che tale certificazione ha modificato gli assessment a T_0 e T_1, rivedendo il livello iniziale da 0 a 1 e il livello conseguito al termine degli interventi da 4 a 2 (Allegato 8);

VISTA la nota prot. R.L. n. 1113603 del 11/11/2025 recante "PNRR M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA – Documentazione comprovante il raggiungimento del Target PNRR M6C2–8 ("Digitalizzazione delle strutture ospedaliere – DEA – Dipartimenti di emergenza e Accettazione – Livello I e II") – Trasmissione delle Linee Guida per il conseguimento dei Target e del set documentale da produrre - Addendum" la quale prescrive che, ai fini del raggiungimento del Target, i Soggetti Attuatori Delegati dovranno caricare nell'apposita sezione del portale REGIS la seguente documentazione:

- Certificazione del livello di digitalizzazione di ciascun presidio sede di DEA di I e II livello rilasciata da HIMSS, basata sul modello EMRAM;
- Dichiarazione, sottoscritta dal Soggetto Attuatore delegato DG/CS, che attesti il completamento dell'intervento e l'innalzamento del livello di digitalizzazione di ciascun presidio sede di DEA di I e II livello mediante l'operatività delle tecnologie informatiche hardware e/o software e dei servizi finalizzati all'informatizzazione delle strutture ospedaliere finanziati attraverso il sub-investimento M6C2 1.1.1, sulla base della certificazione HIMSS di cui al precedente punto. A tale scopo sarà necessario e obbligatorio utilizzare il format ministeriale di cui agli Allegati n.1 (.doc) e n.1a (.xls) (Allegati 9 e 10 alla presente Deliberazione);
- Atto di competenza regionale (e non aziendale) attestante l'innalzamento dei livelli di digitalizzazione dei presidi sede di DEA e, pertanto, il conseguimento del Target regionale di 21 presidi sede di DEA da digitalizzare (comprovato dagli atti/certificati sopra richiamati ai punti 1 e 2);

RITENUTO pertanto alla luce dell'istruttoria effettuata:

- prendere atto del completamento degli interventi di cui ai CUP I89J22001190006, I87H23001120006 e I87H23001130006;
- prendere atto del collaudo tecnico-funzionale della Soluzione Regionale di Cartella Clinica Elettronica Interoperabile, CUP F85F22001530006 - CIG 9625468379;
- prendere atto dell'innalzamento del livello di digitalizzazione del presidio sede di DEA G.B. Grassi, CLP 120061, dal livello 1 al livello 2 della scala Emram, come certificato dalla società HIMSS Italy srl, ID Certificazione 110834;
- prendere atto degli allegati n. 1 e n. 1a, validati dal RUP Aziendale, sottoscritti dal Direttore Generale ASL Roma 3 e allegati alla presente quali parte integrante atto (Allegati 9 e 10);
- procedere al caricamento della documentazione comprovante il raggiungimento del Target PNRR M6C2–8 nell'apposita sezione del portale REGIS.

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo comma, L.241/90, come modificata dalla legge 15/2005;

PROPONE

per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente confermati:

- prendere atto del completamento degli interventi di cui ai CUP I89J22001190006, I87H23001120006 e I87H23001130006;

- prendere atto del collaudo tecnico-funzionale della Soluzione Regionale di Cartella Clinica Elettronica Interoperabile, CUP F85F22001530006 - CIG 9625468379;

- prendere atto dell'innalzamento del livello di digitalizzazione del presidio sede di DEA G.B. Grassi, CLP 120061, dal livello 1 al livello 2 della scala Emram, come certificato dalla società HIMSS Italy srl, ID Certificazione 110834;

- prendere atto degli allegati n. 1 e n. 1a, validati dal RUP Aziendale, sottoscritti dal Direttore Generale ASL Roma 3 e allegati alla presente quali parte integrante atto (Allegati 9 e 10);

- procedere al caricamento della documentazione comprovante il raggiungimento del Target PNRR M6C2–8 nell'apposita sezione del portale REGIS.

IL DIRETTORE
U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI, OPERATION MANAGEMENT E TECNOLOGIE DELLA COMUNICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE
(Dr. Matteo Montesi)

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Legge Regionale 16 giugno 1994 n. 18;

VISTO l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 432 del 21.03.2025, approvato dalla Regione Lazio con Deliberazione n. 189 del 3.04.2025 e pubblicato sul BURL n. 28 dell'8.04.2025;

VISTA la deliberazione n. 44 del 22.04.2025 avente ad oggetto: "Recepimento della Delibera n° 189 del 03/04/2025 della Regione Lazio di approvazione del nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3";

VISTO l'art. 3 comma 6 del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 8 comma 7 della L.R. del Lazio n. 18/94;

IN VIRTU' dei poteri di cui alla Deliberazione della Asl Roma 3 n. 1 del 01.04.2025 inerente l'insediamento del Direttore Generale Dr.ssa Laura Figorilli;

PRESO ATTO che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della L. 20/1994 e s.m.i., nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art.1, primo comma, L.241/90, come modificata dalla legge 15/2005;

VISTI il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione con oggetto: "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute - Componente 2 - Investimento 1.1.1: Presa d'atto del completamento degli interventi di cui ai CUP I89J22001190006, I87H23001120006 e I87H23001130006, del collaudo tecnico-funzionale della Soluzione Regionale di Cartella Clinica Elettronica Interoperabile di cui al CUP F85F22001530006, e dell'innalzamento del livello di digitalizzazione del presidio sede di DEA G.B. Grassi, CLP 120061, dal livello 1 al livello 2 della scala Emram, come certificato dalla società HIMSS Italy srl, ID Certificazione 110834", composta di n. 9 pagine e n. 10 allegati, nei termini indicati.

Il presente atto sarà pubblicato all'Albo on line dell'Azienda per giorni 15 consecutivi, ai sensi della L. R. 31/10/1996 n.45.

IL DIRETTORE GENERALE
(DOTT.SSA LAURA FIGORILLI)

EMRAM

HIMSS SOLUTION

Modello di adozione di cartella clinica elettronica (EMR)

Report di valutazione dei risultati

ASL Roma 3

Ospedale Giovanni Battista Grassi

Lazio

Italy

Preparato da

HIMSS

Data del questionario: 2023-05-31

Data del report: 2023-08-07

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Sommario

Modello di adozione di cartella clinica elettronica (EMR)

- Descrizione del modello
- Scopo
- Metodologia

Tecnologia e principali dati sulle prestazioni ospedaliere

- Tecnologia e integrazione con la cartella clinica elettronica (EMR)
- Principali dati sulle prestazioni ospedaliere

Risultato di riferimento

- Sommario esecutivo
- Punteggio (Livello raggiunto)
- Risultati per specifica area di interesse

Cattura dati (Data Capture) e scambio di informazioni sanitarie (HIE)

- Panoramica della specifica area di interesse
- Opportunità

Coinvolgimento dei pazienti

- Panoramica della specifica area di interesse
- Opportunità

Analisi dell'assistenza sanitaria (Healthcare Analytics) e misurazione dei risultati/esiti

- Panoramica della specifica area di interesse
- Opportunità

Gestione della resilienza

- Panoramica della specifica area di interesse
- Opportunità

Adozione da parte degli utenti clinici

- Panoramica della specifica area di interesse
- Opportunità

Contatti

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

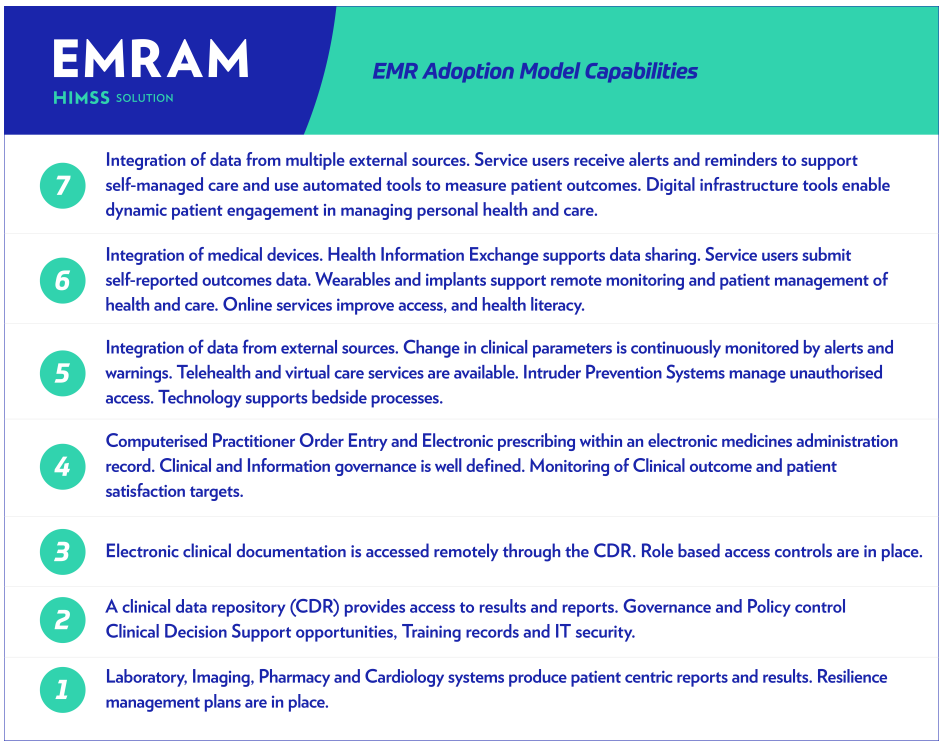
Modello di adozione di cartella clinica elettronica (EMR)

Descrizione del modello

Il modello EMRAM è un Modello di Maturità a otto Livelli (0-7), che inizia al Livello 0 e prosegue verso il punto più alto per dimostrare l'uso efficace della tecnologia di cartella clinica elettronica (EMR) da parte di un'intera organizzazione suggerendo migliorie e piani d'azione per ogni singolo livello ottenuto. Ogni Livello include requisiti riguardanti le seguenti cinque aree di interesse:

- **Cattura dati (Data Capture) e scambio di informazioni sanitarie (HIE)**
- **Coinvolgimento dei pazienti**
- **Analisi dell'assistenza sanitaria (Healthcare Analytics) e misurazione dei risultati/esiti**
- **Gestione della resilienza**
- **Adozione da parte degli utenti clinici**

Le aree di interesse e i requisiti di ogni Livello rappresentano uno spettro di capacità necessarie per estendere su lagra scala l'uso efficace della tecnologia di cartella clinica elettronica (EMR) al fine di ottimizzare le operazioni e gli esiti di cura per i pazienti.



©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Scopo

Il Modello di adozione della cartella clinica elettronica (EMRAM) misura gli esiti clinici, il coinvolgimento dei pazienti e l'uso da parte del medico della tecnologia di cartella clinica elettronica (EMR) per potenziare la performance organizzativa e gli esiti sanitari nei diversi gruppi di pazienti. Il modello EMRAM, applicabile a livello internazionale, incorpora una metodologia e degli algoritmi in grado di fornire valutazioni per l'intero ospedale, inclusi pazienti ricoverati, pazienti ambulatoriali e servizi in day-hospital forniti nel campus ospedaliero. Il modello EMRAM fornisce valutazioni di ospedali in tutto il mondo, relativamente alla loro maturità digitale e fornisce una roadmap dettagliata per facilitare l'adozione e l'implementazione di un percorso di trasformazione digitale per il raggiungimento degli esiti auspicati.

Misurando dati basati su prove in ogni fase, le organizzazioni utilizzano il modello EMRAM per ottimizzare gli ambienti di lavoro digitali, migliorare la performance e la sostenibilità finanziaria, costruire una forza lavoro sostenibile e supportare un'esperienza eccezionale per i pazienti. L'utilizzo di informazioni digitali migliora la sicurezza del paziente, la qualità e l'esperienza di cura e la soddisfazione del medico riducendo gli errori, la durata della degenza e gli ordini duplicati e ottimizzando l'accesso e l'utilizzo dei dati a supporto della fornitura di cure.

Miglioramento della sicurezza del paziente

Possibilità di valutare e migliorare la sicurezza del paziente ottimizzando l'implementazione della cartella clinica elettronica (EMR) per soddisfare le esigenze del team di cura e fornire l'accesso ai dati e alle informazioni essenziali dove e quando necessario.

Aumento della soddisfazione dei pazienti

Possibilità di interagire con i pazienti e i medici per gestire la salute e il benessere complessivi. Migliorare la comunicazione, la produttività e l'efficienza, ridurre il rischio di errori nella fornitura delle cure e potenziare il coinvolgimento e l'esperienza dei pazienti. Potenziare la fornitura di cure grazie alla presenza delle giuste informazioni al momento giusto, sia per il paziente che per il medico, migliorando al contempo la comunicazione tra il team di cura e il paziente o il tutore.

Supporto per i medici

Una cartella clinica elettronica (EMR) efficace è quella progettata per i diversi utilizzi dei medici che vi lavorano. Il modello EMRAM garantisce che il flusso di lavoro e i contenuti degli strumenti digitali soddisfino le esigenze dei team medici, monitorando al contempo la conformità agli standard approvati.

Sicurezza dei dati

Politiche ospedaliere e una governance efficaci supportano e rafforzano l'integrità dei dati; la sicurezza dei dati è una componente essenziale di un ambiente di lavoro a elevate prestazioni, supportato da un sistema di cartella clinica elettronica (EMR). Il modello EMRAM fornisce una guida per la creazione delle politiche dell'organizzazione relative all'uso corretto e alla protezione dei dati archiviati nella cartella clinica elettronica (EMR) e al livello di accesso disponibile per i team di medici, per i pazienti e per altri soggetti che operano nell'organizzazione.

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Metodologia

Tramite una metodologia di punteggio basata su preferenze espresse in gradi di Scala Likert, le risposte alla valutazione vengono ordinate in forma di tabelle indicanti risultati ottenuti sia per ogni singolo Livello del Modello, sia rispetto al Modello in generale (punteggio complessivo). Per raggiungere un determinato Livello, un'organizzazione deve soddisfare almeno il 70% dei requisiti richiesti da quello stesso Livello e di tutti i Livelli precedenti.

Ottenere il Livello 6 dell'EMRAM significa in primis che il punteggio/Livello ottenuto dall'organizzazione deve indicare in questo report il Livello EMRAM 6, in seguito va superata positivamente anche una procedura di convalida (visita in loco) formale da parte di un revisore di HIMSS.

Il Livello EMRAM 7 può essere raggiunto se l'ospedale ha già ricevuto una convalida positiva per il Livello EMRAM 6 e può dimostrare di avere raggiunto risultati clinici ottimali basati sulle strategie di coinvolgimento dei pazienti e sulle opzioni di fornitura delle cure. È richiesta una procedura di convalida (visita in loco) formale con esperti del settore selezionati da HIMSS.

Per essere valutata in base al modello EMRAM, l'organizzazione deve completare il questionario online. L'organizzazione autovaluta (self-assessment) le proprie prestazioni rispetto a ciascun requisito dichiarato dal questionario. Completare il questionario richiede circa un'ora. L'organizzazione auto-valuta la propria performance in relazione ai suddetti requisiti dichiarati dal questionario esprimendo preferenze basate sulla seguente Scala Likert:

- **Non abilitato -** Le capacità indicate nella dichiarazione di requisiti non sono generalmente, o sono raramente, disponibili
- **Minimamente abilitato -** Le capacità indicate nella dichiarazione di requisiti sono disponibili in modo limitato
- **Abbastanza abilitato -** Le capacità indicate nella dichiarazione di requisiti sono disponibili circa la metà del tempo
- **Per lo più abilitato -** Le capacità indicate nella dichiarazione di requisiti sono generalmente disponibili la maggior parte del tempo
- **Completamente abilitato -** Le capacità indicate nella dichiarazione di requisiti sono quasi sempre o sempre disponibili

Opportunità evidenziate con i colori

L'analisi che segue utilizza elementi cromatici evidenziati che denotano il punteggio/Livello EMRAM attualmente raggiunto e i diversi modi in cui è possibile potenziare e migliorare il suddetto punteggio. Questi sono i colori utilizzati:

- **Il colore rosso** indica - nelle sezioni del report riguardanti il risultato di riferimento ottenuto - i Livelli EMRAM in cui i criteri minimi sono ancora da raggiungere e, nelle sezioni riguardanti le opportunità, i requisiti minimi ancora da raggiungere.
- **Il colore giallo**, riservato alle sezioni del report riguardanti il risultato di riferimento ottenuto, mostra che i requisiti minimi sono stati ottenuti, ma che la soglia del 70% di una fase EMRAM non è ancora stata raggiunta.
- **Il colore verde**, riservato alle sezioni del report riguardanti il risultato di riferimento ottenuto, mostra che i requisiti minimi e la soglia del 70% di un Livello EMRAM sono stati raggiunti.
- **Il colore blu**, riservato alle sezioni riguardanti le opportunità del report, mostra i criteri relativi al Livello successivo di cui la soglia del 70% dell'attuale Livello EMRAM - nel complesso - non è ancora raggiunto.
- **Il colore viola**, riservato alle sezioni riguardanti le opportunità del report, mostra i criteri relativi al Livello successivo di cui la soglia del 70% dell'attuale Livello EMRAM - per area di interesse specifico - non è ancora raggiunto.

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Tecnologia

Applicazione	Disponibilità	Fornitore	Integrazione con cartella clinica elettronica (EMR)
Repositori di dati clinici (EMR)	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Sistema informativo di cardiologia	Attivo e operativo	SELF-DEVELOPED	Non segnalato
Sistema informativo di radiologia	Attivo e operativo	BIESSE MEDICA	Autonomo - integrazione
Sistema di inserimento computerizzato degli ordini medici (CPOE)	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Documentazione clinica	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Documentazione medica	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Sistema informativo di laboratorio	Attivo e operativo	DEDALUS	Stand-alone - not integrated
Sistema di gestione della farmacia	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR)	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Sistema di archiviazione e trasmissione di immagini (PACS) di radiologia	Attivo e operativo	BIESSE MEDICA	Autonomo - integrazione
Sistema di archiviazione e trasmissione di immagini (PACS) di cardiologia	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Repository aziendale di immagini (EIR)/Archivio indipendente dal fornitore (VNA)	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Software anti-virus/anti-malware	Attivo e operativo	ESET LLC.	Non applicabile
Cifratura	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Sistema di individuazione e prevenzione delle intrusioni/IDPS	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Gestione dei dispositivi mobili	Attivo e operativo	OTHER	Non applicabile
Strumento di rendicontazione della valutazione del rischio di sicurezza	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Codice a barre	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
RFID	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile

Principali dati sulle prestazioni ospedaliere

Indicatore di prestazione	
Letti di degenza	233
Episodio di degenza all'anno	--
Presenze ambulatoriali annuali	--
Spese operative annuali	114,496,120,369
Spese operative IT annuali	--
Spese di capitale annuali per l'informatica	503,443
Postazioni di lavoro fisse	1,457
Postazioni di lavoro mobili	290
Personale	1,701
Medici	--
Infermieri registrati	--
Professionisti sanitari alleati registrati	234
Personale IT in loco	0
Supporto al personale IT (a livello di gruppo/trust/sistema sanitario)	--
Supporto al personale IT (presso organizzazioni esterne)	--
Utenti supportati dall'IT	1,945
Ricavi operativi annuali	--
Spesa in conto capitale	--
Servizi di emergenza forniti	--
Servizio primario fornito	Medicina generale
È un'organizzazione universitaria?	No

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Risultato di riferimento

Sommario esecutivo

Il punteggio/Livello di riferimento relativo al Modello di adozione della cartella clinica elettronica (EMRAM) deriva dal confronto dei risultati ottenuti dall'ospedale in relazione al modello EMRAM. Il raggiungimento di un Livello rappresenta il progresso complessivo compiuto verso la maturità del sistema di cartella clinica elettronica (EMR) dell'organizzazione. Livelli non rappresentati in un determinata area sono indicati con un N/A (Non applicabile) nelle tabelle di punteggio riportate di seguito.

Punteggio (Livello raggiunto)

Il punteggio riportatonella tabella seguente si basa sulle informazioni raccolte attraverso l'autovalutazione online del modello EMRAM di HIMSS. I risultati complessivi di Livello 6 o 7 elencati in questa sezione sono approssimativi e richiedono la revisione (convalida o validazione) da parte di un consulente digitale di HIMSS. Se il Livello complessivo raggiunto indica 6 o 7, un collaboratore di HIMSS vi contatterà per parlare dei passi successivi nel vostro percorso di trasformazione digitale. Può anche contattarci all'indirizzo customerservice@himss.org

Livello raggiunto	0	Livello massimo in base all'auto-valutazione online. È necessaria una convalida per confermare tale Livello.
Risultato percentuale	31%	% di risultati rispetto al modello EMRAM
Livello 7	32%	Livello non raggiunto
Livello 6	29%	Livello non raggiunto
Livello 5	39%	Livello non raggiunto
Livello 4	25%	Livello non raggiunto
Livello 3	18%	Livello non raggiunto
Livello 2	25%	Livello non raggiunto
Livello 1	40%	Livello non raggiunto

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

Risultati per specifica area di interesse

Livello	Cattura dati (Data Capture) e scambio di informazioni sanitarie (HIE)	Coinvolgimento dei pazienti	Analisi dell'assistenza sanitaria (Healthcare Analytics) e misurazione dei risultati/esiti	Gestione della resilienza	Adozione da parte degli utenti clinici
Livello raggiunto	0	4	1	0	0
Risultato percentuale	32%	25%	38%	32%	17%
Livello 7	35%	16%	37%	0%	30%
Livello 6	0%	20%	46%	32%	21%
Livello 5	43%	56%	11%	63%	28%
Livello 4	0%	100%	41%	30%	0%
Livello 3	17%	N/A	50%	50%	0%
Livello 2	0%	N/A	50%	42%	0%
Livello 1	52%	N/A	75%	17%	0%

N/A (non applicabile): il Livello non è rappresentato da quella specifica area di interesse e non incide sul punteggio della valutazione.

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Cattura dati (Data Capture) e scambio di informazioni sanitarie (HIE)

L'organizzazione ha la capacità di scambiare dati clinici e informazioni con pazienti, organizzazioni esterne e team sanitari specializzati (strutture di riabilitazione, strutture di assistenza a lungo termine), anche se non vi sono organizzazioni esterne che dispongono della stessa capacità di cartella clinica elettronica (EMR). In questo caso, la sola mancanza di un effettivo scambio di informazioni non impedirà all'organizzazione di raggiungere una specifica fase. La capacità è comprovata dimostrando che l'organizzazione è in grado di produrre documenti relativi alla continuità delle cure (CCR) o un'architettura consolidata di documenti clinici (C-CDA), nonché documenti simili. Le organizzazioni devono condividere le cartelle cliniche dei pazienti con i pazienti e gli operatori sanitari durante il percorso assistenziale (con il consenso del paziente).

Livello raggiunto	0	
Risultato percentuale	32%	
Livello 7	35%	Livello non raggiunto
Livello 6	0%	Livello non raggiunto
Livello 5	43%	Livello non raggiunto
Livello 4	0%	Livello non raggiunto
Livello 3	17%	Livello non raggiunto
Livello 2	0%	Livello non raggiunto
Livello 1	52%	Livello non raggiunto

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

Opportunità

Livello	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	Gestione delle informazioni sanitarie (HIM): i documenti esterni vengono scansionati al momento dell'ammissione o in base alla politica aziendale, ad es. anamnesi farmacologica, riepilogo delle dimissioni, ultimi valori degli esami di laboratorio, ecc.	Minimamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: gli specialisti di diagnostica per immagini in radiologia e cardiologia utilizzano moduli strutturati per documentare le risultanze ottenute.	Per lo più abilitato
7	Diagnostica per immagini: le immagini esterne possono essere direttamente integrate nell'Archivio di immagini (o in un'applicazione simile) per facilitare un accesso agevole da parte di medici.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: i medici possono avere accesso alle immagini a distanza attraverso una connessione online protetta (ove permesso dalla politica aziendale).	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: i risultati medici della diagnostica per immagini vengono comunicati digitalmente ai medici in tutti gli ambiti di cura del paziente.	Abbastanza abilitato
7	Diagnostica per immagini: tutte le immagini e le forme d'onda vengono registrate e gestite digitalmente (ad es. TAC, risonanza magnetica, ultrasuoni, radiografia digitale, ecografia intravascolare, angiografia coronarica, elettrocardiogramma).	Minimamente abilitato
7	Tutti i dati discreti generati da moduli strutturati vengono normalizzati attraverso un vocabolario medico standard/controllato (ad es. LOINC, SNOMED, ICD-10) per tutta la documentazione dei medici.	Minimamente abilitato
7	I dati provenienti dai dispositivi medici sono integrati in modo completo nella cartella clinica elettronica (EMR) in tutte le aree critiche di cura.	Minimamente abilitato
7	Presenza di un'interfaccia bidirezionale di scambio di informazioni con i pazienti laddove i pazienti siano in grado di accedere ai propri dati sanitari personali, di riferire gli esiti, di accedere ai team clinici per supportare l'auto-gestione della cura.	Non abilitato
7	I determinanti sociali della salute (ad es. situazione abitativa, istruzione, benessere, condizioni lavorative, sicurezza alimentare, area e posizione geografica) sono supportati da strumenti e tecnologie digitali volti a ridurre le disuguaglianze e a garantire che esse siano minimizzate o eliminate. Gli strumenti di analisi predittiva vengono esaminati in relazione a possibili parzialità in caso di comunità in cui siano presenti determinanti sociali della salute, con assegnazione di priorità all'equità e all'uguaglianza.	Non abilitato
7	L'integrazione dei dati ha generato miglioramenti nella fornitura di cure e negli esiti per i pazienti, inclusa una riduzione del consumo di elementi accessori, dovuta all'eliminazione dei test ripetuti non necessari.	Minimamente abilitato
7	Capacità di integrare i dati provenienti da diverse fonti esterne di dati clinici (ad es. dati riferiti dal paziente, organizzazioni esterne, medico inviante, strumenti digitali mobili per la fornitura di cure virtuali) nel repository di dati dell'organizzazione per il tracciamento, il monitoraggio del progresso e le analisi di rischio, sia per pazienti singoli che per gruppi di pazienti.	Non abilitato
7	L'integrazione dei dati clinici con il personale medico inviante e incaricato dell'ammissione è supportata nell'intera organizzazione. Il personale medico inviante e quello incaricato dell'ammissione ha accesso ai seguenti dati del paziente: accesso ai documenti relativi alle visite, dati riferiti agli esiti/ai progressi del paziente, risultati di laboratorio, profilo farmacologico, stato allergico, dati di gestione degli ordini clinici, documenti relativi a interventi chirurgici/procedure, documenti relativi a diagnostica per immagini, notifiche relative al registro dei trattamenti farmacologici, notifiche in caso di allergie, altro.	Minimamente abilitato
7	I dati provenienti da fonti esterne sono attivati e integrati in modo completo nella cartella clinica elettronica (EMR) e sono disponibili per supportare le decisioni cliniche, sia come notifiche che come processi in background.	Non abilitato
7	I dati provenienti da fonti esterne sono attivati e integrati in modo completo nella cartella clinica elettronica (EMR) per offrire un flusso di lavoro ottimizzato ai medici che possono accedere ai documenti completi dei pazienti provenienti da organizzazioni o da fonti di dati esterne.	Non abilitato
7	Presenza di un'interfaccia bidirezionale di scambio di informazioni con un database nazionale dei pazienti nei paesi in cui esiste un repository nazionale.	Completamente abilitato
6	I dispositivi medici sono integrati nella cartella clinica elettronica (EMR) (ad es. dispositivi di monitoraggio).	Non abilitato
6	Tutte le raccolte di campioni sono documentate nella cartella clinica elettronica (EMR). La ricezione di campioni da parte del laboratorio è documentata elettronicamente.	Non abilitato
6	I documenti clinicamente rilevanti vengono scansionati e sono disponibili nel Repository di dati clinici (CDR) entro 24 ore.	Non abilitato
6	Lo scambio di informazioni sanitarie (HIE) permette che i dati strutturati o codificati provenienti da fonti esterne vengano integrati nel Repository di dati clinici (CDR); un'icona viene utilizzata per indicare che dei dati esterni sono disponibili per i team di medici.	Non abilitato
5	I team di cura offrono/forniscono prestazioni in telemedicina (ad es. monitoraggio telefonico, orientamento di cura) per supportare il monitoraggio, la visita e il trattamento a distanza del paziente, sia prima dell'ammissione che dopo le dimissioni.	Per lo più abilitato
5	Le organizzazioni sono in grado di contribuire ai repository di dati nazionali e regionali (ad es. identificativi, nome, indirizzo, ecc.) per individuare quali professionisti sanitari hanno fornito i diversi tipi di servizi a uno specifico paziente.	Per lo più abilitato
5	Presenza di interfacce bidirezionali verso scambi di informazioni sanitarie (HIE) esterni e registri esterni sia per gli aggiornamenti in entrata che in uscita.	Non abilitato
5	Presenza di messaggistica di testo sicura tra i medici per permettere la comunicazione e la collaborazione tra i team.	Per lo più abilitato
5	Il sistema elettronico (automatizzato/digitale) monitora costantemente uno o più indicatori clinici per tracciare lo stato di salute di ciascun paziente, includendo, in via esemplificativa ma non esaustiva, i parametri vitali e i valori di laboratorio, al fine di notificare automaticamente ai membri del team di cura eventuali rischi di deterioramento dello stato di salute del paziente.	Per lo più abilitato
5	Tracciamento della tempestività delle cure infermieristiche (ad es. prescrizioni di medicazione programmata) per esaminare l'efficienza del flusso di lavoro, la produttività e la qualità di cura per reparto, turno e singolo infermiere.	Non abilitato
5	Gli eventi di risposta rapida e gli eventi con codice dispongono di una strategia di documentazione definita, per registrare accuratamente gli interventi di cura.	Minimamente abilitato
5	Lo scambio di informazioni sanitarie (HIE) permette che i risultati provenienti da fonti esterne vengano integrati nel Repository di dati clinici (CDR); un'icona viene utilizzata per indicare che dei dati esterni sono disponibili per i team di medici.	Non abilitato
4	Lo scambio di informazioni sanitarie (HIE) è disponibile per i team clinici provenienti da fonti esterne (ad es. farmaci, liste di criticità, riepilogo delle dimissioni, ecc.). I dati dei pazienti sono disponibili solo attraverso la ricerca in interscambi nazionali, regionali, locali o altro.	Non abilitato
4	Un registro di tutti i farmaci ordinati, nonché di quelli somministrati (sistema di registrazione elettronica dei farmaci (eMar)) per il paziente viene gestito in modalità basata sul paziente ed è disponibile all'interno della rete ospedaliera.	Non abilitato

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Livello	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
3	Un'infrastruttura per scansioni nel punto di cura a bordo letto (per somministrazione di farmaci, sangue, ecc.) è installata in tutte le ubicazioni.	Non abilitato
3	Le prescrizioni vengono riviste e verificate da un farmacista.	Per lo più abilitato
3	Gli ordini computerizzati sono implementati con funzioni di supporto alle decisioni cliniche di base (ossia, ordini duplicati, interazioni tra farmaci, ecc.).	Non abilitato
3	I medici dispongono dell'accesso a distanza alle cartelle cliniche/ai dati/ai referti dei pazienti (ove permesso dalla politica aziendale).	Abbastanza abilitato
3	Accesso dei medici a fonti esterne di dati per scopi di istruzione e formazione.	Non abilitato
2	Accesso dei medici ai risultati e alle immagini attraverso il Repository di dati clinici (CDR) (immagini e scansioni, risultati di laboratorio).	Non abilitato
2	Presenza di un Repository di dati clinici (CDR) come repository singolo (può essere compilato come soluzione di un singolo fornitore o su diversi moduli software che agiscono come repository singolo).	Non abilitato
1	La farmacia utilizza notifiche interattive per la sicurezza farmacologica (ad es. ordini duplicati, interazioni tra farmaci, errori di dosaggio, ecc.).	Non abilitato
1	Il 90% o più degli esami di laboratorio (chimica clinica, microbiologia, molecolare, ecc.) vengono archiviati come dati strutturati e discreti e possono essere utilizzati per analisi sulle tendenze o come elementi di supporto alle decisioni cliniche.	Per lo più abilitato
1	Il 90% o più dei risultati di laboratorio vengono archiviati in modalità basata sul paziente e sono disponibili all'interno della rete ospedaliera.	Completamente abilitato
1	Il 90% o più delle immagini non-DICOM vengono archiviate in modalità basata sul paziente e sono disponibili all'interno della rete ospedaliera.	Non abilitato
1	Il 90% o più delle immagini DICOM vengono archiviate in modalità basata sul paziente all'interno della rete ospedaliera.	Abbastanza abilitato
1	Sistema informativo di cardiologia - Le richieste vengono inserite manualmente o elettronicamente nel sistema di cardiologia. I referti vengono abbinati alle richieste e distribuiti al medico ordinante.	Minimamente abilitato
1	Sistema informativo di farmacia - Le prescrizioni vengono inserite manualmente o elettronicamente nel sistema di gestione della farmacia al fine di aggiornare l'inventario di controllo delle scorte.	Per lo più abilitato
1	Sistema informativo di radiologia - Le richieste vengono inserite manualmente o elettronicamente nel sistema di radiologia. I referti vengono abbinati alle richieste e distribuiti al medico ordinante.	Per lo più abilitato
1	Sistema informativo di laboratorio - Le richieste vengono inserite manualmente o elettronicamente nel sistema di laboratorio. I risultati vengono abbinati alle richieste e distribuiti al medico ordinante.	Per lo più abilitato

Legenda dei colori
Aree di miglioramento complessivo del Livello EMRAM
Aree di miglioramenti del Livello in quell'area di interesse
Lacuna relativa ai requisiti minimi per raggiungere il Livello EMRAM 7

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Coinvolgimento dei pazienti

Il coinvolgimento del paziente è definito come la soddisfazione e la realizzazione delle esigenze, dei valori e degli obiettivi sanitari personalizzati dei singoli pazienti, offrendo loro la possibilità di scegliere l'erogazione delle cure--comprese le visite di assistenza virtuali e digitali, la telemedicina e/o l'autogestione digitale. Ognuno di questi tipi di modelli di erogazione delle cure varia ampiamente tra i sistemi sanitari globali, ma ciascuna di queste opzioni di erogazione delle cure coinvolge i pazienti in misura variabile.

L'assistenza abilitata digitalmente è definita come l'offerta di opzioni di assistenza che offrono un coinvolgimento significativo tra fornitori e pazienti, supportato da solidi ambienti di assistenza abilitati digitalmente in cui il coinvolgimento dei pazienti è dinamico, in cui viene offerta ai pazienti la scelta in merito a come interagire e connettersi con i team dei fornitori e in cui viene supportato un processo decisionale basato sui dati. Il coinvolgimento dei pazienti prende in considerazione una gamma di opzioni digitali (ad es., strumenti online, dispositivi portatili) per l'accesso agli approcci di assistenza ovunque, o delle applicazioni che consentono il supporto on-demand per la salute e il benessere.

Livello raggiunto	4	
Risultato percentuale	25%	
Livello 7	16%	Livello non raggiunto
Livello 6	20%	Livello non raggiunto
Livello 5	56%	Livello non raggiunto
Livello 4	100%	Livello raggiunto
Livello 3	N/A	Non applicabile
Livello 2	N/A	Non applicabile
Livello 1	N/A	Non applicabile

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

Opportunità

Livello	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	Prima della dimissione del paziente una serie di programmi di di cura personalizzati, strutturati e documentati vengono analizzati con il paziente e/o con le figure associate di supporto costante alla cura (familiari, tutori o fornitori di assistenza post-dimissioni), per la definizione degli obiettivi di salute personali stabiliti dai singoli pazienti in cooperazione con il team di cura e basati sui loro bisogni, valori e sulle specifiche circostanze di vita con considerazione dei determinanti sociali della salute (SDOH).	Minimamente abilitato
7	Attraverso l'uso di app digitali e del portale online i pazienti hanno accesso in tempo reale a flussi di dati per supportare il progresso verso gli obiettivi di salute, offrire una documentazione dettagliata del percorso/programma di cura, conoscere i prodotti terapeutici utilizzati (ad es. impianti, farmaci) per supportare le decisioni di gestione della loro salute e del loro benessere.	Non abilitato
7	È disponibile un servizio di messaggistica sicura con i team clinici durante l'ammissione ospedaliera, per connettere efficacemente i pazienti al proprio team di cura durante l'ospedalizzazione.	Non abilitato
7	I pazienti possono utilizzare strumenti/tecnologie digitali per connettersi, in tempo reale, ai sistemi clinici e ai team di cura (ad es. con una "persona di contatto"/un professionista/un addetto all'orientamento) ai quali chiedere supporto in merito alla propria salute, per la comunicazione degli esiti, per l'ottenimento di informazioni sui processi di cura durante l'ammissione ospedaliera e durante la transizione alla cura ambulatoriale.	Minimamente abilitato
7	L'organizzazione valuta gli strumenti e le tecnologie digitali (ad es. dispositivi indossabili, dispositivi, applicazioni) in base alla facilità d'uso per i pazienti e classifica il loro livello di utilizzo.	Minimamente abilitato
7	Gli strumenti e le infrastrutture digitali tracciano e monitorano i processi di cura e i prodotti utilizzati nel trattamento, in relazione agli esiti individuali, e permettono di progredire verso gli obiettivi di salute e benessere del paziente, in tutti gli ambiti di cura per i pazienti ricoverati.	Non abilitato
7	La comunicazione degli eventi avversi è automatizzata (ad es. individuazione del lotto e della partita dei singoli prodotti per permettere al fornitore di effettuare una tracciabilità globale), collegata ai singoli pazienti che comunicano esiti avversi e in grado di tracciare il rischio potenziale di eventi avversi, per supportare un rapido intervento e migliorare la qualità e la sicurezza degli esiti in tutti gli ambiti di cura.	Minimamente abilitato
7	Una serie di strumenti digitali, tecnologie e piattaforme di tipo personalizzato (ad es. virtuali, online in tempo reale, indossabili) supportano l'auto-gestione della salute e del benessere del consumatore, nonché un accesso efficace ai professionisti sanitari, quando e dove necessario, utilizzando uno strumento di messaggistica/comunicazione sicuro.	Non abilitato
7	I pazienti sono in grado di comunicare gli esiti, fornire un feedback utilizzando gli strumenti digitali durante l'ammissione ospedaliera, per tutti i programmi relativi ai pazienti ricoverati.	Minimamente abilitato
7	Tasso degli esiti comunicati dai pazienti (ad es. percentuale di pazienti che utilizza gli strumenti digitali per l'auto-gestione e che comunica gli esiti sanitari, gli eventi avversi o che interagisce con i team sanitari utilizzando strumenti digitali).	Minimamente abilitato
7	Il tasso di utilizzo (ad es. % di pazienti) relativo all'uso degli strumenti digitali (ad es. dispositivi mobili, app per smartphone, pannelli di controllo, tablet) per l'auto-gestione della cura e per la comunicazione degli esiti sanitari è oggetto di tracciamento e rendicontazione.	Non abilitato
7	Prevalenza di pazienti affetti da condizioni croniche che accedono ai propri documenti sanitari nell'intera organizzazione (indicata come percentuale di pazienti presenti nel registro di una condizione cronica che accedono ai propri documenti sanitari).	Abbastanza abilitato
6	I pazienti possono accedere online a materiali educativi specificamente correlati alle procedure o ai problemi di diagnostica per immagini (ad es. per informarli in merito a potenziali rischi o benefici dei futuri trattamenti o delle procedure di diagnostica per immagini).	Minimamente abilitato
6	I pazienti possono accedere online alle immagini di radiologia e cardiologia create dall'organizzazione.	Non abilitato
6	Una serie di strumenti di infrastruttura digitale sono progettati per supportare e creare conoscenze in ambito sanitario per i consumatori; ai consumatori vengono fornite risorse, conoscenze e gli strumenti necessari per poter auto-gestire con fiducia la propria salute e il proprio benessere.	Minimamente abilitato
6	I pazienti ricevono avvisi, promemoria e notifiche a distanza, collegati al percorso/ai programmi di cura per supportare le decisioni nell'ambito dell'auto-gestione del paziente per il progresso verso il raggiungimento degli obiettivi di salute.	Minimamente abilitato
6	La soddisfazione del paziente viene misurata in relazione alla facilità d'uso degli strumenti digitali (ad es. dispositivi mobili, app per smartphone, pannelli di controllo, tablet) per l'auto-gestione della cura (il denominatore può essere rappresentato dal numero di dimissioni annue, dal numero di visite del paziente annue, ecc.)	Minimamente abilitato
6	Percentuale di pazienti che selezionano/utilizzano/accedono alle visite di cura virtuale/agli appuntamenti di tele-medicina. Possibilità di rendicontazione del numero di visite di cura virtuale nei 12 mesi precedenti per tutte le aree che utilizzano la cura virtuale.	Per lo più abilitato
6	La prevalenza di pazienti che accedono ai propri documenti sanitari nell'intera organizzazione è oggetto di tracciamento e rendicontazione (indicata come percentuale di tutti i pazienti attivi).	Non abilitato
6	Ai pazienti viene offerto un servizio di messaggistica sicura per supportare la comunicazione tra il paziente e il team sanitari.	Non abilitato
6	I dati dei pazienti provenienti da dispositivi indossabili, impianti e altri dispositivi digitali vengono raccolti e trasformati in conoscenze e informazioni per supportare le decisioni del paziente e del caregiver e per gestire la salute e il benessere del paziente.	Minimamente abilitato
6	I pazienti possono inviare i dati relativi agli esiti auto-segnalati e sono in grado di aggiornare i dati del loro stato di salute personale online (ad es. conformità farmacologica, auto-valutazione del rischio, caricamento di immagini clinicamente rilevanti), nonché di comunicare i progressi nei percorsi di cura o nelle terapie (ad es. i pazienti possono documentare la loro esecuzione delle azioni o delle raccomandazioni prescritte).	Non abilitato
6	È disponibile un portale dedicato ai pazienti, attraverso il quale essi possono accedere a un sottogruppo di dati clinici, che includono lo stato alla dimissione, i risultati, i documenti, la lista degli attuali farmaci, una serie di strumenti/risorse di formazione, ecc.	Minimamente abilitato
6	La soddisfazione del paziente viene misurata con l'uso di strumenti digitali (ad es. dispositivi, app, portali su web) che permettono di effettuare una profilazione dell'esperienza del paziente durante l'ospedalizzazione e al momento della dimissione.	Minimamente abilitato
5	I pazienti possono accedere ai propri documenti sanitari attraverso una serie di programmi di cura o di team sanitari.	Minimamente abilitato
5	I pazienti hanno accesso a strumenti digitali per il monitoraggio dello stato di salute, inclusi dispositivi per il tele-monitoraggio di specifiche patologie (ad es. elettrocardiogramma, glicemia, tabelle di riferimento) per le seguenti condizioni: diabete, ipertensione, insufficienza cardiaca, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), insufficienza renale.	Per lo più abilitato
5	I pazienti ricevono, dopo le dimissioni, una serie di promemoria per il mantenimento della salute, attraverso notifiche e avvisi automatizzati (ad es. ai pazienti viene ricordato lo svolgimento di attività di prevenzione come la cura della ferita, le visite di follow-up e gli appuntamenti terapeutici, nonché le nuove ordinazioni o i promemoria relativi a farmaci).	Per lo più abilitato
4	Ai pazienti viene fornito l'accesso online a informazioni sanitarie standardizzate e non personalizzate (ad es. contenuti educativi, valutazioni del rischio, formazione sanitaria).	Completamente abilitato

Legenda dei colori
Aree di miglioramento complessivo del Livello EMRAM
Aree di miglioramenti del Livello in quell'area di interesse
Lacuna relativa ai requisiti minimi per raggiungere il Livello EMRAM 7

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Analisi dell'assistenza sanitaria (Healthcare Analytics) misurazione dei risultati/esiti

Le prestazioni del sistema sanitario sono ottimizzate quando i dati clinici e operativi vengono trasformati in conoscenze e informazioni che supportano le decisioni incentrate sui migliori risultati possibili per i pazienti e sull'ottimizzazione della performance dell'organizzazione. I miglioramenti sostenibili e verificabili della performance del sistema sanitario richiedono analisi e misure dei risultati per tenere traccia dei risultati di qualità e sicurezza per i pazienti e dei risultati delle prestazioni operative per l'organizzazione. Ciò include - a titolo esemplificativo ma non esaustivo - i risultati e l'impatto clinici, operativi e finanziari. Gli strumenti di analisi sono in grado di trasformare i dati in conoscenze, competenze e informazioni per assumere decisioni informate. I risultati includono qualità, sicurezza, efficienza, produttività e altri risultati della performance operativa.

Livello raggiunto	1	
Risultato percentuale	38%	
Livello 7	37%	Livello non raggiunto
Livello 6	46%	Livello non raggiunto
Livello 5	11%	Livello non raggiunto
Livello 4	41%	Livello non raggiunto
Livello 3	50%	Livello non raggiunto
Livello 2	50%	Livello non raggiunto
Livello 1	75%	Livello raggiunto

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

Opportunità

Livello	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	I tassi relativi agli errori farmacologici sono oggetto di rendicontazione periodica (ad es. trimestrale, annuale) per permettere ai team di programmazione di documentare le tendenze.	Completamente abilitato
7	Farmacia: una procedura di revisione critica relativa agli errori farmacologici è ben consolidata, analizzata e comunicata ai reparti di cura dei pazienti, per supportare gli interventi della struttura volti a rafforzare la sicurezza e la qualità dei farmaci per la cura dei pazienti in tutti i team terapeutici.	Abbastanza abilitato
7	Farmacia: le analisi relative agli errori farmacologici vengono comunicate al Comitato di livello dirigenziale per la qualità e la sicurezza al fine di supportare le decisioni che permettono di promuovere la qualità e la sicurezza in tutta l'organizzazione.	Abbastanza abilitato
7	Farmacia: gli errori farmacologici vengono sottoposti a rendicontazione online, le analisi permettono il tracciamento e il monitoraggio degli errori farmacologici collegati agli esiti per i pazienti in tutta l'organizzazione e comunicati regolarmente agli ambiti di cura dei pazienti.	Minimamente abilitato
7	Farmacia: farmaci usati a domicilio o di tipo alternativo che il paziente porta con sé o gestiti in base alla politica aziendale applicata. Nel caso in cui i farmaci portati da casa siano permessi e somministrati (dall'infermiere o dal paziente), essi seguono la stessa procedure applicabile ai farmaci dispensati dalla farmacia.	Per lo più abilitato
7	Farmacia: gli infermieri hanno accesso ai farmaci prescritti a bordo letto, con una verifica basata su sistemi tecnologici per controllare la correttezza del farmaco, della dose, del paziente, della tempistica e della modalità di somministrazione.	Non abilitato
7	Farmacia: vengono utilizzate tecnologie per tracciare e monitorare i farmaci ricevuti sfusi e successivamente confezionati, mantenendo la tracciabilità dal fornitore al paziente in modo ben definito e supportato da un certo livello di automazione.	Non abilitato
7	Farmacia: i medici e/o i farmacisti hanno la possibilità di non rispettare una prescrizione medica (ad es. se considerata non sicura, inappropriata). Tutte le situazioni di mancato rispetto sono riviste e analizzate per individuare tendenze o schemi relativi ai fattori che contribuiscono al mancato rispetto e quindi comunicate alla dirigenza, per supportare le decisioni inerenti la qualità e la sicurezza relative al processo di mancato rispetto.	Completamente abilitato
7	Farmacia: gli ordini modificati o le raccomandazioni di modifica degli ordini vengono comunicati al medico che ha prescritto il farmaco e le modifica degli ordini viene documentata nella cartella clinica elettronica (EMR) per tutti gli ambiti di cura dei pazienti.	Non abilitato
7	Farmacia: il profilo farmacologico (sistema di registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR)/ sistema di prescrizione e somministrazione elettronica dei farmaci (EPMA)) viene automaticamente aggiornato in base alle prescrizioni e alle somministrazioni.	Non abilitato
7	Farmacia: presenza di sistemi per la riduzione degli errori farmacologici (errori di dosaggio, modalità di somministrazione, tempistica, etichettatura incorretta in caso di nuovo confezionamento, erronea localizzazione di stoccaggio, ecc.) con danno e prescrizione, somministrazione e erogazione.	Non abilitato
7	Farmacia: tutti gli ordini di farmaci vengono verificati digitalmente dall'idoneo professionista certificato, prima di essere dispensati.	Abbastanza abilitato
7	Diagnostica per immagini: la diagnostica per immagini aziendale è eseguita. Essa è definita come una "serie di strategie, iniziative e flussi di lavoro implementati in un'azienda sanitaria al fine di raccogliere, gestire, archiviare, distribuire, visualizzare, scambiare e analizzare in modo coerente e ottimale tutte le immagini cliniche e i contenuti multimediali per il miglioramento della cartella sanitaria elettronica".	Abbastanza abilitato
7	Diagnostica per immagini: l'organizzazione è in grado di dimostrare le funzionalità di supporto alla decisione clinica nell'ambito della diagnostica per immagini radiologica e cardiologica al fine di supportare il miglioramento dell'efficienza, della sicurezza o della qualità della cura.	Minimamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: le dosi di radiazioni vengono costantemente monitorate per garantire la dose minima per ogni esame.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: gli specialisti hanno la possibilità di utilizzare il riconoscimento vocale per registrare le analisi e i referti relativi alla diagnostica per immagini.	Per lo più abilitato
7	Diagnostica per immagini: i risultati rilevanti vengono registrati come elementi di dati discreti (ad es. dimensione di una massa potenzialmente maligna) e trasferiti automaticamente all'interno dei referti.	Per lo più abilitato
7	Diagnostica per immagini: il software permette l'assegnazione di priorità a esami/revisioni di immagini radiologiche e cardiologiche sulla base dell'urgenza, al fine di minimizzare il tempo di consegna dei referti.	Per lo più abilitato
7	Diagnostica per immagini: gli utenti medici autorizzati dall'organizzazione (aree relative ai pazienti ricoverati e ai pazienti ambulatoriali) possono consultare e visualizzare le immagini radiologiche e cardiologiche attraverso il proprio sistema primario.	Per lo più abilitato
7	Diagnostica per immagini: le immagini/i video non-DICOM vengono archiviati e possono essere consultati digitalmente dai medici (ad es. immagini/video in formati quali PDF, MPEG, JPEG, AVI, PNG, generati da dispositivi come macchine fotografiche digitali, smartphone, endoscopi, ecc.).	Minimamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: il sistema elettronico supporta la conferma del completamento dell'acquisizione/dell'esame dell'immagine e i risultati automatizzati vengono trasmessi al medico responsabile. (ossia, comunicazione di ordini e risultati/gestione dello stato).	Per lo più abilitato
7	Diagnostica per immagini: tutti gli ordini vengono trasferiti e consultati in modalità elettronica, affinché possano essere verificati prima di sottoporre il paziente alla procedura.	Per lo più abilitato
7	Banca del sangue: il sangue conservato al di fuori della banca del sangue è gestito dalla banca del sangue e i relativi standard vengono applicati per mappare l'ordine relativo al prodotto emoderivato al paziente e al prodotto stesso.	Per lo più abilitato
7	Banca del sangue: se il sangue deve essere nuovamente confezionato (unità di terapia intensiva neonatale - NICU) è presente una procedura che garantisce che il nuovo confezionamento abbia gli stessi elementi identificativi della confezione originale del prodotto.	Completamente abilitato
7	Banca del sangue: le procedure della banca del sangue permettono di collegare la somministrazione di prodotti emoderivati agli esiti dei pazienti per tutte le aree di cura dei pazienti. Possibilità di effettuare la rendicontazione del numero di errori senza danno e di errori con danno per gli ultimi 12 mesi.	Completamente abilitato
7	Banca del sangue: vengono utilizzate tecnologie per abbinare l'ordine del paziente al corretto emoderivato (ad es. scansione del codice a barre, codice QR, tag RFID del prodotto emoderivato, ecc.). Il tasso di errore relativo al corretto abbinamento del prodotto con l'ordine del paziente viene tracciato per tutti i programmi di cura dei pazienti.	Completamente abilitato
7	Laboratorio: vengono utilizzate tecnologie per abbinare il campione/l'esemplare con l'ordine del paziente (ad es. scansione al momento della ricezione) per documentare l'elaborazione tempestiva dei campioni di laboratorio. Il tasso di "prelievi ripetuti" (ripetizione della raccolta di campioni dovuta a ritardi, ad es. ricezione tardiva dei campioni, coagulazione dei campioni ematici, risultati non conclusivi) viene tracciato e monitorato per il miglioramento della qualità per tutti i programmi di cura dei pazienti.	Per lo più abilitato
7	Laboratorio: i campioni/gli esemplari vengono individuati e tracciati al punto di raccolta utilizzando una registrazione tecnologica dei dati (ad es. codice a barre, codice QR, tag RFID, ecc.) per le procedure svolte al punto di raccolta.	Completamente abilitato
7	I medici possono accedere ai documenti medici di diagnostica per immagini e alle immagini stesse all'interno della cartella clinica elettronica (EMR) del paziente, sia direttamente che attraverso un link sensibile al contesto per tutti i programmi di cura dei pazienti.	Non abilitato
7	I medici ricevono notifiche operative che permettono un intervento attivo per la riduzione dei rischi.	Non abilitato
7	I moduli strutturati utilizzano dati discreti per supportare le decisioni cliniche (CDS) o i set di trattamento predefiniti, che vengono registrati nel Repository di dati clinici (CDR) come dati discreti per tutti i programmi di cura dei pazienti.	Non abilitato
7	I medici contribuiscono alla progettazione e all'utilizzo di moduli strutturati per documentare i resoconti di dimissione.	Per lo più abilitato
7	Le valutazioni del rischio in ambito infermieristico supportano la fornitura della cura per garantire che i pazienti considerati a rischio elevato ricevano cure preventive atte a ridurre il rischio e che i pazienti considerati a rischio ridotto ricevano cure appropriate ai bisogni terapeutici di basso rischio. La fornitura della cura è standardizzata per garantire la mitigazione del rischio.	Per lo più abilitato
7	I medici contribuiscono alla progettazione e all'utilizzo di moduli strutturati per documentare le note in occasione delle consultazioni.	Per lo più abilitato
7	I medici contribuiscono alla progettazione e all'utilizzo di moduli strutturati per documentare l'anamnesi e gli esami medici.	Per lo più abilitato
7	I medici contribuiscono alla progettazione e all'utilizzo di moduli strutturati per documentare le note operative per tutte le procedure.	Completamente abilitato
7	I medici utilizzano moduli strutturati per documentare le note relative ai progressi quotidiani per tutti i programmi di cura dei pazienti.	Per lo più abilitato

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Livello	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	La documentazione dei medici utilizza moduli strutturati per tutti i programmi terapeutici per i pazienti al fine di garantire una documentazione completa e accurata della cura fornita dal medico ai pazienti.	Per lo più abilitato
7	I set di trattamento predefiniti basati su prove (sviluppati a livello interno o da soggetti terzi specificamente per questa organizzazione) vengono valutati dalla dirigenza clinica in relazione ai risultati di qualità e sicurezza e al fine di personalizzare i percorsi a supporto dei risultati di qualità.	Non abilitato
7	I medici possono inserire gli ordini a distanza, eccetto nel caso in cui ciò non sia permesso dalla politica aziendale. La prevalenza degli ordini medici a distanza è la seguente:	Non abilitato
7	L'organizzazione ha implementato la funzionalità di gestione degli ordini clinici per la registrazione di tutti gli ordini di cura relativi ai pazienti in tutti i programmi di somministrazione delle cure.	Non abilitato
7	Gli infermieri possono registrare i farmaci per la rianimazione su supporto cartaceo, ma devono documentare i farmaci somministrati nel sistema di registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR) al momento del trasferimento del paziente a un altro reparto (ad es. unità di terapia intensiva (ICU)).	Non abilitato
7	Anche le discipline cliniche collaterali vengono registrate nel sistema: assistenza spirituale, terapia occupazionale, terapia respiratoria, fisioterapia, assistenza sociale, team per la cura della salute mentale, assistenza domiciliare, staff di collegamento per cure a lungo termine.	Non abilitato
7	I processi di riconciliazione della terapia farmacologica si verificano al momento dell'ammissione, della dimissione e dei trasferimenti di reparto, includendo la riconciliazione relativa a farmaci da assumere/riprendere a domicilio dopo le dimissioni.	Non abilitato
7	Gli infermieri completano la documentazione nella cartella clinica elettronica (EMR) per tutti i seguenti elementi: parametri vitali (verificati dagli infermieri se i monitor sono interfacciati), diagrammi di flusso (equilibrio dei fluidi, trasfusione sanguigna), note degli infermieri, valutazioni del rischio, programmi di cura-diagnosi degli infermieri, sistema di registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR).	Non abilitato
7	I farmaci vengono somministrati nel rispetto dei percorsi clinici o dei set di trattamento basati sui protocolli di gruppo precedentemente definiti. (ad es. analgesici semplici, anticoagulanti in caso di tromboembolismo venoso (TEV) e antibiotici pre-operatori.)	Non abilitato
7	Gli errori in ambito farmacologico sono comunicati dai membri del team di cura e monitorati periodicamente dalla dirigenza clinica (o dai team di qualità e sicurezza) per tutti i programmi clinici, per supportare le iniziative di qualità e sicurezza correlate alla sicurezza farmacologica.	Non abilitato
7	Tutte le situazioni in cui il sistema di registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR) non viene rispettato sono documentate in tutti gli ambiti clinici con la richiesta di una giustificazione specifica del mancato rispetto.	Non abilitato
7	Tutti i farmaci somministrati al paziente vengono verificati nel sistema di registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR) presso il punto di cura e automaticamente registrati nel profilo farmacologico del paziente, che viene in tal modo aggiornato.	Non abilitato
7	A bordo letto, tutti gli infermieri utilizzano la tecnologia per individuare il paziente e il farmaco (tutti i tipi di farmaci), creando in tal modo una corrispondenza che confermi almeno 5 diritti di somministrazione medica. Le notifiche e gli avvisi indicano una mancata corrispondenza.	Non abilitato
7	Presenza di un programma per il tracciamento dell'uso da parte del medico della cartella clinica elettronica (EMR) per migliorare l'efficienza, ridurre le tempistiche e aumentare l'efficacia.	Non abilitato
7	Presenza di una funzionalità per istologia/anatomia patologica che sostituisce i vetrini per campioni con informazioni generate a partire da vetrini per campioni digitalizzati.	Non abilitato
7	Il latte artificiale ordinato nell'unità di terapia intensiva neonatale (NICU) viene scansionato a bordo letto per verificare che il prodotto corrisponda ai bisogni nutrizionali dell'ordine prima di essere somministrato.	Non abilitato
7	Un sistema informativo per anestesia è operativo, in uso e interfacciato con la cartella clinica elettronica (EMR).	Minimamente abilitato
7	Le pompe intelligenti si interfacciano direttamente con la cartella clinica elettronica (EMR) utilizzando un'interfaccia bidirezionale.	Non abilitato
7	Le valutazioni infermieristiche e i programmi di cura sono supportati dalle scansioni effettuate a bordo letto per automatizzare la raccolta dei dati. (ad es. scansione di codice a barre o RFID per il monitoraggio del glucosio nel sangue, apparecchi per emogasanalisi, materassi speciali, pompe per infusione, ecc.).	Non abilitato
7	Presenza di una fase procedurale di time-out per garantire la sicurezza del paziente.	Per lo più abilitato
7	I processi di governance clinica utilizzano i dati per gestire i flussi di lavoro, i contenuti, gli avvisi e l'impatto e il carico di lavoro per tutti i membri dello staff clinico.	Minimamente abilitato
7	I documenti clinicamente rilevanti (ad es. documentazione della striscia ECG, documentazione del codice) vengono scansionati e risultano disponibili nella cartella clinica elettronica (EMR) entro 24 ore dal momento della creazione.	Non abilitato
7	La strategia relativa alla governance dei dati viene valutata su base annuale in relazione a privacy, sicurezza e integrità dei dati per supportare il tracciamento e il monitoraggio degli esiti dei pazienti per tutti i programmi clinici e della performance dell'organizzazione.	Minimamente abilitato
7	Presenza di un accordo della dirigenza relativo a una strategia di analisi documentate che implementino e generino gli esiti per tutti i programmi strategici.	Non abilitato
7	Le analisi avanzate sono utilizzate per tracciare gli esiti relativi al progresso del paziente e per individuare e supportare attivamente le decisioni di riduzione dei rischi. Può trattarsi, ad esempio, di: sepsi, rischio di riammissione basato sui parametri vitali e/o sui risultati di laboratorio.	Minimamente abilitato
7	Il personale ha accesso agli strumenti self-service di presentazione dei dati (ad es. redattori dei documenti, pannelli di controllo a livello di reparto e percorsi di salute personalizzati) che permettono il tracciamento degli esiti di salute per i pazienti e i team clinici.	Minimamente abilitato
7	Una strategia convalidata di mobilizzazione dei dati permette il tracciamento degli esiti relativi alla qualità, alla sicurezza del paziente e al costo di ogni programma.	Abbastanza abilitato
7	Il tracciamento degli esiti del paziente supporta le decisioni di personalizzare la fornitura delle cure al fine di rafforzare il progresso del paziente verso gli obiettivi di salute e gli esiti desiderati.	Non abilitato
7	La mobilizzazione dei dati individua attivamente i rischi per i pazienti e fornisce avvisi automatizzati per indicare ai team clinici la necessità di intervento per ridurre i rischi e rafforzare gli esiti.	Non abilitato
7	I dati provenienti da fonti esterne (ad es. pazienti – dispositivi indossabili, strumenti digitali, registri professionali delle imprese, dati dei piani sanitari, dati relativi alla qualità vita-lavoro per il personale, dati relativi agli esiti comunicati dai pazienti) vengono mobilizzati e integrati nelle analisi per documentare gli esiti a livello del paziente e del programma al fine del tracciamento della performance.	Non abilitato
7	L'analisi avanzata dei dati viene utilizzata per migliorare gli esiti clinici per i pazienti che soffrono di una o più condizioni croniche.	Abbastanza abilitato
7	I dati vengono utilizzati per misurare la performance su tutte le piattaforme strategiche (ad es. performance del miglioramento della qualità, miglioramento dell'impatto dei costi).	Per lo più abilitato
7	Gli esiti migliorati vengono documentati in 3 casi di studio basati sui dati, che raccolgono una chiara definizione degli esiti relativi al caso, l'evidenza dell'importanza e della rilevanza degli esiti selezionati e i dati che illustrano l'impatto e il valore degli interventi del caso per i pazienti, la forza lavoro e l'organizzazione quando gli interventi per il miglioramento o il rafforzamento della performance vengono implementati.	Non abilitato
6	I processi di gestione dei dati includono strategie per rafforzare la validità (ad es. i dati vengono normalizzati per includere il valore e la gamma normale in base al dato, alla data di standardizzazione, ecc.).	Minimamente abilitato
6	I dati operativi e finanziari sono utilizzati per tracciare la performance degli indicatori relativi agli esiti clinici. Ad es. l'organizzazione comprende le implicazioni relative al costo e alla lunghezza della degenza presenti nella riduzione delle infezioni nosocomiali.	Completamente abilitato
6	I rischi associati agli esiti vengono sottoposti a tracciamento per supportare le priorità di qualità e sicurezza nell'ambito dei programmi di miglioramento del servizio (ad es. lunghi tempi di attesa dei pazienti nel pronto soccorso.).	Completamente abilitato
6	Gli infermieri e i professionisti di discipline sanitarie collaterali ricevono notifiche e avvisi elettronici per la prevenzione del danno potenziale (ad es. cambio del catetere foley, riposizionamento della linea periferica, controllo della medicazione della linea centrale).	Non abilitato
6	Il Comitato per la governance clinica viene formato e lavora in stretta collaborazione con la governance dei dati, per ottimizzare la raccolta degli esiti di cura clinica al fine di individuare le priorità relative a qualità e sicurezza.	Per lo più abilitato
6	I report relativi alle analisi sono disponibili in un repository comune e a disposizione del personale di prima linea, ove necessario in base alla politica degli accessi.	Non abilitato
6	La governance delle analisi valuta attivamente i dati relativi agli esiti per individuare i necessari cambiamenti.	Minimamente abilitato
6	La qualità dei dati relativi agli esiti viene gestita (tempestività, completezza e precisione) da dirigenti clinici, operativi e finanziari.	Abbastanza abilitato
6	I tassi relativi alla riammissione vengono monitorati per tutte le condizioni dei pazienti (tendenza in un periodo di 12 mesi.)	Per lo più abilitato
6	Tassi relativi a eventi gravi (never events)/eventi sentinella nell'organizzazione e tendenza in un periodo di 12 mesi (ad es. intervento chirurgico in sito erroneo, somministrazione di un farmaco attraverso modalità erronea, incompatibilità di trasfusione/trapianto).	Abbastanza abilitato
6	I tassi relativi a eventi avversi associati a processi di cura ad alto rischio vengono tracciati in base ai seguenti elementi: errori di anticoagulazione/eventi avversi, errori di insulina/eventi avversi, errori di sedazione cosciente/eventi avversi, uso incorretto di emoderivati, errori di medicazione endovenosa/eventi avversi.	Abbastanza abilitato
6	Gli errori clinici che si verificano nei servizi ambulatoriali specialistici (ad es. dialisi, centri infusionali) vengono registrati elettronicamente e mostrati come tendenza su un periodo continuativo di 12 mesi.	Minimamente abilitato
6	Tassi relativi a eventi avversi (errori medici, di qualunque tipo)/giornata del paziente (ricoverato) e tendenza nel periodo di 12 mesi.	Abbastanza abilitato
6	L'organizzazione può comunicare i tassi relativi all'accesso dei pazienti alle cure sulla base del tipo di accesso - telemedicina, visite virtuali, visite di persona o servizi online.	Abbastanza abilitato
6	Tassi relativi all'accesso dei pazienti all'appuntamento con il professionista sanitario (ad es. online, virtuali, di telemedicina, di persona) nelle 24 ore.	Abbastanza abilitato
5	La governance delle analisi dispone di dati raccolti relativi agli esiti...numeratori, denominatori, risoluzione di punti di dati da molteplici fonti.	Abbastanza abilitato
5	L'efficacia dei set di trattamento predefiniti, dei moduli personalizzati e della narrativa strutturata viene sottoposta a revisione da parte di un Comitato per la governance clinica.	Non abilitato
5	I target di soddisfazione del paziente supportano i programmi di miglioramento del servizio in ciascuna area clinica, ad es. chirurgia, medicina, pazienti ricoverati, pazienti ambulatoriali.	Minimamente abilitato
5	I programmi clinici hanno stabilito un target per gli esiti del programma e presentano una rendicontazione annua sul raggiungimento di tali target.	Non abilitato
4	Il Comitato per la governance clinica dispone di un processo per la valutazione dell'efficacia e della conformità con i set di trattamento predefiniti e l'orientamento di supporto alle decisioni cliniche.	Minimamente abilitato
4	I target di soddisfazione del paziente vengono individuati per ciascun programma clinico e/o per specifici gruppi di segmenti di pazienti, ad es. pazienti ricoverati, pazienti con trattamento giornaliero, pazienti ambulatoriali, pazienti di pronto soccorso.	Minimamente abilitato
4	Il Comitato per la governance clinica dispone di un processo per l'individuazione e la misurazione degli esiti clinici.	Per lo più abilitato
3	Il Comitato per la governance clinica valuta costantemente l'efficacia delle opportunità di supporto alle decisioni cliniche.	Minimamente abilitato
3	Le attività di rendicontazione sono disponibili a livello di reparto, divisione e intera azienda. Ad esempio: Pronto soccorso, Divisione di chirurgia, Ospedale.	Per lo più abilitato
2	Le politiche e le procedure per il controllo della scansione dei documenti sono definite da comitati. (Gruppi multi-disciplinari)	Abbastanza abilitato
2	Le politiche e le procedure per controllare le scansioni effettuate a bordo letto sono sviluppate da gruppi multi-disciplinari.	Abbastanza abilitato
2	Le opportunità di supporto alle decisioni cliniche vengono definite da comitati (gruppi multi-disciplinari).	Abbastanza abilitato
1	I reparti effettuano la rendicontazione della propria performance operativa e finanziaria.	Per lo più abilitato

Legenda dei colori
Aree di miglioramento complessivo del Livello EMRAM
Aree di miglioramenti del Livello in quell'area di interesse
Lacuna relativa ai requisiti minimi per raggiungere il Livello EMRAM 7

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Gestione della resilienza

La gestione della resilienza si occupa della protezione delle tecnologie informatiche contro l'accesso non autorizzato o la modifica delle informazioni, sia in ambito di archiviazione, elaborazione o transito, sia contro gli attacchi di tipo "denial of service" che impediscono agli utenti autorizzati di accedere alla rete e ai sistemi, comprese le misure necessarie per rilevare, documentare e contrastare tali minacce. Si occupa anche della protezione e del mantenimento della riservatezza, integrità, disponibilità e responsabilità dei dati. Gli strumenti utilizzati per abilitare le funzionalità di gestione della resilienza possono includere crittografia, firewall, autenticazione "single sign-on", filtri spam/spyware, applicazioni anti-virus/anti-malware, ecc.

Livello raggiunto	0	
Risultato percentuale	32%	
Livello 7	0%	Livello non raggiunto
Livello 6	32%	Livello non raggiunto
Livello 5	63%	Livello non raggiunto
Livello 4	30%	Livello non raggiunto
Livello 3	50%	Livello non raggiunto
Livello 2	42%	Livello non raggiunto
Livello 1	17%	Livello non raggiunto

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

Opportunità

Livello	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	Le interruzioni dei servizi che causano la creazione di documenti durante i tempi di inattività vengono misurate dal numero di documenti redatti nei tempi di inattività scansionati nella cartella clinica elettronica (EMR).	Non abilitato
7	Un programma di comunicazioni delinea chiaramente quando implementare o meno delle procedure relative ai tempi di inattività.	Non abilitato
7	L'organizzazione svolge un evento di simulazione di incidente (disaster) annualmente. La simulazione deve includere la documentazione clinica svolta durante il tempo di inattività e i il recupero dei dati creato durante il tempo di inattività. La simulazione non ha impatto sull'ambiente di produzione.	Non abilitato
7	I processi comprovati relativi ai tempi di inattività di lungo termine descrivono le attività svolte dall'organizzazione al verificarsi di un periodo di inattività, supportati da linee guida documentate per i tempi di inattività di lunga durata.	Non abilitato
7	La frequenza delle interruzioni non programmate viene misurata annualmente (ossia, è stata misurata negli ultimi12 mesi). Un'interruzione si determina quando un medico deve fare ricorso all'utilizzo di un formato cartaceo per documentare la cura. Il documento cartaceo deve essere scansionato all'interno della cartella clinica elettronica (EMR) e qualunque altro ordine ricaricato.	Non abilitato
6	Gli eventi di simulazione di disaster recovery vengono svolti e i contenuti appresi (lessons learned) vengono implementati nei protocolli per la gestione dei tempi di inattività.	Non abilitato
6	L'organizzazione gestisce l'integrità dei dati clinici durante e dopo un'interruzione dei sistemi attraverso il ricaricamento dei dati clinici esistenti sulla cartella clinica elettronica (EMR) e l'eliminazione di qualunque documento cartaceo clinicamente rilevante.	Minimamente abilitato
6	Lo staff dimostra la conoscenza delle procedure per i tempi di inattività e delle risorse IT disponibili duranti tali periodi. L'organizzazione valuta l'impatto dei tempi di inattività sullo staff e sui team clinici.	Non abilitato
6	I documenti sintetici sono disponibili su un dispositivo presente nei diversi reparti/piani quando il sistema è fuori uso – PC/stazioni di lavoro alimentate con un circuito generatore o gruppo di continuità e connessi direttamente a una stampante collegata con un circuito generatore o gruppo di continuità.	Non abilitato
6	L'integrità dei dati dei pazienti è mantenuta durante il tempo di inattività utilizzando documenti sintetici che includono le allergie, il profilo farmacologico, i problemi/le diagnosi, gli appuntamenti in reparto e altri elementi del paziente.	Abbastanza abilitato
6	I dati dei pazienti vengono criptati sul computer utilizzato nel tempo di inattività e la password viene protetta.	Abbastanza abilitato
6	Le interruzioni sono standardizzate sia per i disservizi programmati e non programmati nei sistemi informatici. I disservizi vengono definiti (ad es. programmati, non programmati), comunicati e tracciati dai dirigenti dell'organizzazione. Presenza di un processo consolidato per la definizione dell'intervallo di tempo precedente la sequenza cartacea e di ripristino.	Abbastanza abilitato
6	Per mantenere la sicurezza dei pazienti, il processo di gestione del cambiamento in ambito IT garantisce che tutti i nuovi dispositivi e i cambiamenti riguardanti i software vengano sottoposti a valutazione del rischio e convalidati per l'uso da parte del direttore della sicurezza clinica.	Abbastanza abilitato
6	Presenza di un processo per la comunicazione efficace dei cambiamenti del sistema a tutti gli utenti, basato sull'impatto e la rilevanza. (La formazione, ove necessaria, viene programmata automaticamente e i registri vengono aggiornati.)	Non abilitato
6	Gli asset informativi (dispositivi di rete, software, interfacce, ecc.) vengono gestiti attivamente a livello dell'intera azienda. Viene svolta una valutazione annuale per individuare i rischi relativi all'infrastruttura. La valutazione del rischio e gli eventuali problemi individuati dal monitoraggio vengono segnalati al livello superiore.	Per lo più abilitato
6	Il personale comprende il programma per la continuità aziendale e partecipa, almeno, a un'esercitazione che simula un'interruzione su scala aziendale di tutti i sistemi ogni 12 mesi.	Minimamente abilitato
6	La politica relativa all'uso dei dispositivi personali viene concordata, implementata e rivista ogni 12 mesi.	Per lo più abilitato
5	La politica di continuità aziendale contiene moduli per l'analisi delle cause profonde e le rendicontazioni su quanto appreso (lessons learned).	Minimamente abilitato
5	Gestione del cambiamento in ambito IT - I cambiamenti sono coordinati (in caso di non emergenza) tra le diverse piattaforme con una verifica relativa alla possibilità di regressione.	Abbastanza abilitato
5	Il sistema di prevenzione delle intrusioni gestisce gli accessi non autorizzati alla rete ospedaliera, ai server e ai documenti.	Completamente abilitato
5	Presenza di una politica di sicurezza per i dispositivi indicati come persi o sottratti (ad es. iPhone, computer portatili, computer fissi, tablet, ecc.).	Per lo più abilitato
4	Presenza di un sistema per l'individuazione di intrusioni nella rete.	Per lo più abilitato
4	Presenza di un programma volto a garantire che a seguito di un'interruzione i servizi possano essere completamente ripristinati.	Non abilitato
4	Presenza di un programma di comunicazioni per i tempi di inattività non programmati che descrive a quali soggetti occorre inviare le notifiche, lo scopo dell'interruzione e la sua possibile durata.	Non abilitato
4	Gestione del cambiamento in ambito IT - Presenza, all'interno del Comitato consultivo per il cambiamento di un sistema di analisi delle cause profonde per i cambiamenti non riusciti approvati dal Comitato consultivo per il cambiamento.	Non abilitato
3	Un programma annuale di interruzioni programmate viene pubblicato e comunicato su larga scala. (Per descrivere impatto e durata.)	Minimamente abilitato
3	Gestione del cambiamento in ambito IT - Definizione e implementazione di un Comitato consultivo per il cambiamento per definire per quali cambiamenti è necessaria una revisione da parte di tale comitato e per quali non è necessaria alcuna revisione. Tutti i cambiamenti che devono essere soggetti a revisione vengono approvati dal Comitato consultivo per il cambiamento prima delle modifiche richieste.	Non abilitato
3	Controllo dell'accesso basato sui ruoli (accesso appropriato ai sistemi informativi basato sul ruolo dei dipendenti).	Per lo più abilitato
2	Le comunicazioni riguardanti la continuità aziendale (il processo che gestisce il passaggio dal tempo di attività al tempo di inattività) sono in linea con il programma dell'organizzazione relativo agli incidenti rilevanti.	Abbastanza abilitato
2	Una metodologia sistematica viene concordata durante la consultazione con i principali soggetti interessati al fine di assegnare priorità alle routine di ripristino dei sistemi.	Per lo più abilitato
2	Le richieste di gestione del cambiamento vengono classificate come routinarie, standard ed emergenziali e sono rese disponibili online. Per ottenere l'approvazione, tutte le richieste di cambiamento devono disporre di un piano di ripristino.	Non abilitato
2	Una formazione annuale sull'utilizzo delle informazioni sanitarie protette (PHI) e sulla sicurezza IT viene fornita a tutti i membri dello staff.	Non abilitato
2	Presenza di politiche relative all'uso appropriato e all'accesso alle informazioni sanitarie del paziente.	Abbastanza abilitato
1	Le richieste di cambiamento sono sottoposte a una procedura di approvazione che coinvolge i principali soggetti interessati a livello clinico.	Minimamente abilitato
1	Presenza di programmi per la continuità aziendale per ciascun sistema di reparto/collaterale.	Minimamente abilitato
1	Le richieste di gestione del cambiamento vengono classificate come routinarie, standard ed emergenziali e sono rese disponibili online.	Non abilitato

Legenda dei colori
Aree di miglioramento complessivo del Livello EMRAM
Aree di miglioramenti del Livello in quell'area di interesse
Lacuna relativa ai requisiti minimi per raggiungere il Livello EMRAM 7

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Adozione da parte degli utenti clinici

Una singola cartella clinica elettronica (EMR) / un singolo Repository di dati clinici (CDR) viene installato o altri diversi sistemi di archiviazione dei dati sono installati, in modo tale che gli utenti non debbano effettuare l'accesso a sistemi diversi.

L'organizzazione comprende che in genere vengono utilizzate diverse soluzioni per formare la cartella clinica elettronica (EMR). I collegamenti dalla cartella clinica elettronica (EMR)/del Repository di dati clinici (CDR) conservano il riferimento al contesto (ossia, il paziente non deve essere ri-selezionato nei diversi archivi di dati). Esiste un vocabolario medico controllato per garantire che i sistemi comunichino con gli stessi termini. Interoperabilità di base basata su HL7 o altri standard che forniscono accesso a oltre il 95% di risultati di laboratorio, immagini e referti radiologici e cardiologici. Queste informazioni sono disponibili anche al di fuori dell'organizzazione.

Livello raggiunto	0	
Risultato percentuale	17%	
Livello 7	30%	Livello non raggiunto
Livello 6	21%	Livello non raggiunto
Livello 5	28%	Livello non raggiunto
Livello 4	0%	Livello non raggiunto
Livello 3	0%	Livello non raggiunto
Livello 2	0%	Livello non raggiunto
Livello 1	0%	Livello non raggiunto

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

Opportunità

Livello	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	Il 95% o più delle procedure utilizza una fase di time-out pre-procedura/un processo di check-list per garantire la correttezza del paziente/della procedura.	26-49%
7	Il 95% o più di somministrazione di latte materno viene scansionata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
7	Il 95% o più di prodotti emoderivati vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
7	Il 95% o più di farmaci vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
7	Il 95% o più di raccolta di campioni viene identificata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) presso il punto di raccolta.	95-100%
6	Il 50% o più delle procedure utilizza una fase di time-out pre-procedura/un processo di check-list per garantire la correttezza del paziente/della procedura.	26-49%
6	Il 50% o più di somministrazione di latte materno viene scansionata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
6	Il 50% o più di prodotti emoderivati vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
6	Il 50% o più di farmaci vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
6	Il 50% o più di raccolta di campioni viene identificata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) presso il punto di raccolta.	95-100%
6	Il 90% o più della documentazione clinica viene registrata sotto forma di dati strutturati (non sotto forma di testo libero) ed è disponibile nel Repository di dati clinici (CDR).	0%
6	Il sistema di inserimento computerizzato degli ordini medici (CPOE) è implementato e adottato in più del 90% o più dei programmi clinici.	0%
5	Più del 25% delle procedure utilizza una fase di time-out pre-procedura/un processo di check-list per garantire la correttezza del paziente/della procedura.	26-49%
5	Più del 25% di somministrazione di latte materno viene scansionata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
5	Più del 25% di prodotti emoderivati vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
5	Più del 25% di farmaci vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
5	Più del 25% di raccolta di campioni viene identificata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) presso il punto di raccolta.	95-100%
5	Il 75% o più della documentazione clinica viene registrata sotto forma di dati strutturati (non sotto forma di testo libero) ed è disponibile nel Repository di dati clinici (CDR).	0%
5	Il sistema di inserimento computerizzato degli ordini medici (CPOE) è implementato e adottato in più del 75% dei programmi clinici.	0%
4	Più del 50% della documentazione clinica viene registrata sotto forma di dati strutturati (non sotto forma di testo libero) ed è disponibile nel Repository di dati clinici (CDR).	0%
4	Il sistema di inserimento computerizzato degli ordini medici (CPOE) è implementato e adottato in più del 50% dei programmi clinici.	0%
3	Più del 25% della documentazione clinica viene registrata sotto forma di dati strutturati (non sotto forma di testo libero) ed è disponibile nel Repository di dati clinici (CDR).	0%
3	Il sistema di inserimento computerizzato degli ordini medici (CPOE) è implementato e adottato in più del 25% dei programmi clinici.	0%
3	Il 95% o più di immagini DICOM e non-DICOM sono archiviate e disponibili attraverso il Repository di dati clinici (CDR) per i medici.	0%
3	Il 95% o più di referti di laboratorio, radiologia e cardiologia sono archiviati e disponibili per i medici nel Repository di dati clinici (CDR).	0%
2	Il 50% o più di immagini DICOM e non-DICOM sono archiviate e disponibili attraverso il Repository di dati clinici (CDR) per i medici.	0%
2	Il 50% o più di referti di laboratorio, radiologia e cardiologia sono archiviati e disponibili per i medici nel Repository di dati clinici (CDR).	0%
1	Più del 25% di immagini DICOM e non-DICOM sono archiviate e disponibili attraverso il Repository di dati clinici (CDR) per i medici.	0%
1	Più del 25% di referti di laboratorio, radiologia e cardiologia sono archiviati e disponibili per i medici nel Repository di dati clinici (CDR).	0%

Legenda dei colori
Aree di miglioramento complessivo del Livello EMRAM
Aree di miglioramenti del Livello in quell'area di interesse
Lacuna relativa ai requisiti minimi per raggiungere il Livello EMRAM 7

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Contatti

Servizio clienti

customerservice@himssanalytics.org

©2023 HIMSS. Tutti i diritti riservati.

Roma, 9 ottobre 2025

Soggetti Attuatori delegati
Direttori Generali/Commissari Straordinari
ASL Roma 1
ASL Roma 2
ASL Roma 3
ASL Roma 4
ASL Roma 5
ASL Roma 6
ASL Viterbo
ASL Rieti
ASL Latina
ASL Frosinone
AO San Camillo Forlanini
AO San Giovanni Addolorata
AOU Policlinico Umberto I
AOU Sant'Andrea
Fondazione Policlinico Tor Vergata

E pc

Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria
Dott. Andrea Urbani
salute@pec.regione.lazio.it

Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria
Area Sistemi Informativi ICT, Logistica Sanitaria e coordinamento acquisti
Ing. Annalisa Bononati
sis@pec.regione.lazio.it

Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria
Area Patrimonio e Tecnologie
Ing. Lucrezia Le Rose
ediliziasanitaria@pec.regione.lazio.it

Oggetto: PNRR M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA – Collaudo e messa in produzione della Soluzione Regionale di Cartella Clinica Elettronica

Con riferimento al sub-investimento PNRR M6C2 1.1.1 Digitalizzazione DEA, ed in conformità con il progressivo conseguimento del Target comunitario associato

(M6C2-8), concernente il completamento delle attività progettuali, finalizzate alla digitalizzazione delle strutture ospedaliere classificate come DEA di I e II livello, si conferma che in data 30/06/2025 è stato eseguito, con esito positivo, il collaudo tecnico della componente Cartella Clinica Elettronica Regionale interoperabile.
Si trasmette in allegato il Verbale di Conformità (prot. LAZIOcrea n. 12202 del 30/06/2025) che attesta il regolare svolgimento del collaudo centralizzato.
Si ricorda, altresì, che a partire dalla data 21/07/2025 l'applicativo risulta operativamente disponibile in ambiente di produzione, accessibile tramite il seguente indirizzo: https://cce.regione.lazio.it/.

Divisione Sistemi Centrali, di
Accesso e di Governo per la Sanità
Lorenzo Sornaga

Direzione Generale
Il Direttore Generale
Luca Perozzi

LAZIOcrea S.p.A. – Società a Socio unico Regione Lazio – Cap. Soc. € 924.400,00
Sede legale e amministrativa: Via Anagnina, 203 00118 Roma - T +39 06 51681600
C.F./P.IVA 13662331001 – R.E.A. RM-1464288
PEC: laziocrea@legalmail.it

apave Certification ISO/IEC 27001

Verbale N°	1	del:	23/06/2025	Luogo:	Via Anagnina 203, Roma

Progetto/Commessa

Progettazione, realizzazione, manutenzione ed evoluzione della Cartella Clinica Elettronica Regionale Interoperabile integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0" inerente all'ACCORDO QUADRO, AI SENSI DEL D.LGS. 50/2016 E S.M.I., AVENTE AD OGGETTO L'AFFIDAMENTO DI SERVIZI APPLICATIVI E L'AFFIDAMENTO DI SERVIZI DI SUPPORTO IN AMBITO «SANITÀ DIGITALE - SISTEMI INFORMATIVI CLINICO-ASSISTENZIALI» PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI DEL SSN (ID 2202). CIG **9625468379**

Codice Azienda	DEA	CUP
120201	ASL Roma 1 - PO Santo Spirito	F85F22001540006
120201	ASL Roma 1 - PO San Filippo Neri	F85F22001570006
120202	ASL Roma 2 - PO Sandro Pertini	F85F22001590006
120202	ASL Roma 2 - Po Sant'Eugenio	F85F22001620006
120203	ASL Roma 3 - PO Giovanni Battista Grassi	F85F22001530006
120204	ASL Roma 4 - PO San Paolo	F35F22000550006
120205	ASL Roma 5 - PO San Giovanni Evangelista	F35F22000560006
120206	ASL Roma 6 - PO Ariccia	F75F22000610006
120206	ASL Roma 6 - PO Anzio Nettuno	F55F22000620006
120206	ASL Roma 6 – PO Colombo	C15F25000060006
120109	ASL Viterbo - PO Belcolle	F85F22001610006
120110	ASL Rieti - PO Unico Integrato	F15F22000700006
120111	ASL Latina - Presidio Ospedaliero Nord	F25F22000500006
120111	ASL Latina - Presidio Ospedaliero Sud	F85F22001650006
120112	ASL Frosinone - Ospedale F. Spaziani	F45F22000520006
120112	ASL Frosinone - Ospedale S. Scolastica	F35F22000580006
120901	AO San Camillo	F85F22001630006
120902	AO San Giovanni Addolorata	F85F22001640006
120906	Policlinico Umberto I	F85F22001580006
120910	AO Sant'Andrea	F85F22001670006
120920	AOU Policlinico Tor Vergata	F85F22001660006

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

Rif. Contratto	Prot. n. U.0018866 del 22/11/2024
Settore	Divisione Sistemi Centrali, di Accesso e di Governo per la Sanità
Responsabile del Procedimento	Lorenzo Sornaga
Direttore esecuzione del contratto	Giuseppe Papino
Fornitore	RTI Engineering Ingegneria Informatica S.p.A., Leonardo S.p.A., Postel S.p.A., Consis Società Consortile a responsabilità limitata, IBM Italia S.p.A., GE Medical Systems Italia S.p.A
Descrizione sintetica progetto	Realizzazione della Soluzione di CCE Regionale, in un'ottica di potenziamento della digitalizzazione presente dei processi ospedalieri nelle Aziende Sanitarie, migliorando il patrimonio informativo regionale in ambito sanitario e definendo nuovi scenari di integrazione tra ospedale e territorio. Sfruttando gli strumenti messi a disposizione da Consip e, in particolare la «Gara a procedura aperta per la conclusione di un AQ, suddiviso in 4 lotti, con più operatori economici, ai sensi d. lgs.n. 50/2016 e dell'art. 2, comma 225, Legge n. 191/2009, avente ad oggetto l'affidamento dei servizi applicativi per le Pubbliche Amministrazioni del SSN — ID Sigef 2202) – Lotto 2 (Cartella Clinica Elettronica ed Enterprise Imaging – CENTRO-SUD)» LAZIOcrea ha bandito un Appalto Specifico per la stipula di un Contratto Esecutivo richiedendo i seguenti sottoservizi rientranti nella categoria dei Servizi di Sviluppo previsti dall'Accordo Quadro Consip: Servizio di Manutenzione Evolutiva di Applicazioni Esistenti (MEV); Servizio di Parametrizzazione e Personalizzazione di Soluzioni di terze parti/open source/riuso (PP); Servizio di Manutenzione Adeguativa e Migliorativa (MAD). Gli ambiti principali di intervento del progetto di digitalizzazione sono i seguenti: • CCE; • CDR; • Servizi di Interoperabilità; • Policy Manager; • Terminology Server.
Rif. Commissione di collaudo	Determina nr. 0000569/25 del 18/06/2025
Ubicazione fornitura/servizio	Sede LAZIOcrea S.p.A.
Documenti allegati	Allegato 1: Capitolato tecnico Allegato 2: Offerta tecnica Allegato 3: Mod. PIQU – Piano della qualità; Allegato 4: Mod. MOPE - Manuale Operativo; Allegato 5: Mod. MARC - Manuale Architetturale; Allegato 6: Mod. PITT - Piano dei test; Allegato 7: Mod. STDB - Scheda tecnica DB; Allegato 8: Mod. LIDI - Lista delle dipendenze; Allegato 9: Mod. DOSR - Specifica requisiti; Allegato 10: Matrice FSE; Allegato 11: Evidenze oggettive dei casi di test.

	Nome e Cognome	Azienda	Ruolo
Partecipanti:	**Valerio Ridolfi**	LAZIOcrea	Commissione
	Alessandro Pierucci	LAZIOcrea	Commissione
	Mirko Dalla Bernardina	LAZIOcrea	Commissione
	Giuseppe Papino	LAZIOcrea	Gruppo di lavoro
	Gabriele Cenci	LAZIOcrea	Gruppo di lavoro
	Raffaella A. G. Izzo	Engineering	Gruppo di lavoro
	Aldo Stupia	IBM	Gruppo di lavoro
	Andrea Padova	GE	Gruppo di lavoro

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

Sintesi delle sessioni di verifica

Prima sessione 23 giugno 2025

In data 23 giugno 2025 alle ore 10:15 presso la sede della Regione Lazio di Via Campo Romano,65 sala riunioni Mirto si è riunita la commissione di collaudo, istituita con determina prot. nr. 0000569 del 18/06/2025, per la prima sessione di collaudo della fornitura relativa Servizi di progettazione, realizzazione, gestione, manutenzione, supporto ed evoluzione della Cartella Clinica Elettronica Regionale Interoperabile integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 - CIG 9625468379. La commissione è composta da Valerio Ridolfi (presidente), Alessandro Pierucci e Mirko Dalla Bernardina. La seduta si svolge con la presenza di alcuni componenti del gruppo di lavoro in collegamento remoto tramite Teams (ID riunione: 398 705 574 615 1).
Alla sessione di collaudo hanno partecipato:

- Giuseppe Papino (LAZIOcrea – DEC)
- Gabriele Cenci (LAZIOcrea – Gruppo di lavoro)
- Marzia Duro (LAZIOcrea)
- Raffaella A. G. Izzo (Engineering)
- Raffaella Zito (Engineering)
- Martina Palma (Engineering)
- Esther Maria Ribezzo (Engineering)
- Carla Montironi (LAZIOcrea) - Teams
- Aldo Stupia (IBM) – Teams
- Vincenza Belfiore (GE) – Teams
- Roberto Pera (Engineering) – Teams
- Sabato Genovese (Engineering) – Teams
- Ludovica De Angelis (Engineering) – Teams
- Alessandra Silvestro (Engineering) – Teams
- Pietro Gambino (IBM) – Teams
- Danilo Berardi (Schema31, Subappalto Engineering) – Teams
- Antonio Parissi (Engineering) – Teams
- Domenico Mastropasqua (IBM) – Teams
- Ettore Simonelli (Engineering) – Teams

A supporto della attività di verifica svolte dalla commissione e dal gruppo di lavoro, alla sessione di collaudo ha partecipato il RTI composto da KPMG e EY, quale fornitore contrattualizzato da LAZIOcrea utilizzando l'Accordo Quadro Consip, ai sensi d. lgs.n. 50/2016 avente ad oggetto l'affidamento di servizi di supporto in ambito "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali" per le Pubbliche Amministrazioni del SSN.
La commissione conferma la ricezione della documentazione di progetto messa a disposizione attraverso *sharepoint* e comunicato per e-mail il 20/06/2025.

La commissione nel corso della seduta ha:

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

- preso atto del "pronti al collaudo" comunicato dall'appaltatore in data 09/06/2025 (prot. nr. 16030 del 10/06/2025);
- preso atto della comunicazione della nomina della commissione di collaudo al fornitore del 18/06/2025;
- preso atto della comunicazione dei partecipanti alle sessioni di collaudo riportati dall'appaltatore con comunicazione del 20/06/2025 (prot. 0011598);
- verificato e confermato la disponibilità di tutti gli atti di gara ed in particolare i seguenti utili alle attività di collaudo:
  - Offerta Tecnica;
  - Capitolato Tecnico – Appalto Specifico;
- verificato e confermato la disponibilità della Determina di Aggiudicazione (det. 0738 del 15/10/2024);
- verificato e confermato la disponibilità della copia del contratto esecutivo del 22/11/2024 (prot. nr. 18866/24);
- verificato la disponibilità della documentazione relativa ad obblighi derivanti dal contratto e conformi alle procedure di qualità, in particolare:
  - Mod. PIQU – Piano della qualità;
  - Mod. MOPE - Manuale Operativo;
  - Mod. MARC - Manuale Architetturale;
  - Mod. PITT - Piano dei test;
  - Mod. STDB - Scheda tecnica DB;
  - Mod. LIDI - Lista delle dipendenze;
  - Mod. DOSR - Specifica requisiti.

  In relazione a quest'ultima documentazione la commissione raccomanda al gruppo di lavoro di mantenere costantemente aggiornati suddetti documenti tracciando opportunamente modifiche e motivazioni delle stesse;
- preso atto del documento di SAL 1, che verrà protocollato quanto prima, in cui il RTI ha rendicontato le attività svolte e la documentazione prodotta nel periodo dal 27/11/2024 al 31/05/2025;
- prende atto che gli ambienti di collaudo sui quali verranno effettuate le verifiche funzionali, così come riportate nel documento denominato disegno architetturale sono raggiungibili all'indirizzo: https://cce-coll.regione.lazio.it/multimodule/web/.
- prende atto che il gruppo di lavoro ha già svolto parte dei test previsti nel Piano dei test condiviso con la commissione. Di concerto si conviene di procedere, durante le sedute congiunte, ad una puntuale verifica delle funzionalità della Soluzione attraverso i test previsti dal Piano dei test messo a disposizione della commissione;
- si concorda altresì, per questione di praticità, di far firmare i verbali delle singole sedute di collaudo ai soli componenti della Commissione, i referenti nominati dall'RTI, il DEC della progettualità.

La commissione, prima di procedere alle verifiche funzionali, chiede al gruppo di progetto di contestualizzare l'intervento progettuale. Il Fornitore ha descritto brevemente il progetto di **realizzazione della Soluzione di CCE Regionale**, in un'ottica di potenziamento della digitalizzazione dei processi ospedalieri nelle Aziende Sanitarie, migliorando il patrimonio informativo regionale in ambito sanitario e definendo nuovi scenari di integrazione tra ospedale e territorio, in linea con il target M6C2 Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1. (Digitalizzazione DEA I e II livello) riportato nel CIS-POR (rimodulato con DGR 282 del 29/04/2025). Successivamente, il Fornitore ha riepilogato le componenti della Soluzione di CCE:

- Cartella Clinica Elettronica Ambulatoriale (CCA);
- Cartella Clinica Elettronica di Ricovero (CCER);
- Clinical Data Repository;
- Terminology Service;
- Policy Manager;
- Validatore FHIR e CDA2.

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

La cartella clinica di ricovero e ambulatoriale ha diverse funzionalità che sono:

- Order Management;
- Gestione del blocco operatorio, ove non presente a livello aziendale, e di produzione del verbale operatorio;
- Funzionalità in grado di garantire la *business continuity* della cartella di ricovero;
- Prescrizione e somministrazione terapie farmacologiche;
- Integrazione con i Dispositivi Medici.

Per la progettazione ed implementazione della Soluzione è stata adottata una strategia operativa basata su due livelli:

- Nomina della Cabina di Regia regionale composta prevalentemente da medici ed infermieri con lo scopo di creare una cartella trasversale su più reparti;
- Costituzione di Gruppi di lavoro aziendali per la definizione delle personalizzazioni da implementare nelle diverse Aziende al fine di rendere la soluzione compatibile con le diverse organizzazioni e specificità aziendali.

Le principali integrazioni regionali previste da capitolato, oggetto di verifica e garantite da cartella sono:

- IAM;
- ASUR;
- ReCUP;
- SAR;
- Firma digitale;
- FSE.

Inoltre, tra le principali integrazioni aziendali e oggetto di verifica figurano:

- ADT;
- Order Entry;
- Blocco Operatorio.

Una componente altrettanto importante della Soluzione è il Clinical Data Repository ("CdR") che permette l'archiviazione delle risorse FHIR. Le regole di visibilità delle risorse FHIR archiviate nel CdR sono gestite da un'altra componente della Soluzione: il Policy Manager. Mentre il Terminology Server è la componente che gestisce, organizza e rende accessibili vocabolari controllati, glossari, ontologie o dizionari di termini specifici di un dominio, al fine di garantire coerenza e uniformità nell'uso del linguaggio tecnico o specialistico.

Coerentemente con il Piano dei test e le evidenze oggettive messe a disposizione della commissione (integrazione con IAM, ASUR, SAR, RECUP, FSE e firma), nella prima sessione di collaudo viene testata la Cartella di ricovero.

Si procede in prima istanza a verificare la corretta integrazione con il sistema di identità digitale regionale (IAM). La commissione verifica l'accesso all'applicativo eseguito attraverso SPID o con Utenza Regionale (LDAP). Una volta eseguita l'autenticazione, l'utente dovrà inserire le informazioni di Asl, Reparto e Ruolo per il quale sta richiedendo l'accesso alla CCR. Tutto procede come da attese e non si riscontrano criticità per questa integrazione.

Si procede dunque con i casi di test relativi alle funzionalità della cartella elettronica di ricovero. Le attività di verifica sono state avviate con la visualizzazione della lista pazienti ricoverati e la prime informazioni relative ai pazienti (dati anagrafici, nosologico, diagnosi di ricovero, ecc.). È possibile accedere alla cartella del singolo assistito e, in base al ruolo con cui è stato svolto l'accesso al sistema, essere abilitato a poter svolgere specifiche attività. Pertanto, viene svolto un accesso come ruolo "Infermiere" al fine di illustrare la valutazione infermieristica e la sua compilazione, e successivamente viene eseguito l'accesso come ruolo "Medico" e vengono mostrate attività diverse e specifiche di tale

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

ruolo (es. Anamnesi). Essendo la CCER integrata, è possibile visualizzare il diario e le valutazioni inserite dall'infermiere integrate con le informazioni e l'anamnesi inserita dal medico.

Si procede con la verifica dell'inserimento delle allergie e visualizzazione di alert. Dall'apposita maschera è possibile inserire l'allergia/intolleranza e la categoria (es. farmaceutica) ed eseguire la ricerca per parametri specifici (nel caso di allergie farmaceutiche si avvia la ricerca per ATC, Sostanza, Farmaco). Una volta salvata l'allergia ai successivi accessi verrà visualizzato in alto un alert.

Si procede con la verifica dell'inserimento "Nota di diario" che consente la compilazione di un campo libero e il salvataggio della stessa. Le note possono essere cancellate ma con l'obbligo di inserire un commento, e seppur cancellate, rimangono comunque memorizzate e visualizzabili nel sistema.

Su richiesta della commissione si è passati alla verifica della prescrizione farmaceutica. Dalla schermata "*Review Terapia*" è possibile fare la ricognizione con la terapia domiciliare, la riconciliazione della terapia in reparto e la prescrizione della terapia.

- Iniziando dalla ricognizione con la terapia domiciliare il sistema registra il farmaco, il dosaggio e la somministrazione (via di somministrazione e orario).
- Attraverso la riconciliazione, il sistema considera la prescrizione inizialmente presente nella ricognizione e lo trasmette in reparto come continuità terapeutica, andando a confermare i dati relativi al dosaggio e la somministrazione.
- Viene inoltre prescritto un farmaco non presente nella terapia domiciliare (es. paracetamolo). Il sistema lo blocca in quanto rileva l'allergia precedentemente inserita nel sistema ma consente di proseguire cliccando su "Prendo visione", inserendo il dosaggio e la somministrazione.
- Nel caso di terapia da autorizzare, all'inserimento di un farmaco il sistema lo blocca in quanto rileva un'interazione con un altro farmaco già prescritto. Anche in questo caso il sistema consente di proseguire con la prescrizione cliccando "Prendo visione". A differenza delle altre terapie contrassegnate come "Non iniziate" in quanto l'infermiere non le ha ancora somministrate, quest'ultima è contrassegnata da "Da Autorizzare" in quanto la somministrazione deve essere confermata da un altro profilo (es. Primario).
- Per autorizzare una somministrazione vi è la schermata "Terapie di reparto" dove sono riportate le prescrizioni eseguite nel reparto. Quelle in attesa di autorizzazione sono contrassegnate da un semaforo sul quale è possibile cliccare per dare conferma.
- Nel caso di prescrizione terapia nutrizionale, il sistema consente di selezionale il farmaco, il dosaggio (ml), la modalità di somministrazione (quando è somministrata), il dispositivo con la velocità e la durata.
- La somministrazione del farmaco viene svolta attraverso il profilo dell'infermiere nella funzionalità "*Worklist*" del paziente. Nella fase di test è stato verificato che l'applicativo consenta di inserire la somministrazione rispettando i range di tempo imposti da sistema, la mancata somministrazione e l'inserimento di una motivazione per la mancata attività da parte dell'infermiere.
- Nella funzionalità "*Osservazioni*" è presente una timeline in cui sono presenti le somministrazioni svolte, le mancate somministrazioni e quelle pianificate, ognuna di esse identificate con colori diversi. Sempre nella stessa funzionalità è possibile scaricare il manuale del farmaco.

La prescrizione e la somministrazione effettuate vengono registrate ed alimentano il CdR. Dal test svolto è stato possibile visualizzare la *service request* pervenuta sul CdR attraverso la connection "M*edication request*".

La Pianificazione dell'attività/somministrazione del farmaco è svolta dal profilo dell'infermiere. La CCER consente di eseguire le seguenti attività:

- Cercare, selezionare e pianificare;
- Programmare al bisogno oppure in base al range temporale.

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

Per ogni operazione il sistema registra l'informazione di quale operatore e quando ha eseguito l'operazione, o la mancata esecuzione dell'attività pianificata.

Nella funzionalità "*Osservazioni*" è possibile ricercare e inserire parametri da registrare, visualizzandoli graficamente o in formato tabellare con l'indicazione dell'orario di rilevazione del parametro e l'orario di inserimento del dato nel sistema. Il fornitore comunica che il sistema è integrabile con i monitor di rilevazione dei parametri vitali, tuttavia considerata l'architettura Regionale della CCER, si deve prevedere integrazione attraverso CDR e non diretta con il monitor.

Si procede con la verifica della richiesta di consulenza interna/esami che deve essere svolta dal profilo del medico. Andando sulla funzionalità "*Cartella Clinica*" è possibile aggiungere esami cercando la consulenza specifica, inserendo la priorità e il quesito diagnostico. È sempre possibile visualizzare gli ordini effettuati nella funzionalità "*Ordini e Referti*". Il medico ambulatoriale a cui è stata richiesta la consulenza entrerà nell'applicativo e nella funzionalità "*Piano di lavoro*" troverà le consulenze richieste. Cliccando sulla richiesta è possibile erogare la prestazione e generare il referto. Al fine di concludere il percorso di emissione dell'ordine, la commissione ha chiesto la verifica di trasmissione dell'ordine inviato al CdR, la cui evidenza è stata data tramite visualizzazione della rispettiva *service request*.

Si passa alla valutazione dell'inserimento di un intervento chirurgico collegato al ricovero. Il modulo di blocco operatorio, cercando per CF, consente di selezionare il paziente dagli episodi di cura disponibili e associare allo stesso il tipo di intervento che deve essere eseguito. Una volta pianificato l'intervento, questo passa dalla sezione "*Lista operatoria*" alla sezione "*Blocco Operatorio*". Cliccando sull'intervento sarà possibile inserire i tempi con l'ingresso in blocco operatorio, inizio e fine preparazione anestesia e infine ingresso in sala operatoria. Nella sezione "*Equipe*" è possibile inserire gli operatori che hanno eseguito l'intervento ed il loro ruolo (primo operatore, primo aiuto, anestesista, infermiere di sala, ecc.). Alla conclusione dell'intervento è possibile validare i tempi e generare il relativo verbale. Nella CCE di reparto viene trasmesso l'intervento eseguito con il dettaglio delle tempistiche associate a ciascuna fase (es. preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio). Nel CdR è possibile visualizzare il documento del Verbale operatorio.

Quale ulteriore funzionalità della CCER vi è la predisposizione della Lettera di Dimissione con la possibilità di salvarla in bozza oppure validarla e firmarla. Prima dell'apposizione della firma digitale viene visualizzata l'anteprima del referto e per procedere con la firma digitale deve essere inserito il PIN e l'OTP. La commissione ha verificato che il documento firmato digitalmente è un CDA2, come da specifiche richieste in sede di capitolato.
Si rimanda alle sessioni successive la verifica dell'alimentazione del FSE e del CdR con la LDO prodotta.

In ultimo viene visualizzata la Dashboard Paziente in cui è possibile avere un cruscotto riepilogativo con i parametri fondamentali da monitorare (temperatura, pressione, saturazione, frequenza cardiaca). La Dashboard è modificabile e consente l'accesso alla funzionalità di Cartella cliccando sui badge. Nella funzione "*Stampa*" è possibile selezionare, fascicolare, aggiungere l'indice e stampare tutta la cartella.

Alle ore 13:15, la Commissione dichiara conclusa la sessione di collaudo relativa alle attività della mattinata.

Al pomeriggio, la sessione di collaudo riprende con il caso di test relativo al censimento di un nuovo paziente: la commissione procede con l'accesso alla cartella tramite l'utenza di amministrazione, e selezionando la sezione "gestione utenti" in cui è possibile vedere l'elenco di tutti i pazienti già gestiti, procede con il censimento di un nuovo paziente. Vengono inseriti tutti i campi obbligatori (nome, cognome, CF, mail ecc.) e si procede con la profilazione associando l'utente al sito (reparto) e al ruolo. L'attività termina con esito positivo.

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

Con questo caso di test si conclude la sessione relativa alla cartella clinica elettronica di ricovero.

La commissione procede con il collaudo del modulo di terapia intensiva di GE (General Electric), iniziando con la verifica dell'integrazione con dispositivi medici. Una volta aperto l'applicativo di GE tramite chiamata di contesto si procede con la conferma della posizione del paziente (letto e reparto, come specificato dalla CCE) che avviene attraverso l'integrazione con l'ADT. Si procede con l'associazione del paziente al posto letto con l'utenza dell'infermiere, si confermano i dati provenienti dall'ADT e si inserisce l'orario di ammissione, salvando infine i dati. Il caso d'uso è terminato con esito positivo.

Si prosegue con il secondo caso d'uso che prevede l'apertura della cartella sul paziente "terapia intensiva". Si apre quindi la cartella e sul display appare la schermata relativa ai parametri vitali, compilati attraverso l'integrazione esaminata. L'applicativo di GE si integra con i dispositivi medici connessi al paziente in due modi:

- Tramite gateway HL7: il dispositivo medico è in grado di mandare messaggi al motore di integrazione IHDPC01, permettendo di visualizzare in cartella tutti i dispositivi;
- Cavi seriali: il dispositivo medico dispone di un cavo che è connesso ad una componente che serve a trasformare i dati dei dispositivi medici in HL7.

Durante la sessione di collaudo viene simulata e testata la connessione tramite cavo seriale. Si procede con la simulazione di connessione di alcuni dispositivi e questo permette di far apparire sul monitor i primi dati sui parametri vitali: nello schermo si possono vedere sia i dati numerici che i trend. Nel caso in cui l'integrazione con un dispositivo medico non dovesse funzionare correttamente, è possibile aggiungere manualmente il dispositivo, comunicando la tipologia di connessione. Allo stesso modo, si possono inserire manualmente anche i valori relativi ai parametri vitali. Nel caso in cui ci dovessero essere problemi con la connessione, apparirà l'errore a schermo e questo sarà accompagnato da una notifica di sistema.

La commissione procede con il collaudo della sezione di supporto decisionale. Tale modulo fornisce supporto al medico nella decisione di intraprendere una terapia specifica in base a valori che possono essere standard o specifici per paziente e rappresentano le criticità dello stato di salute. Si verifica il supporto relativo alla sedazione: a monitor appaiono i trend dei parametri vitali e si inseriscono dei target specifici. Se tali valori non sono validi in quanto troppo bassi, il sistema provvede a notificarlo. Si continuano i test con i supporti relativi a funzionalità respiratoria, emodinamica, attività renale, e infine per metabolismo e nutrizione.

Si procede con l'ultimo caso d'uso relativo al modulo di terapia intensiva: il trasferimento del paziente in altro reparto, che prevede la disconnessione di tutti i dispositivi medici dal paziente e la relativa evidenza a schermo.

La sessione di collaudo procede con i test relativi alla *Business Continuity*. Si tratta di una cartella in sola visualizzazione, che non blocca l'operatività dei clinici, utilizzabile sia nell'evenienza di mancanza di corrente o di linea. Questa prevede uno scarico continuo di dati, con frequenza modificabile a seconda delle richieste aziendali. L'accesso a tale cartella avviene con un'utenza di reparto che può accedere esclusivamente a dati dei pazienti registrati in quello stesso reparto. Dunque, all'accesso si ha una sola profilatura.
Una volta eseguito l'accesso, la cartella avverte se lo scarico dei dati è poco recente. L'utente può accedere a varie sezioni, tra cui la FUT (foglio unico di terapia) in cui è riportata la terapia da somministrare al paziente e gli ultimi parametri rilevati. I casi di test risultano convalidati con esito positivo.
La commissione fa presente che è necessario definire meglio l'architettura e demanda tale attività al fornitore per far sì che il modello funzioni nell'ottica di una installazione regionale in cloud.

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

La sessione prosegue con il collaudo del modulo di sperimentazione clinica. Si esegue l'accesso a cartella clinica elettronica con utenza medico di reparto, sul modulo di studi clinici. Inizia la verifica dei casi d'uso con la creazione di un nuovo studio clinico. Viene precisato che nel caso in cui lo studio preveda la partecipazione di medici afferenti a diverse strutture, è possibile dare l'accesso a tutti.

Si procede con tutti i rimanenti casi d'uso:

- l'impossibilità di salvare un nuovo studio se l'acronimo inserito è associato ad uno studio già esistente;
- l'attivazione dello studio precedentemente creato;
- la disattivazione dell'arruolamento di un paziente;
- la chiusura dello studio;
- il blocco della sospensione nel caso di studio già chiuso;
- l'emenda dello studio (es. data di fine studio);
- l'arruolamento dei pazienti allo studio. È prevista una notifica pop-up per confermare la raccolta dei consensi del paziente. Inoltre, viene mostrato che, accedendo alla lista dei pazienti arruolati, si può vedere la provenienza dell'arruolamento (se da ADT, e quindi medico di reparto; o se da ambulatorio e quindi medico di ambulatorio);
- la modifica dell'arruolamento;
- il ritiro dei pazienti arruolati.

Tutti i casi d'uso sono stati effettuati con esito positivo.

Al termine della seduta la commissione fissa la prossima seduta di collaudo per il 24/06/2025 ore 10.15 stessa sede.
Alle ore 15.15 la commissione dichiara conclusa la sessione di collaudo

Fornitore:	Direttore esecuzione del contratto:	Commissione di collaudo:	Gruppo di lavoro
Raffaella A. G. Izzo Aldo Stupia Andrea Padova	Giuseppe Papino	Valerio Ridolfi Alessandro Pierucci Mirko Dalla Bernardina	Gabriele Cenci
23/06/2025	23/06/2025	23/06/2025	23/06/2025
		VALERIO RIDOLFI 30/06/2025 16:34:13 UTC+0200 Digitally signed by PIERUCCI ALESSANDRO 30/06/2025 14:41:40 UTC MIRKO DALLA BERNARDINA 30/06/2025 16:49:40 UTC+0200	GABRIELE CENCI 30/06/2025 17:40:44 UTC+0200

Seconda sessione 24 giugno 2025

In data 24 giugno 2025 alle ore 10:15 presso la sede della regione Lazio di Via Campo Romano, 65 sala riunioni Ginestra si è riunita la commissione di collaudo, istituita con determina prot. nr. 0000569 del 18/06/2025, per la seconda sessione di collaudo della fornitura relativa Servizi di progettazione, realizzazione, gestione, manutenzione, supporto ed evoluzione della Cartella Clinica Elettronica Regionale Interoperabile integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 - CIG 9625468379. La commissione è composta da Valerio Ridolfi (presidente), Alessandro Pierucci e Mirko Dalla Bernardina. La seduta si svolge con la presenza di alcuni componenti del gruppo di lavoro in collegamento remoto tramite Teams (ID riunione: 312 774 610 659 4).
Alla sessione di collaudo hanno partecipato:

- Giuseppe Papino (LAZIOcrea – DEC)
- Valerio Ridolfi (LAZIOcrea – Commissione)
- Alessandro Pierucci (LAZIOcrea – Commissione)
- Gabriele Cenci (LAZIOcrea – Gruppo di lavoro)
- Marzia Duro (LAZIOcrea)
- Raffaella A. G. Izzo (Engineering)
- Esther Maria Ribezzo (Engineering)
- Raffaella Zito (Engineering)
- Martina Palma (Engineering)
- Carla Montironi (LAZIOcrea) - Teams
- Angelamaria Valente (Engineering) - Teams
- Vincenzo Campanile (Engineering) - Teams
- Gabriele Sesti (Engineering) - Teams
- Silvia Bove (Engineering) - Teams
- Aldo Stupia (IBM) – Teams
- Vincenza Belfiore (GE) – Teams
- Roberto Pera (Engineering) – Teams
- Sabato Genovese (Engineering) – Teams
- Ludovica De Angelis (Engineering) – Teams
- Alessandra Silvestro (Engineering) – Teams
- Danilo Berardi (Schema31 Subappalto Engineering) – Teams
- Antonio Parissi (Engineering) – Teams
- Domenico Mastropasqua (IBM) – Teams
- Pietro Gambino (IBM) – Teams
- Ettore Simonelli (Engineering) – Teams

A supporto della attività di verifica svolte dalla commissione e dal gruppo di lavoro, alla sessione di collaudo ha partecipato il RTI composto da KPMG e EY, quale fornitore contrattualizzato da LAZIOcrea utilizzando l'Accordo Quadro Consip, ai sensi d. lgs.n. 50/2016 avente ad oggetto l'affidamento di servizi di supporto in ambito "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali" per le Pubbliche Amministrazioni del SSN.

Per l'esecuzione dei test descritti nel presente documento, è stato effettuato il collegamento alle seguenti componenti applicative tramite i relativi indirizzi IP di riferimento:

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

- CCE Ambulatoriale: https://cce-coll.regione.lazio.it/multimodule/web/;
- Terminology Server: https://cce-term-coll.regione.lazio.it/ui

La sessione ha inizio alle 10.15 con le attività di collaudo della Cartella Clinica Ambulatoriale, mediante la simulazione del flusso operativo relativo all'erogazione di una prestazione prenotata tramite sistema CUP. L'accesso all'applicativo avviene attraverso il componente *SPID Validator*, con autenticazione effettuata secondo il profilo utente associato al ruolo di medico ambulatoriale. Una volta autenticato, l'utente accede alla sezione "*Piano di lavoro*", applicando un filtro temporale sull'intervallo compreso tra il 14 giugno e il 4 luglio. Il sistema riconosce correttamente l'origine della prenotazione, identificandola come proveniente dal CUP.

Il fornitore specifica che la piattaforma distingue correttamente, a livello applicativo, le prenotazioni generate tramite CUP rispetto a quelle derivanti da richieste interne, come le consulenze specialistiche.
La fase di accettazione del paziente si conclude mediante la selezione del comando "*Concludi accettazione*", che aggiorna lo stato del paziente a "*In attesa di visita*".
Al termine dell'erogazione della prestazione, nel caso in cui il medico proceda con la prescrizione di una visita specialistica (es. cardiologica), il sistema consente l'accesso alla funzionalità "*Creazione ricette*", che attiva il modulo di e-prescription. In questa sezione, l'identificazione del paziente avviene tramite l'inserimento del codice fiscale.
Una volta selezionato il paziente, il sistema consente la compilazione dei campi previsti:

- Diagnosi;
- Classe di priorità;
- Quesito diagnostico (ove applicabile).

La trasmissione della prescrizione viene completata tramite l'inserimento delle credenziali di sicurezza del medico e password.
Durante la sessione viene verificata la corretta visualizzazione del Numero Ricetta Elettronica (NRE) nella sezione dedicata alla revisione della prestazione.
Viene analizzato anche un secondo caso d'uso, relativo a una prenotazione contenente più prestazioni associate. Il sistema consente la consultazione delle prestazioni già erogate all'interno della sezione "*Prestazioni*".

A seguire, è stato avviato il collaudo del ***Terminology Server***, componente centrale per l'assicurazione dell'interoperabilità semantica dei dati sanitari all'interno dell'architettura di sistema.

Il *Terminology Server* consente le seguenti operazioni:

- Caricamento di terminologie locali e standard;
- Mappatura tra codifiche proprietarie e codici standard;
- Traduzione tra codici locali e codici internazionalmente riconosciuti;
- Importazione ed esportazione delle risorse terminologiche.

La piattaforma è implementata in Java, sulla base dello standard HL7 FHIR, utilizzando il framework HAPI FHIR. L'interfaccia utente è progettata per un utilizzo da parte di personale non tecnico, con particolare riferimento agli operatori amministrativi.
Il fornitore specifica che ogni azienda sanitaria può disporre di un proprio sistema di codifica locale, il quale deve essere mappato nella terminologia LOINC, standard adottato a livello internazionale per la classificazione di misurazioni cliniche, esami di laboratorio e documenti sanitari.

Durante il collaudo, sono state caricate alcune terminologie locali, utilizzando a titolo esemplificativo i codici previsti dall'Istituto Superiore di Sanità relativi ai comportamenti a rischio. Il processo di caricamento prevede:

- Selezione del tipo di risorsa da importare;

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

- Inserimento del file contenente i codici locali;
- Compilazione dei metadati: descrizione del file, editore, data di inizio e fine validità (facoltativa).

Il corretto caricamento della terminologia è stato verificato nel database dei code system attivi.

Poiché il file caricato conteneva diagnosi relative a diverse tipologie di comportamenti a rischio, è stato eseguito un filtraggio semantico attraverso la creazione di un *value set* specifico per i codici riferiti ai fumatori, utilizzando l'URL del *code system* caricato come riferimento.
Per effettuare la mappatura tra le codifiche locali e quelle standard, è stata utilizzata una *concept map*, caricata sul *Terminology Server*. Tale mappatura è stata realizzata tramite un file in formato CSV, contenente l'associazione tra codici locali e codici LOINC, configurata in modo conforme alle specifiche FHIR.

Per validare la correttezza della mappatura, è stata testata la funzionalità di traduzione automatica tra codifiche:

- Il codice locale R01 è stato correttamente tradotto nel corrispondente codice LOINC;
- Il codice locale R02 è stato anch'esso tradotto con esito positivo;
- È stata inoltre verificata la presenza e validità semantica dei codici all'interno del sistema, a conferma dell'allineamento con il profilo semantico atteso.

È stata quindi testata la funzionalità di esportazione delle risorse, articolata in due modalità:

- *Export on demand*, che consente l'esportazione immediata dei dati in formato CSV tramite interfaccia dedicata: test eseguito con esito positivo;
- *Export schedulato*, configurato per l'esportazione automatica a intervalli predefiniti: l'esito del test è strettamente legato alle performance dell'ambiente operativo, è necessaria una revisione architetturale rimandata al gruppo di lavoro per rendere asincrone le operazioni in ottica cloud.

È stato poi eseguito un test di caricamento massivo dello standard LOINC, funzionalità che, come precisato dal fornitore, risulta particolarmente utile per l'aggiornamento periodico della base terminologica allineata alle versioni più recenti dello standard.

Viene infine verificata la funzionalità di tracciamento delle operazioni, finalizzata alla produzione di eventi di audit. Il sistema genera correttamente un evento per ogni azione rilevante, includendo ID univoco, autore e *timestamp* dell'operazione. Il test restituisce esito positivo.
La commissione prende atto dei casi di test verificati durante la riunione e non vengono richiesti casi d'uso aggiuntivi relativi al caricamento di code system alternativi.
A seguire, si procede con il test delle codifiche dei messaggi in formato HL7 V2, mediante l'utilizzo del *Terminology Server*. In questo contesto viene caricata una *concept map* necessaria alla trasformazione dei valori ricevuti in formato HL7 V2 verso le codifiche conformi a FHIR.
Il caso d'uso prevede la conversione dei codici:

- "M" → *"male"*
- "F" → *"female"*
- "U" → *"unknown"*

Il sistema individua correttamente la *concept map* esistente e applica la trasformazione in modo conforme, fornendo evidenza dell'operazione di traduzione. L'esito del test è positivo.
Alle ore 13:15, la Commissione dichiara conclusa la sessione di collaudo relativa alle attività della mattinata.

Alle ore 14:15 il gruppo di lavoro si riunisce per la ripresa delle attività. Alle ore 14:25 ha inizio il collaudo relativo ai **validatori FHIR e CDA2**, entrambi in modalità **stand-alone**.

Il fornitore Engineering avvia la sessione eseguendo i test previsti dalla documentazione tecnica ufficiale.

Per il **validatore FHIR**, vengono effettuati due controlli principali:

- Il primo riguarda l'elaborazione di un bundle in un contesto di ricovero, volto a verificare la corretta gestione della chiamata;
- Il secondo test valuta la risposta del sistema in presenza di errori nella validazione della risorsa.

Entrambi i test si concludono con esito positivo.

Viene successivamente verificata l'integrazione con il *Clinical Data Repository* (CDR), nonché la capacità del sistema di individuare e segnalare eventuali errori. Anche queste prove danno riscontro positivo.
Particolare attenzione viene posta sull'interazione tra il validatore FHIR e il Terminology Service. In questo contesto viene testata la funzionalità validate-code, applicata a una risorsa di tipo *DocumentReference* contenente codifiche multiple.
Dopo il caricamento dei necessari *code system* e *value set*, il sistema valida correttamente la risorsa, senza rilevare anomalie, né sul piano sintattico né su quello semantico.
Viene inoltre simulata una condizione di errore: il *Terminology Service* restituisce correttamente una segnalazione di codifica non valida, e il sistema gestisce l'anomalia in modo conforme alle specifiche attese.
La sessione prosegue con la validazione di documenti secondo lo standard CDA2:

- In un primo scenario, viene testato un file XML conforme (lettera di dimissione ospedaliera), con esito positivo.
- In un secondo scenario, viene caricato un file contenente errori sintattici, verificando che il sistema generi correttamente il messaggio di errore. Anche in questo caso, la risposta del validatore risulta coerente con le aspettative.

Nel caso successivo viene verificata la risposta agli errori di semantica inserendo un codice non previsto dal template, verificando quindi la validazione del CDA in formato XML. Successivamente viene mostrata la reazione con un file PDF che al suo interno ha iniettato un CDA2. Il validatore risponde positivamente al test. Il test viene ripetuto valutando la risposta del validatore in caso di assenza del CDA o non ben iniettato nel PDF, mostrando la risposta corretta da parte del sistema che segnala l'impossibilità di validazione.
Infine, viene eseguita una verifica sul validatore semantico, sottoponendo al sistema un file PDF privo della necessaria codifica LOINC. Il sistema rileva correttamente la mancanza della codifica, generando l'opportuna segnalazione e concludendo anche questa prova con esito positivo.
I test chiudono la parte inerente alla verifica del comportamento del validatore in standalone.
Il test prosegue con l'analisi del flusso simulato a partire dal *Gateway* FSE. Viene ipotizzato lo scenario inerente alla ricezione di un bundle FHIR di tipo MHD che al suo interno contiene un PDF nel quale è iniettato un CDA2 che viene convertito e validato in FHIR, per poi essere inoltrato al CDR. Per tale test vengono analizzati due scenari:

- In un primo scenario valutata la risposta positiva del sistema e nel DB sono inserite tutte le istanze con relativi *response*. Il fornitore prosegue con l'analisi degli step intermedi e l'assenza di errori di tipo fatal. Viene poi mostrato la visualizzazione del messaggio lato CDR.
- In secondo scenario viene mostrato la risposta negativa.

In entrambi gli scenari il test ha esito positivo.

Al termine della verifica, la Commissione richiede la chiusura dei test relativi ai validatori e l'avvio delle attività di collaudo sui successivi ambiti previsti dal piano di lavoro.

Si procede con una nuova sessione di verifica del modulo di *E-prescription*, con l'obiettivo di validare funzionalità di dettaglio non previste all'interno del piano di test. Contestualmente, la Commissione richiede un controllo della Cartella Clinica, finalizzato a verificare il corretto utilizzo e l'attivazione dei servizi relativi alla gestione del piano terapeutico.

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

Il test prende avvio con l'accesso alla sezione "*Piano di lavoro*", dove viene applicato il filtro sullo stato "*Da accettare*", per individuare le visite ancora da prendere in carico. Si seleziona successivamente il filtro "*In attesa della visita*", che consente l'individuazione di una prenotazione specifica.
La prenotazione visualizza correttamente i dati trasmessi dal sistema ReCUP. Con l'azione "*Presa in carico*", il sistema espone la visita in corso e consente l'accesso al referto, successivamente visualizzabile anche nel CDR (*Clinical Data Repository*).

Accedendo nuovamente alla sezione della Cartella Clinica, si riscontra la corretta configurazione del pulsante "*Creazione ricetta*". Si procede con la compilazione dei campi a testo libero necessari per la generazione del referto.

Il fornitore precisa che, secondo quanto stabilito in sede di Cabina di Regia, il campo "*Diagnosi*" risulta configurato come campo a testo libero, ma non richiede compilazione manuale. È previsto, infatti, un automatismo che consente la valorizzazione automatica del dato, sulla base delle informazioni già presenti nel sistema.
Su richiesta di LAZIOcrea, viene quindi eseguita la validazione del referto tramite il validatore utilizzato nei test precedenti. Il documento, scaricato in formato PDF, viene caricato nel sistema per l'analisi. La validazione del file CDA iniettato si conclude con esito positivo.
La Commissione richiede di accedere nuovamente alla sezione "*Piano di lavoro*" per verificare le operazioni necessarie all'emissione di una prescrizione.
Inoltre, si evidenzia che, all'interno dei piani di lavoro, risulterebbe utile prevedere l'associazione automatica della diagnosi alla prescrizione, suggerendo di valutare l'integrazione di tale funzionalità all'interno del flusso operativo.
Il fornitore procede quindi con un nuovo accesso al sistema di *E-prescription*, al fine di eseguire un test specifico relativo alla funzionalità di "*split*" delle prescrizioni. Durante l'attività, viene anche illustrata l'applicazione dell'esenzione prevista.
Il test si conclude con esito positivo: le prescrizioni risultano correttamente suddivise secondo le specifiche di implementazione, e l'esenzione viene applicata regolarmente.

Il collaudo prosegue con la verifica della ricetta prodotta, con particolare attenzione alla correttezza dei dati valorizzati nei campi del documento generato. Viene validata la corretta gestione delle informazioni inserite nei campi editabili. A titolo esemplificativo, viene compilato il campo "*Note*" all'interno di una prescrizione di prova; il contenuto inserito risulta correttamente riportato nel documento finale.
Successivamente, viene generata una ricetta per una prescrizione farmacologica, al fine di valutare il livello di informazioni disponibili al farmacista. Il fornitore chiarisce che il sistema consente la ricerca del farmaco sia per principio attivo che per denominazione commerciale.
La Commissione dà atto che in relazione alla complessità del processo prescrittivo in ambito farmacologico, l'interfaccia attualmente disponibile non consente di replicare tutte le casistiche con i dati del collaudo.
In merito alle prescrizioni, viene inoltre proposta l'introduzione di pacchetti prescrittivi, per abilitare la configurazione e gestione di insiemi di prestazioni correlate. Il fornitore conferma la presenza nel sistema di una sezione dedicata a tale funzionalità, specificando tuttavia che l'area non risulta ancora popolata con le informazioni necessarie per l'utilizzo operativo.

Al termine della seduta la commissione fissa la prossima sessione di collaudo per il 25/06/25 ore 10.15 stessa sede.
Alle ore 16.02 la commissione dichiara conclusa la sessione di collaudo.

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

Fornitore:	Direttore esecuzione del contratto:	Commissione di collaudo:	Gruppo di lavoro
Raffaella A. G. Izzo Aldo Stupia Andrea Padova	Giuseppe Papino	Valerio Ridolfi Alessandro Pierucci Mirko Dalla Bernardina	Gabriele Cenci
24/06/2025	24/06/2025	24/06/2025	24/06/2025
		VALERIO RIDOLFI 30/06/2025 16:35:22 UTC+0200 Digitally signed by PIERUCCI ALESSANDRO 30/06/2025 14:42:20 UTC MIRKO DALLA BERNARDINA 30/06/2025 16:50:30 UTC+0200	GABRIELE CENCI 30/06/2025 17:41:35 UTC+0200

Terza sessione 25 giugno 2025

In data 25 giugno 2025 alle ore 10:15 presso la sede della regione Lazio di Via Campo Romano, 65 sala riunioni Faggio si è riunita la commissione di collaudo, istituita con determina prot. nr. 0000569 del 18/06/2025, per la terza sessione di collaudo della fornitura relativa a Servizi di progettazione, realizzazione, gestione, manutenzione, supporto ed evoluzione della Cartella Clinica Elettronica Regionale Interoperabile integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 - CIG 9625468379. La commissione è composta da Valerio Ridolfi (presidente), Alessandro Pierucci (componente) e Mirko Dalla Bernardina (componente). La seduta si svolge con la presenza di alcuni componenti del gruppo di lavoro in collegamento remoto tramite Teams (ID riunione: 322 995 161 330 8).
Alla sessione di collaudo hanno partecipato:

- Giuseppe Papino (LAZIOcrea – DEC)
- Gabriele Cenci (LAZIOcrea – Gruppo di lavoro)
- Marzia Duro (LAZIOcrea)
- Raffaella A. G. Izzo (Engineering)
- Esther Maria Ribezzo (Engineering)
- Raffaella Zito (Engineering)
- Martina Palma (Engineering)
- Sabato Genovese (Engineering)
- Carla Montironi (LAZIOcrea) – Teams
- Giorgio Silvestris (ISED) - Teams
- Silvia Bove (Engineering) – Teams
- Ludovica De Angelis (Engineering) – Teams
- Angelamaria Valente (Engineering) – Teams
- Alessandra Silvestro (Engineering) – Teams
- Vincenzo Campanile (Engineering) – Teams
- Pietro Gambino (IBM) – Teams
- Danilo Berardi (Schema31 Subappalto Engineering) – Teams
- Aldo Stupia (IBM) - Teams
- Domenico Mastropasqua (IBM) – Teams
- Rita Esposito (Engineering) – Teams

A supporto della attività di verifica svolte dalla commissione e dal gruppo di lavoro, alla sessione di collaudo ha partecipato il RTI composto da KPMG e EY, quale fornitore contrattualizzato da LAZIOcrea utilizzando l'Accordo Quadro Consip, ai sensi d. lgs.n. 50/2016 avente ad oggetto l'affidamento di servizi di supporto in ambito "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali" per le Pubbliche Amministrazioni del SSN.

All'inizio della sessione di collaudo la commissione chiede di riprendere le attività seguendo il piano dei test in relazione alle seguenti funzionalità:

- CDR;
- Policy Manager;
- Gli ultimi casi rimanenti della cartella ambulatoriale.

Inoltre, verrà testata l'integrazione con la componente FSE regionale.

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

Il fornitore osserva che i test sul CDR sono casistiche già verificate durante le sessioni del 23/06/25 (Presenza di risorse FHIR in caso di accettazione, invio di piani di lavoro del CUP, ecc.) e domanda alla commissione se sia il caso di rivederli. La commissione conferma di voler rivedere i test e di proseguire con i singoli casi qualora non siano presenti evidenze oggettive in relazione agli esiti dei test. Si procede con la lettura dei casi di test mentre Engineering illustra la schermata di riferimento che consente di verificare la corretta trasmissione delle informazioni al CDR. ReCUP invia correttamente tramite il CDR la prenotazione, modifica, e cancellazione del paziente alla CCE.
Una volta verificato l'esito positivo del primo test e rivisto il piano degli stessi, la commissione propone di non proseguire con ulteriori verifiche in quanto, effettivamente, le casistiche previste sono state testate e comprovate nella sessione del 23/06/25.

Le successive verifiche di collaudo riguardano la componente *Policy Manager*, che si occupa di gestire regole ed azioni in maniera coordinata tra più moduli della cartella clinica elettronica. La componente si configura attraverso "*hook*" e "*fact*", ossia le condizioni da verificare e le relative azioni da eseguire. Sulla base della normativa del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 sono state delineate le regole che consentono accessi e visualizzazione di documenti e dati sanitari agli operatori clinici, in base della loro finalità di accesso in consultazione.
Per la sezione dei test è stata utilizzata la matrice degli accessi "matrice FSE", andando a considerare due specifiche casistiche:

- consultazione referto per finalità di cura da parte di un medico – "*permit*";
- consultazione per finalità di profilassi internazionale da parte di un medico – "*deny*"

Si è proceduto quindi a verificare la coerenza delle regole rispetto a quanto mappato nella matrice di riferimento.

Viene svolta una verifica sulla parte relativa al FSE, chiedendo al fornitore di dare evidenza alle relative attività in *pending*. Pertanto, si procede mostrando l'integrazione con FSE dalla cartella clinica. Viene illustrato come dalla sezione del ricovero sia possibile selezionare il paziente mostrato dall'applicativo e viene richiesto di accedere al FSE.

Dopo aver correttamente terminato la parte dei test relativi al *Policy Manager*, la commissione chiede di poter rivedere alcuni casi di test sul modulo della cartella clinica elettronica ambulatoriale al fine di terminare i casi di test previsti per questa componente. Viene pertanto effettuato un riepilogo dei casi di test effettuati nella riunione di collaudo del 24/06/2025. Si procede mostrando le funzionalità relative a produzione ed invio di ricetta dematerializzata e successiva visualizzazione del file PDF associato alla prescrizione. La commissione chiede di poter di verificare l'esito dell'invio di una nuova prenotazione contenente l'indicazione del codice ICD-9.

Sono dunque terminati e validati i test sui piani di lavoro trasmessi dal sistema ReCUP alla cartella ambulatoriale ed i casi di test relativi a quest'ultima.

Viene chiesto dalla commissione, non avendolo riscontrato nel piano di test, se sia possibile visualizzare le sezioni relative all'oscuramento dei documenti e al rilascio/gestione dei consensi degli assistiti attraverso la cartella clinica elettronica, collezionandone le evidenze. Il fornitore procede con il test sulla raccolta consensi ed afferma che tale funzionalità è valida sia per la cartella di ricovero che per quella ambulatoriale. Viene dunque mostrato il modulo che dev'essere compilato dall'assistito per il rilascio del consenso.
Successivamente, la commissione domanda se sono gestiti anche i dati relativi ai soggetti a maggior tutela. Il fornitore afferma che è possibile impostare delle regole per gestire tale casistica. Se il consenso alla consultazione di un paziente è registrato su una cartella esterna, il fornitore si aspetta di riceverlo tramite un'apposita integrazione. La commissione afferma che è il fascicolo sanitario elettronico a riportare direttamente questa informazione, poiché il consenso rilasciato ad altre cartelle o applicativi poi viene registrato dallo stesso FSE, che infatti ne consente la consultazione.

Alle ore 13:15, la Commissione dichiara conclusa la sessione di collaudo relativa alle attività della mattinata.

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

Alle ore 14:15 il gruppo di lavoro si riunisce per la ripresa delle attività. La sessione pomeridiana riprende con i test relativi al FSE: procedendo con il conferimento al fascicolo di una prescrizione, attraverso il CF utilizzato per altre prove precedenti, terminando il test con esito positivo.
La commissione domanda il se consenso all'accesso in consultazione da parte dei medici è tracciato dalla cartella. Il fornitore mostra la schermata in cui può essere registrato il consenso del paziente alla consultazione di dati e documenti da parte degli operatori sanitari per le diverse finalità gestite da fascicolo.

Al termine della seduta la commissione fissa la prossima seduta di aggiornamento in merito al collaudo per il 30/06/2025 ore 14.15 stessa sede.
Alle ore 15.15 la commissione dichiara conclusa la sessione di collaudo.

Fornitore:	Direttore esecuzione del contratto:	Commissione di collaudo:	Gruppo di lavoro
Raffaella A. G. Izzo Aldo Stupia Andrea Padova	Giuseppe Papino	Valerio Ridolfi Alessandro Pierucci Mirko Dalla Bernardina	Gabriele Cenci
25/06/2025	25/06/2025	25/06/2025	25/06/2025
		VALERIO RIDOLFI 30/06/2025 16:35:23 UTC+0200 Digitally signed by PIERUCCI ALESSANDRO 30/06/2025 14:42:21 UTC MIRKO DALLA BERNARDINA 30/06/2025 16:50:31 UTC+0200	GABRIELE CENCI 30/06/2025 17:41:36 UTC+0200

Sessione del 30 giugno 2025

In data 30 giugno 2025 alle ore 14:15 presso gli uffici di LAZIOcrea di Via Campo Romano, 65 si è riunita la commissione di collaudo, istituita con determina prot. nr. 0000569 del 18/06/2025 e composta da Valerio Ridolfi (presidente), Alessandro Pierucci (componente) e Mirko Dalla Bernardina (componente). Alla sessione partecipa il gruppo di lavoro composto da Giuseppe Papino e Gabriele Cenci, per LAZIOcrea, e da Raffaella A.G. Izzo, Aldo Stupia e Andrea Padova, indicati dall'appaltatore con comunicazione del 20/06/2025 prot. 0011598. A supporto delle attività svolte dalla commissione e dal gruppo di lavoro, alla sessione ha partecipato il RTI composto da KPMG e EY, quale fornitore contrattualizzato da LAZIOcrea utilizzando l'Accordo Quadro Consip, ai sensi d. lgs.n. 50/2016 avente ad oggetto l'affidamento di servizi di supporto in ambito "Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali" per le Pubbliche Amministrazioni del SSN.

Si prende atto che il SAL 1 citato nella prima sessione di collaudo del 23/06/2025 è stato protocollato con n. 12186 del 30/06/2025.
La commissione ritiene completi i test svolti e prende atto delle evidenze oggettive trasmesse dal fornitore. Le stesse sono conservate nello *sharepoint* messo a disposizione della commissione, comunicato con e-mail del 20/06/2025 e presente al seguente link: https://laziocrea.sharepoint.com/:f:/s/Cartellaclinicaelettronicaregionale-Commissionedicollaudo/EvmcY8OHoKhBsI9K2_0hqRkBxp75iq8XZ2UrfKuTyxLYYg?e=a2xBCo.
La commissione dichiara pertanto concluso il collaudo con esito positivo. Si procede alla lettura congiunta del presente verbale di collaudo e alla successiva sottoscrizione.

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

Valutazioni Finali

Si riporta di seguito l'esito finale delle sessioni di verifica:

Esito Verifica di conformità	Positivo	☒
	Prestazioni collaudabili previo adempimento prescrizioni	☐
	Negativo e/o Prestazioni non collaudabili	☐

Prescrizioni	
Termine per l'adempimento	

Commissione di collaudo:	Fornitore:	Responsabile del procedimento:	Direttore esecuzione del contratto:
Valerio Ridolfi Alessandro Pierucci Mirko Dalla Bernardina	Raffaella A. G. Izzo Aldo Stupia Andrea Padova	Lorenzo Sornaga	Giuseppe Papino
30/06/2025	30/06/2025	30/06/2025	30/06/2025
VALERIO RIDOLFI 30/06/2025 16:35:24 UTC+0200 Digitally signed by PIERUCCI ALESSANDRO 30/06/2025 14:42:22 UTC MIRKO DALLA BERNARDINA 30/06/2025 16:50:32 UTC+0200			

Documento di proprietà di LAZIOcrea S.p.A.

EMRAM

HIMSS SOLUTION

Modello di adozione di cartella clinica elettronica (EMR)
Report di valutazione dei risultati

ASL Roma 3

Ospedale Giovanni Battista Grassi

Lazio
Italy

Preparato da

HIMSS

Data di valutazione: 2025-07-23

Data del report: 2025-07-23

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Sommario

Modello di adozione di cartella clinica elettronica (EMR)

- Descrizione del modello
- Scopo
- Metodologia

Tecnologia e principali dati sulle prestazioni ospedaliere

- Tecnologia e integrazione con la cartella clinica elettronica (EMR)
- Principali dati sulle prestazioni ospedaliere

Risultato di riferimento

- Sommario esecutivo
- Punteggio (Livello raggiunto)
- Risultati per specifica area di interesse

Cattura dati (Data Capture) e scambio di informazioni sanitarie (HIE)

- Panoramica della specifica area di interesse
- Opportunità

Coinvolgimento dei pazienti

- Panoramica della specifica area di interesse
- Opportunità

Analisi dell'assistenza sanitaria (Healthcare Analytics) e misurazione dei risultati/esiti

- Panoramica della specifica area di interesse
- Opportunità

Gestione della resilienza

- Panoramica della specifica area di interesse
- Opportunità

Adozione da parte degli utenti clinici

- Panoramica della specifica area di interesse
- Opportunità

Contatti

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

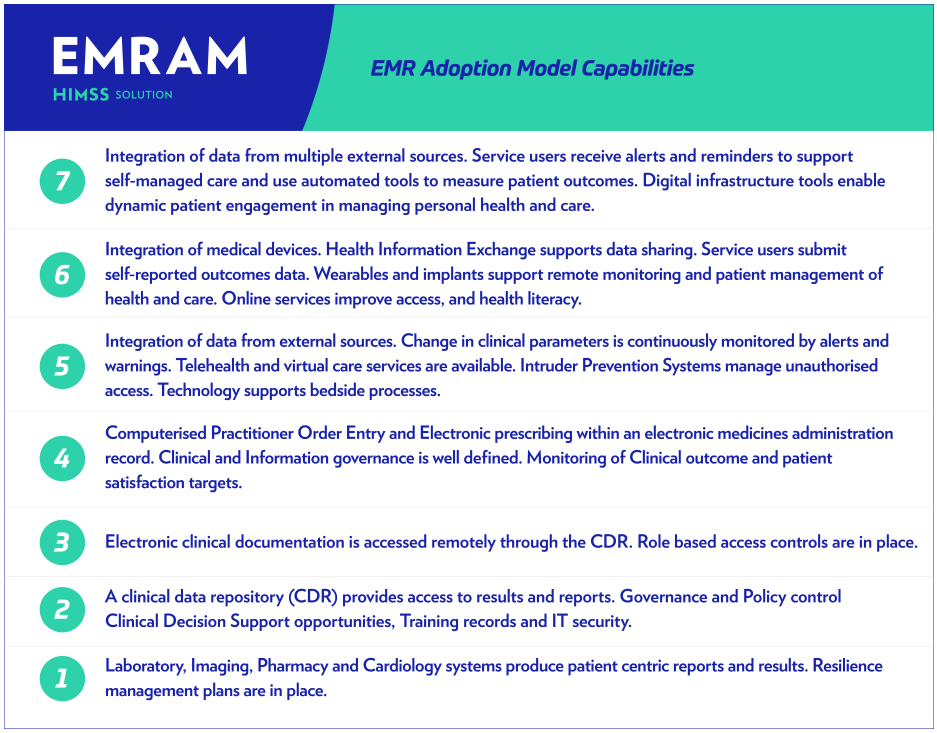
Modello di adozione di cartella clinica elettronica (EMR)

Descrizione del modello

Il modello EMRAM è un Modello di Maturità a otto Livelli (0-7), che inizia al Livello 0 e prosegue verso il punto più alto per dimostrare l'uso efficace della tecnologia di cartella clinica elettronica (EMR) da parte di un'intera organizzazione suggerendo migliorie e piani d'azione per ogni singolo livello ottenuto. Ogni Livello include requisiti riguardanti le seguenti cinque aree di interesse:

- Cattura dati (Data Capture) e scambio di informazioni sanitarie (HIE)
- Coinvolgimento dei pazienti
- Analisi dell'assistenza sanitaria (Healthcare Analytics) e misurazione dei risultati/esiti
- Gestione della resilienza
- Adozione da parte degli utenti clinici

Le aree di interesse e i requisiti di ogni Livello rappresentano uno spettro di capacità necessarie per estendere su lagra scala l'uso efficace della tecnologia di cartella clinica elettronica (EMR) al fine di ottimizzare le operazioni e gli esiti di cura per i pazienti.



©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Scopo

Il Modello di adozione della cartella clinica elettronica (EMRAM) misura gli esiti clinici, il coinvolgimento dei pazienti e l'uso da parte del medico della tecnologia di cartella clinica elettronica (EMR) per potenziare la performance organizzativa e gli esiti sanitari nei diversi gruppi di pazienti. Il modello EMRAM,applicabile a livello internazionale,incorpora una metodologia e degli algoritmi in grado di fornire valutazioni per l'intero ospedale,inclusi pazienti ricoverati,pazienti ambulatoriali e servizi in day-hospital forniti nel campus ospedaliero. Il modello EMRAM fornisce valutazioni di ospedali in tutto il mondo,relativamente alla loro maturità digitale e fornisce una roadmap dettagliata per facilitare l'adozione e l'implementazione di un percorso di trasformazione digitale per il raggiungimento degli esiti auspicati.

Misurando dati basati su prove in ogni fase, le organizzazioni utilizzano il modello EMRAM per ottimizzare gli ambienti di lavoro digitali, migliorare la performance e la sostenibilità finanziaria, costruire una forza lavoro sostenibile e supportare un'esperienza eccezionale per i pazienti. L'utilizzo di informazioni digitali migliora la sicurezza del paziente,la qualità e l'esperienza di cura e la soddisfazione del medico riducendo gli errori,la durata della degenza e gli ordini duplicati e ottimizzando l'accesso e l'utilizzo dei dati a supporto della fornitura di cure.

Miglioramento della sicurezza del paziente

Possibilità di valutare e migliorare la sicurezza del paziente ottimizzando l'implementazione della cartella clinica elettronica (EMR) per soddisfare le esigenze del team di cura e fornire l'accesso ai dati e alle informazioni essenziali dove e quando necessario.

Aumento della soddisfazione dei pazienti

Possibilità di interagire con i pazienti e i medici per gestire la salute e il benessere complessivi. Migliorare la comunicazione, la produttività e l'efficienza,ridurre il rischio di errori nella fornitura delle cure e potenziare il coinvolgimento e l'esperienza dei pazienti. Potenziare la fornitura di cure grazie alla presenza delle giuste informazioni al momento giusto,sia per il paziente che per il medico,migliorando al contempo la comunicazione tra il team di cura e il paziente o il tutore.

Supporto per i medici

Una cartella clinica elettronica (EMR) efficace è quella progettata per i diversi utilizzi dei medici che vi lavorano. Il modello EMRAM garantisce che il flusso di lavoro e i contenuti degli strumenti digitali soddisfino le esigenze dei team medici, monitorando al contempo la conformità agli standard approvati.

Sicurezza dei dati

Politiche ospedaliere e una governance efficaci supportano e rafforzano l'integrità dei dati; la sicurezza dei dati è una componente essenziale di un ambiente di lavoro a elevate prestazioni,supportato da un sistema di cartella clinica elettronica (EMR). Il modello EMRAM fornisce una guida per la creazione delle politiche dell'organizzazione relative all'uso corretto e alla protezione dei dati archiviati nella cartella clinica elettronica (EMR) e al livello di accesso disponibile per i team di medici,per i pazienti e per altri soggetti che operano nell'organizzazione.

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Metodologia

Tramite una metodologia di punteggio basata su preferenze espresse in gradi di Scala Likert, le risposte alla valutazione vengono ordinate in forma di tabelle indicanti risultati ottenuti sia per ogni singolo Livello del Modello, sia rispetto al Modello in generale (punteggio complessivo). Per raggiungere un determinato Livello, un'organizzazione deve soddisfare almeno il 70% dei requisiti richiesti da quello stesso Livello e di tutti i Livelli precedenti.

Ottenere il Livello 6 dell'EMRAM significa in primis che il punteggio/Livello ottenuto dall'organizzazione deve indicare in questo report il Livello EMRAM 6,in seguito va superata positivamente anche una procedura di convalida (visita in loco) formale da parte di un revisore di HIMSS.

Il Livello EMRAM 7 può essere raggiunto se l'ospedale ha già ricevuto una convalida positiva per il Livello EMRAM 6 e può dimostrare di avere raggiunto risultati clinici ottimali basati sulle strategie di coinvolgimento dei pazienti e sulle opzioni di fornitura delle cure. È richiesta una procedura di convalida (visita in loco) formale con esperti del settore selezionati da HIMSS.

Per essere valutata in base al modello EMRAM, l'organizzazione deve completare il questionario online. L'organizzazione autovaluta (self-assessment) le proprie prestazioni rispetto a ciascun requisito dichiarato dal questionario. Completare il questionario richiede circa un'ora. L'organizzazione auto-valuta la propria performance in relazione ai suddetti requisiti dichiarati dal questionario esprimendo preferenze basate sulla seguente Scala Likert:

- **Non abilitato -** Le capacità indicate nella dichiarazione di requisiti non sono generalmente, o sono raramente, disponibili
- **Minimamente abilitato -** Le capacità indicate nella dichiarazione di requisiti sono disponibili in modo limitato
- **Abbastanza abilitato -** Le capacità indicate nella dichiarazione di requisiti sono disponibili circa la metà del tempo
- **Per lo più abilitato -** Le capacità indicate nella dichiarazione di requisiti sono generalmente disponibili la maggior parte del tempo
- **Completamente abilitato -** Le capacità indicate nella dichiarazione di requisiti sono quasi sempre o sempre disponibili

Opportunità evidenziate con i colori

L'analisi che segue utilizza elementi cromatici evidenziati che denotano il punteggio/Livello EMRAM attualmente raggiunto e i diversi modi in cui è possibile potenziare e migliorare il suddetto punteggio. Questi sono i colori utilizzati:

- **Il colore rosso -** indica - nelle sezioni del report riguardanti il risultato di riferimento ottenuto - i Livelli EMRAM in cui i criteri minimi sono ancora da raggiungere e, nelle sezioni riguardanti le opportunità, i requisiti minimi ancora da raggiungere.
- **Il colore giallo -** riservato alle sezioni del report riguardanti il risultato di riferimento ottenuto, mostra che i requisiti minimi sono stati ottenuti, ma che la soglia del 70% di una fase EMRAM non è ancora stata raggiunta.
- **Il colore verde -** riservato alle sezioni del report riguardanti il risultato di riferimento ottenuto, mostra che i requisiti minimi e la soglia del 70% di un Livello EMRAM sono stati raggiunti.
- **Il colore blu -** riservato alle sezioni riguardanti le opportunità del report, mostra i criteri relativi al Livello successivo di cui la soglia del 70% dell'attuale Livello EMRAM - nel complesso - non è ancora raggiunto.
- **Il colore viola -** riservato alle sezioni riguardanti le opportunità del report, mostra i criteri relativi al Livello successivo di cui la soglia del 70% dell'attuale Livello EMRAM - per area di interesse specifico - non è ancora raggiunto.

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Tecnologia

Applicazione	Disponibilità	Fornitore	Integrazione con cartella clinica elettronica (EMR)
Repositori di dati clinici (EMR)	Funzionante e operativo	DEDALUS	Non applicabile
Repositori di dati clinici (EMR)	Funzionante e operativo	ENGINEERING	Non applicabile
Repositori di dati clinici (EMR)	Funzionante e operativo	SINED	Non applicabile
Sistema informativo di cardiologia	Funzionante e operativo	CARDIOLINE	Indipendente - integrato
Sistema informativo di cardiologia	Funzionante e operativo	MEDIMATIC	Indipendente - integrato
Sistema informativo di cardiologia	Funzionante e operativo	MORTARA INSTRUMENT INC.	Indipendente - integrato
Sistema informativo di radiologia	Funzionante e operativo	BIESSE MEDICA	Indipendente - integrato
Sistema di inserimento computerizzato degli ordini medici (CPOE)	Funzionante e operativo	DEDALUS	Indipendente - integrato
Documentazione clinica	Funzionante e operativo	ENGINEERING	Modulo per Cartella clinica elettronica (EMR) / Repository di dati clinici (CDR) (parte della suite)
Documentazione medica	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Sistema informativo di laboratorio	Funzionante e operativo	DEDALUS	Indipendente - integrato
Sistema di gestione della farmacia	Funzionante e operativo	ENGINEERING	Indipendente - integrato
Registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR)	Funzionante e operativo	DEDALUS	Indipendente - integrato
Registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR)	Funzionante e operativo	ENGINEERING	Modulo per Cartella clinica elettronica (EMR) / Repository di dati clinici (CDR) (parte della suite)
Sistema di archiviazione e trasmissione di immagini (PACS) di radiologia	Funzionante e operativo	BIESSE MEDICA	Indipendente - integrato
Sistema di archiviazione e trasmissione di immagini (PACS) di cardiologia	Funzionante e operativo	MEDIMATIC	Indipendente - integrato
Repository aziendale di immagini (EIR)/Archivio indipendente dal fornitore (VNA)	Funzionante e operativo	BIESSE MEDICA	Non applicabile
Software anti-virus/anti-malware	Funzionante e operativo	ESET	Non applicabile
Cifratura	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Sistema di individuazione e prevenzione delle intrusioni/IDPS	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Gestione dei dispositivi mobili	Funzionante e operativo	ALTRA	Non applicabile

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Applicazione	Disponibilità	Fornitore	Integrazione con cartella clinica elettronica (EMR)
Strumento di rendicontazione della valutazione del rischio di sicurezza	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
Codice a barre	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile
RFID	Non automatizzato	Non applicabile	Non applicabile

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Principali dati sulle prestazioni ospedaliere

Indicatore di prestazione	
Letti di degenza	233
Episodio di degenza all'anno	27.294.899
Presenze ambulatoriali annuali	1.408.460
Spese operative annuali	114496120369
Spese operative IT annuali	3.200.000
Spese di capitale annuali per l'informatica	503443
Postazioni di lavoro fisse	1457
Postazioni di lavoro mobili	290
Personale	1701
Medici	1172 (medici ed infermieri)
Infermieri registrati	--
Professionisti sanitari alleati registrati	234
Personale IT in loco	0
Supporto al personale IT (a livello di gruppo/trust/sistema sanitario)	2,5
Supporto al personale IT (presso organizzazioni esterne)	4,5
Utenti supportati dall'IT	1945
Ricavi operativi annuali	1.149.132.093,64
Spesa in conto capitale	5.401.118
Servizio primario fornito	Medicina generale
È un'organizzazione universitaria?	No

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Risultato di riferimento

Sommario esecutivo

Il punteggio/Livello di riferimento relativo al Modello di adozione della cartella clinica elettronica (EMRAM) deriva dal confronto dei risultati ottenuti dall'ospedale in relazione al modello EMRAM. Il raggiungimento di un Livello rappresenta il progresso complessivo compiuto verso la maturità del sistema di cartella clinica elettronica (EMR) dell'organizzazione. Livelli non rappresentati in un determinata area sono indicati con un N/A (Non applicabile) nelle tabelle di punteggio riportate di seguito.

Punteggio (Livello raggiunto)

Il punteggio riportatonella tabella seguente si basa sulle informazioni raccolte attraverso l'autovalutazione online del modello EMRAM di HIMSS. I risultati complessivi di Livello 6 o 7 elencati in questa sezione sono approssimativi e richiedono la revisione (convalida o validazione) da parte di un consulente digitale di HIMSS. Se il Livello complessivo raggiunto indica 6 o 7, un collaboratore di HIMSS vi contatterà per parlare dei passi successivi nel vostro percorso di trasformazione digitale. Può anche contattarci all'indirizzo customerservice@himss.org

Livello raggiunto	4	Livello massimo in base all'auto-valutazione online. È necessaria una convalida per confermare tale Livello.
Risultato percentuale	74%	% di risultati rispetto al modello
Livello 7	74%	Livello non raggiunto
Livello 6	63%	Livello non raggiunto
Livello 5	71%	Livello non raggiunto
Livello 4	79%	Livello raggiunto
Livello 3	96%	Livello raggiunto
Livello 2	80%	Livello raggiunto
Livello 1	95%	Livello raggiunto

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Risultati per specifica area di interesse

	Cattura dati (Data Capture) e scambio di informazioni sanitarie (HIE)	Coinvolgimento dei pazienti	Analisi dell'assistenza sanitaria (Healthcare Analytics) e misurazione dei risultati/esiti	Gestione della resilienza	Adozione da parte degli utenti clinici
Livello raggiunto	7	4	1	1	4
Risultato percentuale	92%	60%	75%	57%	79%
Livello 7	89%	49%	80%	28%	60%
Livello 6	100%	66%	65%	46%	62%
Livello 5	77%	75%	27%	79%	80%
Livello 4	100%	100%	41%	70%	100%
Livello 3	97%	N/A	75%	95%	100%
Livello 2	100%	N/A	56%	67%	100%
Livello 1	100%	N/A	100%	75%	100%

N/A (non applicabile): il Livello non è rappresentato da quella specifica area di interesse e non incide sul punteggio della valutazione.

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Cattura dati (Data Capture) e scambio di informazioni sanitarie (HIE)

L'organizzazione ha la capacità di scambiare dati clinici e informazioni con pazienti, organizzazioni esterne e team sanitari specializzati (strutture di riabilitazione, strutture di assistenza a lungo termine), anche se non vi sono organizzazioni esterne che dispongono della stessa capacità di cartella clinica elettronica (EMR). In questo caso, la sola mancanza di un effettivo scambio di informazioni non impedirà all'organizzazione di raggiungere una specifica fase. La capacità è comprovata dimostrando che l'organizzazione è in grado di produrre documenti relativi alla continuità delle cure (CCR) o un'architettura consolidata di documenti clinici (C-CDA),nonché documenti simili. Le organizzazioni devono condividere le cartelle cliniche dei pazienti con i pazienti e gli operatori sanitari durante il percorso assistenziale (con il consenso del paziente).

Livello raggiunto	7	
Risultato percentuale	92%	
Livello 7	89%	Livello raggiunto
Livello 6	100%	Livello raggiunto
Livello 5	77%	Livello raggiunto
Livello 4	100%	Livello raggiunto
Livello 3	97%	Livello raggiunto
Livello 2	100%	Livello raggiunto
Livello 1	100%	Livello raggiunto

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

Opportunità

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	Gestione delle informazioni sanitarie (HIM): i documenti esterni vengono scansionati al momento dell'ammissione o in base alla politica aziendale,ad es. anamnesi farmacologica,riepilogo delle dimissioni,ultimi valori degli esami di laboratorio,ecc.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: gli specialisti di diagnostica per immagini in radiologia e cardiologia utilizzano moduli strutturati per documentare le risultanze ottenute.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: le immagini esterne possono essere direttamente integrate nell'Archivio di immagini (o in un'applicazione simile) per facilitare un accesso agevole da parte di medici.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: i medici possono avere accesso alle immagini a distanza attraverso una connessione online protetta (ove permesso dalla politica aziendale).	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: i risultati medici della diagnostica per immagini vengono comunicati digitalmente ai medici in tutti gli ambiti di cura del paziente.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: tutte le immagini e le forme d'onda vengono registrate e gestite digitalmente (ad es. TAC,risonanza magnetica,ultrasuoni,radiografia digitale,ecografia intravascolare,angiografia coronarica,elettrocardiogramma).	Completamente abilitato
7	Tutti i dati discreti generati da moduli strutturati vengono normalizzati attraverso un vocabolario medico standard/controllato (ad es. LOINC, SNOMED, ICD-10) per tutta la documentazione dei medici.	Completamente abilitato
7	I dati provenienti dai dispositivi medici sono integrati in modo completo nella cartella clinica elettronica (EMR) in tutte le aree critiche di cura.	Minimamente abilitato
7	Presenza di un'interfaccia bidirezionale di scambio di informazioni con i pazienti laddove i pazienti siano in grado di accedere ai propri dati sanitari personali,di riferire gli esiti,di accedere ai team clinici per supportare l'auto-gestione della cura.	Per lo più abilitato

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	I determinanti sociali della salute (ad es. situazione abitativa, istruzione, benessere, condizioni lavorative, sicurezza alimentare, area e posizione geografica) sono supportati da strumenti e tecnologie digitali volti a ridurre le disuguaglianze e a garantire che esse siano minimizzate o eliminate. Gli strumenti di analisi predittiva vengono esaminati in relazione a possibili parzialità in caso di comunità in cui siano presenti determinanti sociali della salute, con assegnazione di priorità all'equità e all'uguaglianza.	Per lo più abilitato
7	L'integrazione dei dati ha generato miglioramenti nella fornitura di cure e negli esiti per i pazienti,inclusa una riduzione del consumo di elementi accessori,dovuta all'eliminazione dei test ripetuti non necessari.	Per lo più abilitato
7	Capacità di integrare i dati provenienti da diverse fonti esterne di dati clinici (ad es. dati riferiti dal paziente, organizzazioni esterne, medico inviante, strumenti digitali mobili per la fornitura di cure virtuali) nel repository di dati dell'organizzazione per il tracciamento,il monitoraggio del progresso e le analisi di rischio,sia per pazienti singoli che per gruppi di pazienti.	Completamente abilitato
7	L'integrazione dei dati clinici con il personale medico inviante e incaricato dell'ammissione è supportata nell'intera organizzazione. Il personale medico inviante e quello incaricato dell'ammissione ha accesso ai seguenti dati del paziente: accesso ai documenti relativi alle visite,dati riferiti agli esiti/ai progressi del paziente,risultati di laboratorio,profilo farmacologico,stato allergico,dati di gestione degli ordini clinici,documenti relativi a interventi chirurgici/procedure,documenti relativi a diagnostica per immagini,notifiche relative al registro dei trattamenti farmacologici,notifiche in caso di allergie,altro.	Per lo più abilitato
7	I dati provenienti da fonti esterne sono attivati e integrati in modo completo nella cartella clinica elettronica (EMR) e sono disponibili per supportare le decisioni cliniche, sia come notifiche che come processi in background.	Completamente abilitato
7	I dati provenienti da fonti esterne sono attivati e integrati in modo completo nella cartella clinica elettronica (EMR) per offrire un flusso di lavoro ottimizzato ai medici che possono accedere ai documenti completi dei pazienti provenienti da organizzazioni o da fonti di dati esterne.	Completamente abilitato
7	Presenza di un'interfaccia bidirezionale di scambio di informazioni con un database nazionale dei pazienti nei paesi in cui esiste un repository nazionale.	Completamente abilitato
6	I dispositivi medici sono integrati nella cartella clinica elettronica (EMR) (ad es. dispositivi di monitoraggio).	Completamente abilitato
6	Tutte le raccolte di campioni sono documentate nella cartella clinica elettronica (EMR). La ricezione di campioni da parte del laboratorio è documentata elettronicamente.	Completamente abilitato
6	I documenti clinicamente rilevanti vengono scansionati e sono disponibili nel Repository di dati clinici (CDR) entro 24 ore.	Completamente abilitato
6	Lo scambio di informazioni sanitarie (HIE) permette che i dati strutturati o codificati provenienti da fonti esterne vengano integrati nel Repository di dati clinici (CDR); un'icona viene utilizzata per indicare che dei dati esterni sono disponibili per i team di medici.	Completamente abilitato
5	I team di cura offrono/forniscono prestazioni in telemedicina (ad es. monitoraggio telefonico, orientamento di cura) per supportare il monitoraggio, la visita e il trattamento a distanza del paziente, sia prima dell'ammissione che dopo le dimissioni.	Completamente abilitato
5	Le organizzazioni sono in grado di contribuire ai repository di dati nazionali e regionali (ad es. identificativi, nome, indirizzo, ecc.) per individuare quali professionisti sanitari hanno fornito i diversi tipi di servizi a uno specifico paziente.	Completamente abilitato
5	Presenza di interfacce bidirezionali verso scambi di informazioni sanitarie (HIE) esterni e registri esterni sia per gli aggiornamenti in entrata che in uscita.	Completamente abilitato
5	Presenza di messaggistica di testo sicura tra i medici per permettere la comunicazione e la collaborazione tra i team.	Per lo più abilitato
5	Il sistema elettronico (automatizzato/digitale) monitora costantemente uno o più indicatori clinici per tracciare lo stato di salute di ciascun paziente, includendo, in via esemplificativa ma non esaustiva, i parametri vitali e i valori di laboratorio, al fine di notificare automaticamente ai membri del team di cura eventuali rischi di deterioramento dello stato di salute del paziente.	Per lo più abilitato
5	Tracciamento della tempestività delle cure infermieristiche (ad es. prescrizioni di medicazione programmata) per esaminare l'efficienza del flusso di lavoro,la produttività e la qualità di cura per reparto,turno e singolo infermiere.	Completamente abilitato
5	Gli eventi di risposta rapida e gli eventi con codice dispongono di una strategia di documentazione definita, per registrare accuratamente gli interventi di cura.	Minimamente abilitato
5	Lo scambio di informazioni sanitarie (HIE) permette che i risultati provenienti da fonti esterne vengano integrati nel Repository di dati clinici (CDR); un'icona viene utilizzata per indicare che dei dati esterni sono disponibili per i team di medici.	Per lo più abilitato
4	Lo scambio di informazioni sanitarie (HIE) è disponibile per i team clinici provenienti da fonti esterne (ad es. farmaci, liste di criticità, riepilogo delle dimissioni, ecc.). I dati dei pazienti sono disponibili solo attraverso la ricerca in interscambi nazionali, regionali, locali o altro.	Completamente abilitato

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
4	Un registro di tutti i farmaci ordinati, nonché di quelli somministrati (sistema di registrazione elettronica dei farmaci (eMar)) per il paziente viene gestito in modalità basata sul paziente ed è disponibile all'interno della rete ospedaliera.	Completamente abilitato
3	Un'infrastruttura per scansioni nel punto di cura a bordo letto (per somministrazione di farmaci,sangue,ecc.) è installata in tutte le ubicazioni.	Per lo più abilitato
3	Le prescrizioni vengono riviste e verificate da un farmacista.	Completamente abilitato
3	Gli ordini computerizzati sono implementati con funzioni di supporto alle decisioni cliniche di base (ossia, ordini duplicati, interazioni tra farmaci, ecc.).	Completamente abilitato
3	I medici dispongono dell'accesso a distanza alle cartelle cliniche/ai dati/ai referti dei pazienti (ove permesso dalla politica aziendale).	Completamente abilitato
3	Accesso dei medici a fonti esterne di dati per scopi di istruzione e formazione.	Completamente abilitato
2	Accesso dei medici ai risultati e alle immagini attraverso il Repository di dati clinici (CDR) (immagini e scansioni, risultati di laboratorio).	Completamente abilitato
2	Presenza di un Repository di dati clinici (CDR) come repository singolo (può essere compilato come soluzione di un singolo fornitore o su diversi moduli software che agiscono come repository singolo).	Completamente abilitato
1	La farmacia utilizza notifiche interattive per la sicurezza farmacologica (ad es. ordini duplicati, interazioni tra farmaci, errori di dosaggio, ecc.).	Completamente abilitato
1	Il 90% o più degli esami di laboratorio (chimica clinica, microbiologia, molecolare, ecc.) vengono archiviati come dati strutturati e discreti e possono essere utilizzati per analisi sulle tendenze o come elementi di supporto alle decisioni cliniche.	Completamente abilitato
1	Il 90% o più dei risultati di laboratorio vengono archiviati in modalità basata sul paziente e sono disponibili all'interno della rete ospedaliera.	Completamente abilitato
1	Il 90% o più delle immagini non-DICOM vengono archiviate in modalità basata sul paziente e sono disponibili all'interno della rete ospedaliera.	Completamente abilitato
1	Il 90% o più delle immagini DICOM vengono archiviate in modalità basata sul paziente all'interno della rete ospedaliera.	Completamente abilitato
1	Sistema informativo di cardiologia - Le richieste vengono inserite manualmente o elettronicamente nel sistema di cardiologia. I referti vengono abbinati alle richieste e distribuiti al medico ordinante.	Completamente abilitato
1	Sistema informativo di farmacia - Le prescrizioni vengono inserite manualmente o elettronicamente nel sistema di gestione della farmacia al fine di aggiornare l'inventario di controllo delle scorte.	Completamente abilitato
1	Sistema informativo di radiologia - Le richieste vengono inserite manualmente o elettronicamente nel sistema di radiologia. I referti vengono abbinati alle richieste e distribuiti al medico ordinante.	Completamente abilitato
1	Sistema informativo di laboratorio - Le richieste vengono inserite manualmente o elettronicamente nel sistema di laboratorio. I risultati vengono abbinati alle richieste e distribuiti al medico ordinante.	Completamente abilitato

Legenda dei colori
Aree di miglioramento complessivo del Livello EMRAM
Aree di miglioramenti del Livello in quell'area di interesse
Lacuna relativa ai requisiti minimi per raggiungere il Livello EMRAM 7

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Coinvolgimento dei pazienti

Il coinvolgimento del paziente è definito come la soddisfazione e la realizzazione delle esigenze, dei valori e degli obiettivi sanitari personalizzati dei singoli pazienti, offrendo loro la possibilità di scegliere l'erogazione delle cure--comprese le visite di assistenza virtuali e digitali, la telemedicina e/o l'autogestione digitale. Ognuno di questi tipi di modelli di erogazione delle cure varia ampiamente tra i sistemi sanitari globali, ma ciascuna di queste opzioni di erogazione delle cure coinvolge i pazienti in misura variabile.

L'assistenza abilitata digitalmente è definita come l'offerta di opzioni di assistenza che offrono un coinvolgimento significativo tra fornitori e pazienti, supportato da solidi ambienti di assistenza abilitati digitalmente in cui il coinvolgimento dei pazienti è dinamico, in cui viene offerta ai pazienti la scelta in merito a come interagire e connettersi con i team dei fornitori e in cui viene supportato un processo decisionale basato sui dati. Il coinvolgimento dei pazienti prende in considerazione una gamma di opzioni digitali (ad es., strumenti online, dispositivi portatili) per l'accesso agli approcci di assistenza ovunque, o delle applicazioni che consentono il supporto on-demand per la salute e il benessere.

Livello raggiunto	4	
Risultato percentuale	60%	
Livello 7	49%	Livello non raggiunto
Livello 6	66%	Livello non raggiunto
Livello 5	75%	Livello non raggiunto
Livello 4	100%	Livello raggiunto
Livello 3	N/A	Non applicabile
Livello 2	N/A	Non applicabile
Livello 1	N/A	Non applicabile

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

Opportunità

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	Prima della dimissione del paziente una serie di programmi di di cura personalizzati, strutturati e documentati vengono analizzati con il paziente e/o con le figure associate di supporto costante alla cura (familiari, tutori o fornitori di assistenza post-dimissioni), per la definizione degli obiettivi di salute personali stabiliti dai singoli pazienti in cooperazione con il team di cura e basati sui loro bisogni, valori e sulle specifiche circostanze di vita con considerazione dei determinanti sociali della salute (SDOH).	Per lo più abilitato
7	Attraverso l'uso di app digitali e del portale online i pazienti hanno accesso in tempo reale a flussi di dati per supportare il progresso verso gli obiettivi di salute,offrire una documentazione dettagliata del percorso/programma di cura,conoscere i prodotti terapeutici utilizzati (ad es. impianti,farmaci) per supportare le decisioni di gestione della loro salute e del loro benessere.	Per lo più abilitato
7	È disponibile un servizio di messaggistica sicura con i team clinici durante l'ammissione ospedaliera,per connettere efficacemente i pazienti al proprio team di cura durante l'ospedalizzazione.	Abbastanza abilitato
7	I pazienti possono utilizzare strumenti/tecnologie digitali per connettersi, in tempo reale, ai sistemi clinici e ai team di cura (ad es. con una "persona di contatto"/un professionista/un addetto all'orientamento) ai quali chiedere supporto in merito alla propria salute,per la comunicazione degli esiti,per l'ottenimento di informazioni sui processi di cura durante l'ammissione ospedaliera e durante la transizione alla cura ambulatoriale.	Abbastanza abilitato
7	L'organizzazione valuta gli strumenti e le tecnologie digitali (ad es. dispositivi indossabili,dispositivi,applicazioni) in base alla facilità d'uso per i pazienti e classifica il loro livello di utilizzo.	Abbastanza abilitato

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	Gli strumenti e le infrastrutture digitali tracciano e monitorano i processi di cura e i prodotti utilizzati nel trattamento, in relazione agli esiti individuali, e permettono di progredire verso gli obiettivi di salute e benessere del paziente, in tutti gli ambiti di cura per i pazienti ricoverati.	Non abilitato
7	La comunicazione degli eventi avversi è automatizzata (ad es. individuazione del lotto e della partita dei singoli prodotti per permettere al fornitore di effettuare una tracciabilità globale), collegata ai singoli pazienti che comunicano esiti avversi e in grado di tracciare il rischio potenziale di eventi avversi, per supportare un rapido intervento e migliorare la qualità e la sicurezza degli esiti in tutti gli ambiti di cura.	Minimamente abilitato
7	Una serie di strumenti digitali, tecnologie e piattaforme di tipo personalizzato (ad es. virtuali, online in tempo reale, indossabili) supportano l'auto-gestione della salute e del benessere del consumatore,nonché un accesso efficace ai professionisti sanitari,quando e dove necessario,utilizzando uno strumento di messaggistica/comunicazione sicuro.	Abbastanza abilitato
7	I pazienti sono in grado di comunicare gli esiti, fornire un feedback utilizzando gli strumenti digitali durante l'ammissione ospedaliera,per tutti i programmi relativi ai pazienti ricoverati.	Minimamente abilitato
7	Tasso degli esiti comunicati dai pazienti (ad es. percentuale di pazienti che utilizza gli strumenti digitali per l'auto-gestione e che comunica gli esiti sanitari,gli eventi avversi o che interagisce con i team sanitari utilizzando strumenti digitali).	Minimamente abilitato
7	Il tasso di utilizzo (ad es. % di pazienti) relativo all'uso degli strumenti digitali (ad es. dispositivi mobili,app per smartphone,pannelli di controllo,tablet) per l'auto-gestione della cura e per la comunicazione degli esiti sanitari è oggetto di tracciamento e rendicontazione.	Per lo più abilitato
7	Prevalenza di pazienti affetti da condizioni croniche che accedono ai propri documenti sanitari nell'intera organizzazione (indicata come percentuale di pazienti presenti nel registro di una condizione cronica che accedono ai propri documenti sanitari).	Per lo più abilitato
6	I pazienti possono accedere online a materiali educativi specificamente correlati alle procedure o ai problemi di diagnostica per immagini (ad es. per informarli in merito a potenziali rischi o benefici dei futuri trattamenti o delle procedure di diagnostica per immagini).	Completamente abilitato
6	I pazienti possono accedere online alle immagini di radiologia e cardiologia create dall'organizzazione.	Completamente abilitato
6	Una serie di strumenti di infrastruttura digitale sono progettati per supportare e creare conoscenze in ambito sanitario per i consumatori; ai consumatori vengono fornite risorse, conoscenze e gli strumenti necessari per poter auto-gestire con fiducia la propria salute e il proprio benessere.	Minimamente abilitato
6	I pazienti ricevono avvisi, promemoria e notifiche a distanza, collegati al percorso/ai programmi di cura per supportare le decisioni nell'ambito dell'auto-gestione del paziente per il progresso verso il raggiungimento degli obiettivi di salute.	Minimamente abilitato
6	La soddisfazione del paziente viene misurata in relazione alla facilità d'uso degli strumenti digitali (ad es. dispositivi mobili,app per smartphone,pannelli di controllo,tablet) per l'auto-gestione della cura (il denominatore può essere rappresentato dal numero di dimissioni annue,dal numero di visite del paziente annue,ecc.)	Minimamente abilitato
6	Percentuale di pazienti che selezionano/utilizzano/accedono alle visite di cura virtuale/agli appuntamenti di tele-medicina. Possibilità di rendicontazione del numero di visite di cura virtuale nei 12 mesi precedenti per tutte le aree che utilizzano la cura virtuale.	Completamente abilitato
6	La prevalenza di pazienti che accedono ai propri documenti sanitari nell'intera organizzazione è oggetto di tracciamento e rendicontazione (indicata come percentuale di tutti i pazienti attivi).	Minimamente abilitato
6	Ai pazienti viene offerto un servizio di messaggistica sicura per supportare la comunicazione tra il paziente e il team sanitari.	Minimamente abilitato
6	I dati dei pazienti provenienti da dispositivi indossabili, impianti e altri dispositivi digitali vengono raccolti e trasformati in conoscenze e informazioni per supportare le decisioni del paziente e del caregiver e per gestire la salute e il benessere del paziente.	Completamente abilitato
6	I pazienti possono inviare i dati relativi agli esiti auto-segnalati e sono in grado di aggiornare i dati del loro stato di salute personale online (ad es. conformità farmacologica, auto-valutazione del rischio, caricamento di immagini clinicamente rilevanti), nonché di comunicare i progressi nei percorsi di cura o nelle terapie (ad es. i pazienti possono documentare la loro esecuzione delle azioni o delle raccomandazioni prescritte).	Completamente abilitato
6	È disponibile un portale dedicato ai pazienti, attraverso il quale essi possono accedere a un sottogruppo di dati clinici, che includono lo stato alla dimissione, i risultati, i documenti, la lista degli attuali farmaci, una serie di strumenti/risorse di formazione, ecc.	Completamente abilitato
6	La soddisfazione del paziente viene misurata con l'uso di strumenti digitali (ad es. dispositivi,app,portali su web) che permettono di effettuare una profilazione dell'esperienza del paziente durante l'ospedalizzazione e al momento della dimissione.	Per lo più abilitato
5	I pazienti possono accedere ai propri documenti sanitari attraverso una serie di programmi di cura o di team sanitari.	Per lo più abilitato
5	I pazienti hanno accesso a strumenti digitali per il monitoraggio dello stato di salute, inclusi dispositivi per il tele-monitoraggio di specifiche patologie (ad es. elettrocardiogramma, glicemia, tabelle di riferimento) per le seguenti condizioni: diabete, ipertensione,	Per lo più abilitato

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
	insufficienza cardiaca, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), insufficienza renale.	
5	I pazienti ricevono, dopo le dimissioni, una serie di promemoria per il mantenimento della salute, attraverso notifiche e avvisi automatizzati (ad es. ai pazienti viene ricordato lo svolgimento di attività di prevenzione come la cura della ferita, le visite di follow-up e gli appuntamenti terapeutici, nonché le nuove ordinazioni o i promemoria relativi a farmaci).	Per lo più abilitato
4	Ai pazienti viene fornito l'accesso online a informazioni sanitarie standardizzate e non personalizzate (ad es. contenuti educativi,valutazioni del rischio,formazione sanitaria).	Completamente abilitato

Legenda dei colori
Aree di miglioramento complessivo del Livello EMRAM
Aree di miglioramenti del Livello in quell'area di interesse
Lacuna relativa ai requisiti minimi per raggiungere il Livello EMRAM 7

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Analisi dell'assistenza sanitaria (Healthcare Analytics) e misurazione dei risultati/esiti

Le prestazioni del sistema sanitario sono ottimizzate quando i dati clinici e operativi vengono trasformati in conoscenze e informazioni che supportano le decisioni incentrate sui migliori risultati possibili per i pazienti e sull'ottimizzazione della performance dell'organizzazione. I miglioramenti sostenibili e verificabili della performance del sistema sanitario richiedono analisi e misure dei risultati per tenere traccia dei risultati di qualità e sicurezza per i pazienti e dei risultati delle prestazioni operative per l'organizzazione. Ciò include - a titolo esemplificativo ma non esaustivo - i risultati e l'impatto clinici,operativi e finanziari. Gli strumenti di analisi sono in grado di trasformare i dati in conoscenze,competenze e informazioni per assumere decisioni informate. I risultati includono qualità,sicurezza,efficienza,produttività e altri risultati della performance operativa.

Livello raggiunto	1	
Risultato percentuale	75%	
Livello 7	80%	Livello non raggiunto
Livello 6	65%	Livello non raggiunto
Livello 5	27%	Livello non raggiunto
Livello 4	41%	Livello non raggiunto
Livello 3	75%	Livello raggiunto
Livello 2	56%	Livello non raggiunto
Livello 1	100%	Livello raggiunto

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

Opportunità

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	I tassi relativi agli errori farmacologici sono oggetto di rendicontazione periodica (ad es. trimestrale, annuale) per permettere ai team di programmazione di documentare le tendenze.	Completamente abilitato
7	Farmacia: una procedura di revisione critica relativa agli errori farmacologici è ben consolidata, analizzata e comunicata ai reparti di cura dei pazienti, per supportare gli interventi della struttura volti a rafforzare la sicurezza e la qualità dei farmaci per la cura dei pazienti in tutti i team terapeutici.	Per lo più abilitato
7	Farmacia: le analisi relative agli errori farmacologici vengono comunicate al Comitato di livello dirigenziale per la qualità e la sicurezza al fine di supportare le decisioni che permettono di promuovere la qualità e la sicurezza in tutta l'organizzazione.	Per lo più abilitato
7	Farmacia: gli errori farmacologici vengono sottoposti a rendicontazione online, le analisi permettono il tracciamento e il monitoraggio degli errori farmacologici collegati agli esiti per i pazienti in tutta l'organizzazione e comunicati regolarmente agli ambiti di cura dei pazienti.	Per lo più abilitato
7	Farmacia: farmaci usati a domicilio o di tipo alternativo che il paziente porta con sé o gestiti in base alla politica aziendale applicata. Nel caso in cui i farmaci portati da casa siano permessi e somministrati (dall'infermiere o dal paziente),essi seguono la stessa procedure applicabile ai farmaci dispensati dalla farmacia.	Per lo più abilitato
7	Farmacia: gli infermieri hanno accesso ai farmaci prescritti a bordo letto, con una verifica basata su sistemi tecnologici per controllare la correttezza del farmaco, della dose, del paziente, della tempistica e della modalità di somministrazione.	Per lo più abilitato
7	Farmacia: vengono utilizzate tecnologie per tracciare e monitorare i farmaci ricevuti sfusi e successivamente confezionati, mantenendo la tracciabilità dal fornitore al paziente in modo ben definito e supportato da un certo livello di automazione.	Non abilitato
7	Farmacia: i medici e/o i farmacisti hanno la possibilità di non rispettare una prescrizione medica (ad es. se considerata non sicura, inappropriata). Tutte le situazioni di mancato rispetto sono riviste e analizzate per individuare tendenze o schemi relativi ai fattori che	Completamente abilitato

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
	contribuiscono al mancato rispetto e quindi comunicate alla dirigenza, per supportare le decisioni inerenti la qualità e la sicurezza relative al processo di mancato rispetto.	
7	Farmacia: gli ordini modificati o le raccomandazioni di modifica degli ordini vengono comunicati al medico che ha prescritto il farmaco e le modifica degli ordini viene documentata nella cartella clinica elettronica (EMR) per tutti gli ambiti di cura dei pazienti.	Completamente abilitato
7	Farmacia: il profilo farmacologico (sistema di registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR)/ sistema di prescrizione e somministrazione elettronica dei farmaci (EPMA)) viene automaticamente aggiornato in base alle prescrizioni e alle somministrazioni.	Per lo più abilitato
7	Farmacia: presenza di sistemi per la riduzione degli errori farmacologici (errori di dosaggio, modalità di somministrazione, tempistica, etichettatura incorretta in caso di nuovo confezionamento, erronea localizzazione di stoccaggio, ecc.) con danno e prescrizione, somministrazione e erogazione.	Completamente abilitato
7	Farmacia: tutti gli ordini di farmaci vengono verificati digitalmente dall'idoneo professionista certificato,prima di essere dispensati.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: la diagnostica per immagini aziendale è eseguita. Essa è definita come una "serie di strategie, iniziative e flussi di lavoro implementati in un'azienda sanitaria al fine di raccogliere,gestire,archiviare,distribuire,visualizzare,scambiare e analizzare in modo coerente e ottimale tutte le immagini cliniche e i contenuti multimediali per il miglioramento della cartella sanitaria elettronica".	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: l'organizzazione è in grado di dimostrare le funzionalità di supporto alla decisione clinica nell'ambito della diagnostica per immagini radiologica e cardiologica al fine di supportare il miglioramento dell'efficienza,della sicurezza o della qualità della cura.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: le dosi di radiazioni vengono costantemente monitorate per garantire la dose minima per ogni esame.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: gli specialisti hanno la possibilità di utilizzare il riconoscimento vocale per registrare le analisi e i referti relativi alla diagnostica per immagini.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: i risultati rilevanti vengono registrati come elementi di dati discreti (ad es. dimensione di una massa potenzialmente maligna) e trasferiti automaticamente all'interno dei referti.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: il software permette l'assegnazione di priorità a esami/revisioni di immagini radiologiche e cardiologiche sulla base dell'urgenza,al fine di minimizzare il tempo di consegna dei referti.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: gli utenti medici autorizzati dall'organizzazione (aree relative ai pazienti ricoverati e ai pazienti ambulatoriali) possono consultare e visualizzare le immagini radiologiche e cardiologiche attraverso il proprio sistema primario.	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: le immagini/i video non-DICOM vengono archiviati e possono essere consultati digitalmente dai medici (ad es. immagini/video in formati quali PDF, MPEG, JPEG, AVI, PNG, generati da dispositivi come macchine fotografiche digitali, smartphone, endoscopi, ecc.).	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: il sistema elettronico supporta la conferma del completamento dell'acquisizione/dell'esame dell'immagine e i risultati automatizzati vengono trasmessi al medico responsabile. (ossia,comunicazione di ordini e risultati/gestione dello stato).	Completamente abilitato
7	Diagnostica per immagini: tutti gli ordini vengono trasferiti e consultati in modalità elettronica, affinché possano essere verificati prima di sottoporre il paziente alla procedura.	Completamente abilitato
7	Banca del sangue: il sangue conservato al di fuori della banca del sangue è gestito dalla banca del sangue e i relativi standard vengono applicati per mappare l'ordine relativo al prodotto emoderivato al paziente e al prodotto stesso.	Per lo più abilitato
7	Banca del sangue: se il sangue deve essere nuovamente confezionato (unità di terapia intensiva neonatale - NICU) è presente una procedura che garantisce che il nuovo confezionamento abbia gli stessi elementi identificativi della confezione originale del prodotto.	Completamente abilitato
7	Banca del sangue: le procedure della banca del sangue permettono di collegare la somministrazione di prodotti emoderivati agli esiti dei pazienti per tutte le aree di cura dei pazienti. Possibilità di effettuare la rendicontazione del numero di errori senza danno e di errori con danno per gli ultimi 12 mesi.	Completamente abilitato
7	Banca del sangue: vengono utilizzate tecnologie per abbinare l'ordine del paziente al corretto emoderivato (ad es. scansione del codice a barre,codice QR,tag RFID del prodotto emoderivato,ecc.). Il tasso di errore relativo al corretto abbinamento del prodotto con l'ordine del paziente viene tracciato per tutti i programmi di cura dei pazienti.	Completamente abilitato
7	Laboratorio: vengono utilizzate tecnologie per abbinare il campione/l'esemplare con l'ordine del paziente (ad es. scansione al momento della ricezione) per documentare l'elaborazione tempestiva dei campioni di laboratorio. Il tasso di “prelievi ripetuti” (ripetizione della raccolta di campioni dovuta a ritardi,ad es. ricezione tardiva dei campioni,coagulazione dei campioni ematici,risultati non conclusivi) viene tracciato e monitorato per il miglioramento della qualità per tutti i programmi di cura dei pazienti.	Completamente abilitato

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	Laboratorio: i campioni/gli esemplari vengono individuati e tracciati al punto di raccolta utilizzando una registrazione tecnologica dei dati (ad es. codice a barre, codice QR, tag RFID, ecc.) per le procedure svolte al punto di raccolta.	Completamente abilitato
7	I medici possono accedere ai documenti medici di diagnostica per immagini e alle immagini stesse all'interno della cartella clinica elettronica (EMR) del paziente,sia direttamente che attraverso un link sensibile al contesto per tutti i programmi di cura dei pazienti.	Completamente abilitato
7	I medici ricevono notifiche operative che permettono un intervento attivo per la riduzione dei rischi.	Completamente abilitato
7	I moduli strutturati utilizzano dati discreti per supportare le decisioni cliniche (CDS) o i set di trattamento predefiniti, che vengono registrati nel Repository di dati clinici (CDR) come dati discreti per tutti i programmi di cura dei pazienti.	Completamente abilitato
7	I medici contribuiscono alla progettazione e all'utilizzo di moduli strutturati per documentare i resoconti di dimissione.	Per lo più abilitato
7	Le valutazioni del rischio in ambito infermieristico supportano la fornitura della cura per garantire che i pazienti considerati a rischio elevato ricevano cure preventive atte a ridurre il rischio e che i pazienti considerati a rischio ridotto ricevano cure appropriate ai bisogni terapeutici di basso rischio. La fornitura della cura è standardizzata per garantire la mitigazione del rischio.	Per lo più abilitato
7	I medici contribuiscono alla progettazione e all'utilizzo di moduli strutturati per documentare le note in occasione delle consultazioni.	Per lo più abilitato
7	I medici contribuiscono alla progettazione e all'utilizzo di moduli strutturati per documentare l'anamnesi e gli esami medici.	Completamente abilitato
7	I medici contribuiscono alla progettazione e all'utilizzo di moduli strutturati per documentare le note operative per tutte le procedure.	Completamente abilitato
7	I medici utilizzano moduli strutturati per documentare le note relative ai progressi quotidiani per tutti i programmi di cura dei pazienti.	Per lo più abilitato
7	La documentazione dei medici utilizza moduli strutturati per tutti i programmi terapeutici per i pazienti al fine di garantire una documentazione completa e accurata della cura fornita dal medico ai pazienti.	Per lo più abilitato
7	I set di trattamento predefiniti basati su prove (sviluppati a livello interno o da soggetti terzi specificamente per questa organizzazione) vengono valutati dalla dirigenza clinica in relazione ai risultati di qualità e sicurezza e al fine di personalizzare i percorsi a supporto dei risultati di qualità.	Per lo più abilitato
7	I medici possono inserire gli ordini a distanza, eccetto nel caso in cui ciò non sia permesso dalla politica aziendale. La prevalenza degli ordini medici a distanza è la seguente:	Completamente abilitato
7	L'organizzazione ha implementato la funzionalità di gestione degli ordini clinici per la registrazione di tutti gli ordini di cura relativi ai pazienti in tutti i programmi di somministrazione delle cure.	Completamente abilitato
7	Gli infermieri possono registrare i farmaci per la rianimazione su supporto cartaceo, ma devono documentare i farmaci somministrati nel sistema di registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR) al momento del trasferimento del paziente a un altro reparto (ad es. unità di terapia intensiva (ICU)).	Per lo più abilitato
7	Anche le discipline cliniche collaterali vengono registrate nel sistema: assistenza spirituale, terapia occupazionale, terapia respiratoria, fisioterapia, assistenza sociale, team per la cura della salute mentale, assistenza domiciliare, staff di collegamento per cure a lungo termine.	Per lo più abilitato
7	I processi di riconciliazione della terapia farmacologica si verificano al momento dell'ammissione,della dimissione e dei trasferimenti di reparto,includendo la riconciliazione relativa a farmaci da assumere/riprendere a domicilio dopo le dimissioni.	Completamente abilitato
7	Gli infermieri completano la documentazione nella cartella clinica elettronica (EMR) per tutti i seguenti elementi: parametri vitali (verificati dagli infermieri se i monitor sono interfacciati), diagrammi di flusso (equilibrio dei fluidi, trasfusione sanguigna), note degli infermieri, valutazioni del rischio, programmi di cura-diagnosi degli infermieri, sistema di registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR).	Per lo più abilitato
7	I farmaci vengono somministrati nel rispetto dei percorsi clinici o dei set di trattamento basati sui protocolli di gruppo precedentemente definiti. (ad es. analgesici semplici, anticoagulanti in caso di tromboembolismo venoso (TEV) e antibiotici pre-operatori.)	Minimamente abilitato
7	Gli errori in ambito farmacologico sono comunicati dai membri del team di cura e monitorati periodicamente dalla dirigenza clinica (o dai team di qualità e sicurezza) per tutti i programmi clinici, per supportare le iniziative di qualità e sicurezza correlate alla sicurezza farmacologica.	Minimamente abilitato
7	Tutte le situazioni in cui il sistema di registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR) non viene rispettato sono documentate in tutti gli ambiti clinici con la richiesta di una giustificazione specifica del mancato rispetto.	Per lo più abilitato
7	Tutti i farmaci somministrati al paziente vengono verificati nel sistema di registrazione elettronica della somministrazione di farmaci (eMAR) presso il punto di cura e automaticamente registrati nel profilo farmacologico del paziente, che viene in tal modo aggiornato.	Per lo più abilitato

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	A bordo letto, tutti gli infermieri utilizzano la tecnologia per individuare il paziente e il farmaco (tutti i tipi di farmaci), creando in tal modo una corrispondenza che confermi almeno 5 diritti di somministrazione medica. Le notifiche e gli avvisi indicano una mancata corrispondenza.	Per lo più abilitato
7	Presenza di un programma per il tracciamento dell'uso da parte del medico della cartella clinica elettronica (EMR) per migliorare l'efficienza,ridurre le tempistiche e aumentare l'efficacia.	Per lo più abilitato
7	Presenza di una funzionalità per istologia/anatomia patologica che sostituisce i vetrini per campioni con informazioni generate a partire da vetrini per campioni digitalizzati.	Completamente abilitato
7	Il latte artificiale ordinato nell'unità di terapia intensiva neonatale (NICU) viene scansionato a bordo letto per verificare che il prodotto corrisponda ai bisogni nutrizionali dell'ordine prima di essere somministrato.	Non abilitato
7	Un sistema informativo per anestesia è operativo, in uso e interfacciato con la cartella clinica elettronica (EMR).	Per lo più abilitato
7	Le pompe intelligenti si interfacciano direttamente con la cartella clinica elettronica (EMR) utilizzando un'interfaccia bidirezionale.	Abbastanza abilitato
7	Le valutazioni infermieristiche e i programmi di cura sono supportati dalle scansioni effettuate a bordo letto per automatizzare la raccolta dei dati. (ad es. scansione di codice a barre o RFID per il monitoraggio del glucosio nel sangue, apparecchi per emogasanalisi, materassi speciali, pompe per infusione, ecc.).	Completamente abilitato
7	Presenza di una fase procedurale di time-out per garantire la sicurezza del paziente.	Completamente abilitato
7	I processi di governance clinica utilizzano i dati per gestire i flussi di lavoro, i contenuti, gli avvisi e l'impatto e il carico di lavoro per tutti i membri dello staff clinico.	Completamente abilitato
7	I documenti clinicamente rilevanti (ad es. documentazione della striscia ECG, documentazione del codice) vengono scansionati e risultano disponibili nella cartella clinica elettronica (EMR) entro 24 ore dal momento della creazione.	Completamente abilitato
7	La strategia relativa alla governance dei dati viene valutata su base annuale in relazione a privacy, sicurezza e integrità dei dati per supportare il tracciamento e il monitoraggio degli esiti dei pazienti per tutti i programmi clinici e della performance dell'organizzazione.	Per lo più abilitato
7	Presenza di un accordo della dirigenza relativo a una strategia di analisi documentate che implementino e generino gli esiti per tutti i programmi strategici.	Per lo più abilitato
7	Le analisi avanzate sono utilizzate per tracciare gli esiti relativi al progresso del paziente e per individuare e supportare attivamente le decisioni di riduzione dei rischi. Può trattarsi, ad esempio, di: sepsi, rischio di riammissione basato sui parametri vitali e/o sui risultati di laboratorio.	Completamente abilitato
7	Il personale ha accesso agli strumenti self-service di presentazione dei dati (ad es. redattori dei documenti, pannelli di controllo a livello di reparto e percorsi di salute personalizzati) che permettono il tracciamento degli esiti di salute per i pazienti e i team clinici.	Completamente abilitato
7	Una strategia convalidata di mobilizzazione dei dati permette il tracciamento degli esiti relativi alla qualità, alla sicurezza del paziente e al costo di ogni programma.	Abbastanza abilitato
7	Il tracciamento degli esiti del paziente supporta le decisioni di personalizzare la fornitura delle cure al fine di rafforzare il progresso del paziente verso gli obiettivi di salute e gli esiti desiderati.	Minimamente abilitato
7	La mobilizzazione dei dati individua attivamente i rischi per i pazienti e fornisce avvisi automatizzati per indicare ai team clinici la necessità di intervento per ridurre i rischi e rafforzare gli esiti.	Minimamente abilitato
7	I dati provenienti da fonti esterne (ad es. pazienti – dispositivi indossabili, strumenti digitali, registri professionali delle imprese, dati dei piani sanitari, dati relativi alla qualità vita-lavoro per il personale, dati relativi agli esiti comunicati dai pazienti) vengono mobilizzati e integrati nelle analisi per documentare gli esiti a livello del paziente e del programma al fine del tracciamento della performance.	Minimamente abilitato
7	L'analisi avanzata dei dati viene utilizzata per migliorare gli esiti clinici per i pazienti che soffrono di una o più condizioni croniche.	Per lo più abilitato
7	I dati vengono utilizzati per misurare la performance su tutte le piattaforme strategiche (ad es. performance del miglioramento della qualità, miglioramento dell'impatto dei costi).	Completamente abilitato
7	Gli esiti migliorati vengono documentati in 3 casi di studio basati sui dati, che raccolgono una chiara definizione degli esiti relativi al caso, l'evidenza dell'importanza e della rilevanza degli esiti selezionati e i dati che illustrano l'impatto e il valore degli interventi del caso per i pazienti,la forza lavoro e l'organizzazione quando gli interventi per il miglioramento o il rafforzamento della performance vengono implementati.	Non abilitato

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
6	I processi di gestione dei dati includono strategie per rafforzare la validità (ad es. i dati vengono normalizzati per includere il valore e la gamma normale in base al dato, alla data di standardizzazione, ecc.).	Completamente abilitato
6	I dati operativi e finanziari sono utilizzati per tracciare la performance degli indicatori relativi agli esiti clinici. Ad es. l'organizzazione comprende le implicazioni relative al costo e alla lunghezza della degenza presenti nella riduzione delle infezioni nosocomiali.	Completamente abilitato
6	I rischi associati agli esiti vengono sottoposti a tracciamento per supportare le priorità di qualità e sicurezza nell'ambito dei programmi di miglioramento del servizio (ad es. lunghi tempi di attesa dei pazienti nel pronto soccorso.).	Completamente abilitato
6	Gli infermieri e i professionisti di discipline sanitarie collaterali ricevono notifiche e avvisi elettronici per la prevenzione del danno potenziale (ad es. cambio del catetere foley, riposizionamento della linea periferica, controllo della medicazione della linea centrale).	Abbastanza abilitato
6	Il Comitato per la governance clinica viene formato e lavora in stretta collaborazione con la governance dei dati, per ottimizzare la raccolta degli esiti di cura clinica al fine di individuare le priorità relative a qualità e sicurezza.	Per lo più abilitato
6	I report relativi alle analisi sono disponibili in un repository comune e a disposizione del personale di prima linea, ove necessario in base alla politica degli accessi.	Per lo più abilitato
6	La governance delle analisi valuta attivamente i dati relativi agli esiti per individuare i necessari cambiamenti.	Per lo più abilitato
6	La qualità dei dati relativi agli esiti viene gestita (tempestività, completezza e precisione) da dirigenti clinici, operativi e finanziari.	Abbastanza abilitato
6	I tassi relativi alla riammissione vengono monitorati per tutte le condizioni dei pazienti (tendenza in un periodo di 12 mesi.)	Per lo più abilitato
6	Tassi relativi a eventi gravi (never events)/eventi sentinella nell'organizzazione e tendenza in un periodo di 12 mesi (ad es. intervento chirurgico in sito erroneo,somministrazione di un farmaco attraverso modalità erronea,incompatibilità di trasfusione/trapianto).	Abbastanza abilitato
6	I tassi relativi a eventi avversi associati a processi di cura ad alto rischio vengono tracciati in base ai seguenti elementi: errori di anticoagulazione/eventi avversi, errori di insulina/eventi avversi, errori di sedazione cosciente/eventi avversi, uso incorretto di emoderivati, errori di medicazione endovenosa/eventi avversi.	Abbastanza abilitato
6	Gli errori clinici che si verificano nei servizi ambulatoriali specialistici (ad es. dialisi, centri infusionali) vengono registrati elettronicamente e mostrati come tendenza su un periodo continuativo di 12 mesi.	Minimamente abilitato
6	Tassi relativi a eventi avversi (errori medici, di qualunque tipo)/giornata del paziente (ricoverato) e tendenza nel periodo di 12 mesi.	Abbastanza abilitato
6	L'organizzazione può comunicare i tassi relativi all'accesso dei pazienti alle cure sulla base del tipo di accesso - telemedicina,visite virtuali,visite di persona o servizi online.	Abbastanza abilitato
6	Tassi relativi all'accesso dei pazienti all'appuntamento con il professionista sanitario (ad es. online,virtuali,di telemedicina,di persona) nelle 24 ore.	Abbastanza abilitato
5	La governance delle analisi dispone di dati raccolti relativi agli esiti...numeratori, denominatori, risoluzione di punti di dati da molteplici fonti.	Abbastanza abilitato
5	L'efficacia dei set di trattamento predefiniti,dei moduli personalizzati e della narrativa strutturata viene sottoposta a revisione da parte di un Comitato per la governance clinica.	Abbastanza abilitato
5	I target di soddisfazione del paziente supportano i programmi di miglioramento del servizio in ciascuna area clinica, ad es. chirurgia, medicina, pazienti ricoverati, pazienti ambulatoriali.	Minimamente abilitato
5	I programmi clinici hanno stabilito un target per gli esiti del programma e presentano una rendicontazione annua sul raggiungimento di tali target.	Non abilitato
4	Il Comitato per la governance clinica dispone di un processo per la valutazione dell'efficacia e della conformità con i set di trattamento predefiniti e l'orientamento di supporto alle decisioni cliniche.	Minimamente abilitato
4	I target di soddisfazione del paziente vengono individuati per ciascun programma clinico e/o per specifici gruppi di segmenti di pazienti, ad es. pazienti ricoverati, pazienti con trattamento giornaliero, pazienti ambulatoriali, pazienti di pronto soccorso.	Minimamente abilitato
4	Il Comitato per la governance clinica dispone di un processo per l'individuazione e la misurazione degli esiti clinici.	Per lo più abilitato
3	Il Comitato per la governance clinica valuta costantemente l'efficacia delle opportunità di supporto alle decisioni cliniche.	Abbastanza abilitato
3	Le attività di rendicontazione sono disponibili a livello di reparto, divisione e intera azienda. Ad esempio: Pronto soccorso, Divisione di chirurgia, Ospedale.	Completamente abilitato

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
2	Le politiche e le procedure per il controllo della scansione dei documenti sono definite da comitati. (Gruppi multi-disciplinari)	Abbastanza abilitato
2	Le politiche e le procedure per controllare le scansioni effettuate a bordo letto sono sviluppate da gruppi multi-disciplinari.	Abbastanza abilitato
2	Le opportunità di supporto alle decisioni cliniche vengono definite da comitati (gruppi multi-disciplinari).	Per lo più abilitato
1	I reparti effettuano la rendicontazione della propria performance operativa e finanziaria.	Completamente abilitato

Legenda dei colori
Aree di miglioramento complessivo del Livello EMRAM
Aree di miglioramenti del Livello in quell'area di interesse
Lacuna relativa ai requisiti minimi per raggiungere il Livello EMRAM 7

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Gestione della resilienza

La gestione della resilienza si occupa della protezione delle tecnologie informatiche contro l'accesso non autorizzato o la modifica delle informazioni, sia in ambito di archiviazione, elaborazione o transito, sia contro gli attacchi di tipo "denial of service" che impediscono agli utenti autorizzati di accedere alla rete e ai sistemi, comprese le misure necessarie per rilevare, documentare e contrastare tali minacce. Si occupa anche della protezione e del mantenimento della riservatezza, integrità, disponibilità e responsabilità dei dati. Gli strumenti utilizzati per abilitare le funzionalità di gestione della resilienza possono includere crittografia, firewall, autenticazione "single sign-on", filtri spam/spyware, applicazioni anti-virus/anti-malware, ecc.

Livello raggiunto	1	
Risultato percentuale	57%	
Livello 7	28%	Livello non raggiunto
Livello 6	46%	Livello non raggiunto
Livello 5	79%	Livello raggiunto
Livello 4	70%	Livello raggiunto
Livello 3	95%	Livello raggiunto
Livello 2	67%	Livello non raggiunto
Livello 1	75%	Livello raggiunto

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

Opportunità

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	Le interruzioni dei servizi che causano la creazione di documenti durante i tempi di inattività vengono misurate dal numero di documenti redatti nei tempi di inattività scansionati nella cartella clinica elettronica (EMR).	Non abilitato
7	Un programma di comunicazioni delinea chiaramente quando implementare o meno delle procedure relative ai tempi di inattività.	Non abilitato
7	L'organizzazione svolge un evento di simulazione di incidente (disaster) annualmente. La simulazione deve includere la documentazione clinica svolta durante il tempo di inattività e i il recupero dei dati creato durante il tempo di inattività. La simulazione non ha impatto sull'ambiente di produzione.	Non abilitato
7	I processi comprovati relativi ai tempi di inattività di lungo termine descrivono le attività svolte dall'organizzazione al verificarsi di un periodo di inattività,supportati da linee guida documentate per i tempi di inattività di lunga durata.	Minimamente abilitato
7	La frequenza delle interruzioni non programmate viene misurata annualmente (ossia,è stata misurata negli ultimi12 mesi). Un'interruzione si determina quando un medico deve fare ricorso all'utilizzo di un formato cartaceo per documentare la cura. Il documento cartaceo deve essere scansionato all'interno della cartella clinica elettronica (EMR) e qualunque altro ordine ricaricato.	Completamente abilitato
6	Gli eventi di simulazione di disaster recovery vengono svolti e i contenuti appresi (lessons learned) vengono implementati nei protocolli per la gestione dei tempi di inattività.	Non abilitato
6	L'organizzazione gestisce l'integrità dei dati clinici durante e dopo un'interruzione dei sistemi attraverso il ricaricamento dei dati clinici esistenti sulla cartella clinica elettronica (EMR) e l'eliminazione di qualunque documento cartaceo clinicamente rilevante.	Per lo più abilitato
6	Lo staff dimostra la conoscenza delle procedure per i tempi di inattività e delle risorse IT disponibili durante tali periodi. L'organizzazione valuta l'impatto dei tempi di inattività sullo staff e sui team clinici.	Non abilitato
6	I documenti sintetici sono disponibili su un dispositivo presente nei diversi reparti/piani quando il sistema è fuori uso – PC/stazioni di lavoro alimentate con un circuito generatore o gruppo di continuità e connessi direttamente a una stampante collegata con un circuito generatore o gruppo di continuità.	Non abilitato

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
6	L'integrità dei dati dei pazienti è mantenuta durante il tempo di inattività utilizzando documenti sintetici che includono le allergie,il profilo farmacologico,i problemi/le diagnosi,gli appuntamenti in reparto e altri elementi del paziente.	Abbastanza abilitato
6	I dati dei pazienti vengono criptati sul computer utilizzato nel tempo di inattività e la password viene protetta.	Completamente abilitato
6	Le interruzioni sono standardizzate sia per i disservizi programmati e non programmati nei sistemi informatici. I disservizi vengono definiti (ad es. programmati, non programmati), comunicati e tracciati dai dirigenti dell'organizzazione. Presenza di un processo consolidato per la definizione dell'intervallo di tempo precedente la sequenza cartacea e di ripristino.	Abbastanza abilitato
6	Per mantenere la sicurezza dei pazienti, il processo di gestione del cambiamento in ambito IT garantisce che tutti i nuovi dispositivi e i cambiamenti riguardanti i software vengano sottoposti a valutazione del rischio e convalidati per l'uso da parte del direttore della sicurezza clinica.	Abbastanza abilitato
6	Presenza di un processo per la comunicazione efficace dei cambiamenti del sistema a tutti gli utenti, basato sull'impatto e la rilevanza. (La formazione,ove necessaria,viene programmata automaticamente e i registri vengono aggiornati.)	Abbastanza abilitato
6	Gli asset informativi (dispositivi di rete, software, interfacce, ecc.) vengono gestiti attivamente a livello dell'intera azienda. Viene svolta una valutazione annuale per individuare i rischi relativi all'infrastruttura. La valutazione del rischio e gli eventuali problemi individuati dal monitoraggio vengono segnalati al livello superiore.	Per lo più abilitato
6	Il personale comprende il programma per la continuità aziendale e partecipa, almeno, a un'esercitazione che simula un'interruzione su scala aziendale di tutti i sistemi ogni 12 mesi.	Minimamente abilitato
6	La politica relativa all'uso dei dispositivi personali viene concordata,implementata e rivista ogni 12 mesi.	Completamente abilitato
5	La politica di continuità aziendale contiene moduli per l'analisi delle cause profonde e le rendicontazioni su quanto appreso (lessons learned).	Minimamente abilitato
5	Gestione del cambiamento in ambito IT - I cambiamenti sono coordinati (in caso di non emergenza) tra le diverse piattaforme con una verifica relativa alla possibilità di regressione.	Completamente abilitato
5	Il sistema di prevenzione delle intrusioni gestisce gli accessi non autorizzati alla rete ospedaliera, ai server e ai documenti.	Completamente abilitato
5	Presenza di una politica di sicurezza per i dispositivi indicati come persi o sottratti (ad es. iPhone, computer portatili, computer fissi, tablet, ecc.).	Completamente abilitato
4	Presenza di un sistema per l'individuazione di intrusioni nella rete.	Per lo più abilitato
4	Presenza di un programma volto a garantire che a seguito di un'interruzione i servizi possano essere completamente ripristinati.	Abbastanza abilitato
4	Presenza di un programma di comunicazioni per i tempi di inattività non programmati che descrive a quali soggetti occorre inviare le notifiche, lo scopo dell'interruzione e la sua possibile durata.	Per lo più abilitato
4	Gestione del cambiamento in ambito IT - Presenza, all'interno del Comitato consultivo per il cambiamento di un sistema di analisi delle cause profonde per i cambiamenti non riusciti approvati dal Comitato consultivo per il cambiamento.	Per lo più abilitato
3	Un programma annuale di interruzioni programmate viene pubblicato e comunicato su larga scala. (Per descrivere impatto e durata.)	Per lo più abilitato
3	Gestione del cambiamento in ambito IT - Definizione e implementazione di un Comitato consultivo per il cambiamento per definire per quali cambiamenti è necessaria una revisione da parte di tale comitato e per quali non è necessaria alcuna revisione. Tutti i cambiamenti che devono essere soggetti a revisione vengono approvati dal Comitato consultivo per il cambiamento prima delle modifiche richieste.	Completamente abilitato
3	Controllo dell'accesso basato sui ruoli (accesso appropriato ai sistemi informativi basato sul ruolo dei dipendenti).	Completamente abilitato
2	Le comunicazioni riguardanti la continuità aziendale (il processo che gestisce il passaggio dal tempo di attività al tempo di inattività) sono in linea con il programma dell'organizzazione relativo agli incidenti rilevanti.	Abbastanza abilitato
2	Una metodologia sistematica viene concordata durante la consultazione con i principali soggetti interessati al fine di assegnare priorità alle routine di ripristino dei sistemi.	Per lo più abilitato
2	Le richieste di gestione del cambiamento vengono classificate come routinarie, standard ed emergenziali e sono rese disponibili online. Per ottenere l'approvazione,tutte le richieste di cambiamento devono disporre di un piano di ripristino.	Per lo più abilitato
2	Una formazione annuale sull'utilizzo delle informazioni sanitarie protette (PHI) e sulla sicurezza IT viene fornita a tutti i membri dello staff.	Per lo più abilitato

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
2	Presenza di politiche relative all'uso appropriato e all'accesso alle informazioni sanitarie del paziente.	Per lo più abilitato
1	Le richieste di cambiamento sono sottoposte a una procedura di approvazione che coinvolge i principali soggetti interessati a livello clinico.	Per lo più abilitato
1	Presenza di programmi per la continuità aziendale per ciascun sistema di reparto/collaterale.	Per lo più abilitato
1	Le richieste di gestione del cambiamento vengono classificate come routinarie, standard ed emergenziali e sono rese disponibili online.	Per lo più abilitato

Legenda dei colori
Aree di miglioramento complessivo del Livello EMRAM
Aree di miglioramenti del Livello in quell'area di interesse
Lacuna relativa ai requisiti minimi per raggiungere il Livello EMRAM 7

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Adozione da parte degli utenti clinici

Una singola cartella clinica elettronica (EMR) / un singolo Repository di dati clinici (CDR) viene installato o altri diversi sistemi di archiviazione dei dati sono installati, in modo tale che gli utenti non debbano effettuare l'accesso a sistemi diversi.

L'organizzazione comprende che in genere vengono utilizzate diverse soluzioni per formare la cartella clinica elettronica (EMR). I collegamenti dalla cartella clinica elettronica (EMR)/del Repository di dati clinici (CDR) conservano il riferimento al contesto (ossia, il paziente non deve essere ri-selezionato nei diversi archivi di dati). Esiste un vocabolario medico controllato per garantire che i sistemi comunichino con gli stessi termini. Interoperabilità di base basata su HL7 o altri standard che forniscono accesso a oltre il 95% di risultati di laboratorio, immagini e referti radiologici e cardiologici. Queste informazioni sono disponibili anche al di fuori dell'organizzazione.

Livello raggiunto	4	
Risultato percentuale	79%	
Livello 7	60%	Livello non raggiunto
Livello 6	62%	Livello non raggiunto
Livello 5	80%	Livello non raggiunto
Livello 4	100%	Livello raggiunto
Livello 3	100%	Livello raggiunto
Livello 2	100%	Livello raggiunto
Livello 1	100%	Livello raggiunto

Legenda dei colori
Requisiti di Livello raggiunti
70% dei requisiti di Livello non raggiunto
Requisiti minimi non soddisfatti

Opportunità

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
7	Il 95% o più delle procedure utilizza una fase di time-out pre-procedura/un processo di check-list per garantire la correttezza del paziente/della procedura.	26-49%
7	Il 95% o più di somministrazione di latte materno viene scansionata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
7	Il 95% o più di prodotti emoderivati vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	95-100%
7	Il 95% o più di farmaci vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	26-49%
7	Il 95% o più di raccolta di campioni viene identificata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) presso il punto di raccolta.	95-100%
6	Il 50% o più delle procedure utilizza una fase di time-out pre-procedura/un processo di check-list per garantire la correttezza del paziente/della procedura.	26-49%
6	Il 50% o più di somministrazione di latte materno viene scansionata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
6	Il 50% o più di prodotti emoderivati vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	95-100%

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Fase	Criteri/Requisiti EMRAM	La vostra prestazione
6	Il 50% o più di farmaci vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	26-49%
6	Il 50% o più di raccolta di campioni viene identificata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) presso il punto di raccolta.	95-100%
6	Il 90% o più della documentazione clinica viene registrata sotto forma di dati strutturati (non sotto forma di testo libero) ed è disponibile nel Repository di dati clinici (CDR).	51-74%
6	Il sistema di inserimento computerizzato degli ordini medici (CPOE) è implementato e adottato in più del 90% o più dei programmi clinici.	75-89%
5	Più del 25% delle procedure utilizza una fase di time-out pre-procedura/un processo di check-list per garantire la correttezza del paziente/della procedura.	26-49%
5	Più del 25% di somministrazione di latte materno viene scansionata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	0%
5	Più del 25% di prodotti emoderivati vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	95-100%
5	Più del 25% di farmaci vengono scansionati elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) a bordo letto prima della somministrazione.	26-49%
5	Più del 25% di raccolta di campioni viene identificata elettronicamente (ad es. codice a barre, scansione RFID) presso il punto di raccolta.	95-100%
5	Il 75% o più della documentazione clinica viene registrata sotto forma di dati strutturati (non sotto forma di testo libero) ed è disponibile nel Repository di dati clinici (CDR).	51-74%
5	Il sistema di inserimento computerizzato degli ordini medici (CPOE) è implementato e adottato in più del 75% dei programmi clinici.	75-89%
4	Più del 50% della documentazione clinica viene registrata sotto forma di dati strutturati (non sotto forma di testo libero) ed è disponibile nel Repository di dati clinici (CDR).	51-74%
4	Il sistema di inserimento computerizzato degli ordini medici (CPOE) è implementato e adottato in più del 50% dei programmi clinici.	75-89%
3	Più del 25% della documentazione clinica viene registrata sotto forma di dati strutturati (non sotto forma di testo libero) ed è disponibile nel Repository di dati clinici (CDR).	51-74%
3	Il sistema di inserimento computerizzato degli ordini medici (CPOE) è implementato e adottato in più del 25% dei programmi clinici.	75-89%
3	Il 95% o più di immagini DICOM e non-DICOM sono archiviate e disponibili attraverso il Repository di dati clinici (CDR) per i medici.	95-100%
3	Il 95% o più di referti di laboratorio, radiologia e cardiologia sono archiviati e disponibili per i medici nel Repository di dati clinici (CDR).	95-100%
2	Il 50% o più di immagini DICOM e non-DICOM sono archiviate e disponibili attraverso il Repository di dati clinici (CDR) per i medici.	95-100%
2	Il 50% o più di referti di laboratorio, radiologia e cardiologia sono archiviati e disponibili per i medici nel Repository di dati clinici (CDR).	95-100%
1	Più del 25% di immagini DICOM e non-DICOM sono archiviate e disponibili attraverso il Repository di dati clinici (CDR) per i medici.	95-100%
1	Più del 25% di referti di laboratorio, radiologia e cardiologia sono archiviati e disponibili per i medici nel Repository di dati clinici (CDR).	95-100%

Legenda dei colori
Aree di miglioramento complessivo del Livello EMRAM
Aree di miglioramenti del Livello in quell'area di interesse
Lacuna relativa ai requisiti minimi per raggiungere il Livello EMRAM 7

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

Contatti

Servizio clienti

customerservice@himss.org

12.20.70

©2025 HIMSS. All Rights Reserved.

ASL ROMA 3 - PRESIDIO OSPEDALIERO G.B. GRASSI
Lazio
HIMSS ID 110834

HIMSS

EMRAM STAGE 2

Certificato di maturità digitale

Questo certificato riconosce i risultati ottenuti da **ASL Roma 3 - Presidio Ospedaliero G.B. Grassi, Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) di I livello (codice 120061),** nel promuovere la propria maturità digitale e nel dimostrare progressi misurabili verso un ambiente di cartelle cliniche elettroniche completamente integrato.

	Data applicazione survey HIMSS EMRAM in modalità self assessment	Stage rilevato	Data certificazione con metodologia HIMSS Assurance Framework	Stage certificato
Prima applicazione HIMSS EMRAM	8/3/2023	**0**	11/17/2025	**1**
Seconda applicazione HIMSS EMRAM	7/23/2025	**4**	11/17/2025	**2**

Il processo di certificazione per il tramite della metodologia HIMSS® Assurance Framework™ (HAF) ha quindi verificato il complessivo allineamento dell'Ente con lo stage di maturità rilevato secondo le dimensioni chiave del modello di maturità HIMSS® EMRAM®:

- Data Capture e scambio di informazioni sanitarie (Health Information Exchange)
- Coinvolgimento dei pazienti
- Analisi dell'assistenza sanitaria (Healthcare Analytics) e misurazione dei risultati/esiti
- Gestione della resilienza
- Adozione da parte degli utenti clinici

Avendo raggiunto il livello di maturità **Stage 2** del modello HIMSS® EMRAM®, l'ente ha consolidato, tra gli altri:

- ✓ Un archivio di dati clinici (Clinical Data Repository) funzionale che integra i dati dei pazienti provenienti da sistemi diversi
- ✓ L'accesso elettronico ai dati dei pazienti da parte dei team sanitari e assistenziali, migliorando i flussi di lavoro clinici e il relativo coordinamento.
- ✓ La presenza di meccanismi embrionali di supporto decisionale per il controllo degli errori, volti a migliorare la sicurezza dei pazienti
- ✓ La presenza di meccanismi di sicurezza dei dati per proteggere le informazioni dei pazienti e garantire la continuità del servizio

Questo risultato riflette un forte impegno dell'Ente verso la trasformazione digitale, l'assistenza sanitaria data-driven, il miglioramento continuo della qualità clinica e dell'efficienza operativa.

Congratulazioni!

Ronan O'Connor
Amministratore Unico
HIMSS Italy s.r.l

HIMSS®, EMRAM®, HIMSS® Assurance Framework™ e EMRAM® Assurance™ sono marchi registrati di proprietà di Healthcare Information and Management Systems Society, Inc. (HIMSS) tutti i diritti di uso e diffusione sono riservati.

ALLEGATO 1 - Dichiarazione completamento e operatività delle tecnologie e dei servizi di informatizzazione delle strutture ospedaliere (DEA livello I e II)

Informazioni Intervento
MISSIONE PNRR: Missione 6 Salute
COMPONENTE: M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale
INVESTIMENTO: M6C2 I1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
SUB-INVESTIMENTO: M6C2 I1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione
CODICE MISURA: M6C2 I1.1.1
CODICE PRATT (REGIS): 1000000102
TARGET: M6C2-8 - Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione -Livello I e II)
DEA *(indicare se I o II livello)* I Livello
Denominazione DEA e indirizzo: Presidio Ospedaliero G.B. Grassi, Via Giancarlo Passeroni, 28, 00122 - Roma
Codifica DEA :120061
CUP correlati all'intervento di digitalizzazione del DEA: I89J22001190006, I87H23001120006, I87H23001130006
Soggetto attuatore (Regione/PA) Regione Lazio
Soggetto attuatore esterno/delegato ASL Roma 3

La sottoscritta, Laura Figorilli, nata a Rieti, il 25/10/1964, C.F. FGRLRA64R65H282N, in qualità di Direttore Generale[1] dell'azienda ASL Roma 3, in relazione al DEA identificato in premessa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e quindi consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ex art. 76 del DPR medesimo,

DICHIARA CHE

— Le forniture correlate all'intervento di digitalizzazione del DEA, finalizzate al livello di digitalizzazione raggiunto, sono state completate in conformità con quanto previsto dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 – Componente 2 sottoscritto tra Ministero della Salute e Regione Lazio.

— Le forniture correlate all'intervento di digitalizzazione del DEA sono conformi ai requisiti previsti per il sub-investimento M6C2 I1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione e per il conseguimento del Target europeo M6C2-8 descritti nell'Allegato alla Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia (Council Implementing Decision - CID) tra la Commissione europea e l'Italia. In particolare, sono stati utilizzati per le finalità dell'intervento di digitalizzazione, in linea con quanto previsto dalla CID,

[1] La dichiarazione deve essere resa dall'Azienda soggetto attuatore esterno/delegato.

Accordi quadro Consip stipulati entro il 31 dicembre 2022 (in linea con la Milestone M6C2-7) e/o Accordi quadro Consip successivi al 31 dicembre 2022, e/o strumenti MEPA/SDAPA per gli acquisti ancillari, come da Allegato 1a, parte integrante del presente atto.

— È stato assicurato, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021, il perseguimento del principio di "non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali" ("Do No Significant Harm" - DNSH) di cui all'articolo 17 del Regolamento (UE) n. 852/2020, ulteriormente chiarito con Circolare della Ragioneria Generale dello Stato del 14 maggio 2024, n. 22 "Aggiornamento Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (cd. DNSH)" che ha aggiornato la Circolare n. 33 del 13 ottobre 2022, nonché con Linee guida emanate dall'UMPNRR con prot. 460 del 6/02/2025 UMPNRR-MDS-P.

— Per la realizzazione dell'intervento sono stati rispettati i principi trasversali previsti dal PNRR, ove applicabili quali, in particolare, il rispetto del tag digital 095, con contributo 100% per il sostegno digitale.

— È stato assicurato il rispetto, ove pertinenti e applicabili, delle disposizioni previste dalla normativa europea e nazionale, con particolare riferimento a quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 241/2021.

— La documentazione comprovante il soddisfacente conseguimento del target M6C2-8 relativo al sub-investimento M6C2 I1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione, è stata correttamente caricata nel sistema informativo ReGiS nella sezione relativa al correlato indicatore target secondo le indicazioni dell'UMPNRR (Indicatore target ReGiS T0232). Tutta l'eventuale ulteriore documentazione non direttamente riferita ai CUP oggetto di rendicontazione PNRR ma rilevante ai fini del completamento dell'intervento, è conservata in formato cartaceo e/o elettronico ai fini di eventuali verifiche e controlli anche successivi.

— La documentazione inserita nel sistema informativo ReGiS, per quanto di competenza, è coerente rispetto al valore realizzato dichiarato nella sezione indicatore target ed è idonea a confermare il soddisfacente conseguimento del target M6C2-8, ivi inclusi i sub criteri indicati nella descrizione della misura e nella descrizione del target in coerenza con l'Annex CID e con gli Operational Arrangements.

— Sono stati correttamente eseguiti, e superati con esito positivo, i controlli necessari ad assicurare la correttezza, affidabilità e completezza degli atti/procedure propedeutici al soddisfacente raggiungimento di milestone/target oggetto di rendicontazione (es. sulle procedure di selezione e/o di gara/affidamento), in conformità con la normativa di riferimento, con particolare riferimento al caricamento in ReGiS delle attestazioni di gara.

— Tutti i collaudi e le verifiche richiesti per le finalità di innalzamento del livello di digitalizzazione atteso sono stati eseguiti con esito positivo, conformemente alle normative vigenti.

— Le attrezzature e le strutture necessarie al funzionamento del servizio sono state installate e sono operative.

— Le eventuali procedure e autorizzazioni richieste da enti esterni per l'avvio del servizio sono state regolarmente ottenute.

— Il DEA di I livello, preso atto della certificazione rilasciata da Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) in conformità con quanto previsto dalla CID [*HIMSS ID110834*], ha beneficiato di un innalzamento di 1 livello di digitalizzazione, dal livello 1 al livello 2, secondo la metodologia Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM).

— I dati di dettaglio dell'intervento di digitalizzazione DEA identificato in premessa sono riportati nell'Allegato 1a, parte integrante del presente atto.

Luogo e data	Nominativo e Firma digitale
Roma, 28/11/2025	*Dr.ssa Laura Figorilli*

MISSIONE PNRR: Missione 6 Salute
COMPONENTE: M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale
INVESTIMENTO: M6C2 I1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
SUB-INVESTIMENTO: M6C2 I1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Digitalizzazione
CODICE MISURA: M6C2 I1.1.1
CODICE PRATT (REGIS): 1000000102
TARGET: M6C2-8 - Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione -Livello I e II)

SOGGETTO ATTUATORE		**LOCALIZZAZIONE INTERVENTO DI DIGITALIZZAZIONE DEA**				**INTERVENTO DI DIGITALIZZAZIONE DEA**				**PROCEDURA DI GARA**			**CERTIFICATO DI COMPLETAMENTO** *(certificato di verifica di conformità / certificato di regolare esecuzione / certificato di collaudo / certificati di corretta fornitura)*		**CERTIFICAZIONE DEL LIVELLO DI DIGITALIZZAZIONE** *rilasciata da Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) sulla base del modello EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model)*		
Soggetto Attuatore	Soggetto Attuatore delegato	Provincia *(es. Roma)*	Comune *(es. Roma)*	CAP *(es. 00144)*	Indirizzo *(es. Via Roma, 1)*	Denominazione DEA	Livello DEA *(I o II livello)*	DEA *(codifica DEA coerente con modello HSP11 e HSP11bis, CLP in ReGiS e Piano operativo allegato al CIS)*	CUP correlati all'intervento di digitalizzazione del DEA *(duplicare riga in caso di più CUP sullo stesso DEA)*	CIG *(duplicare riga in caso di più CIG sullo stesso CUP)*	Tipologia procedura di gara *(Accordo quadro Consip entro il 31 dicembre 2022 / Accordo quadro Consip successivo al 31 dicembre 2022 / MEPA/SDAPA per gli acquisti ancillari)*	Estremi procedura di gara e descrizione iniziativa	Data	Tipologia di certificato di completamento (certificato di collaudo / di verifica di conformità / di regolare esecuzione)	Livello di digitalizzazione iniziale (ex ante)*	Livello di digitalizzazione conseguito (ex post) al completamento dell'intervento PNRR*	Estremi della certificazione HIMSS (numero / protocollo e data)
Regione Lazio	ASL Roma 3	Roma	Roma	00122	Via Giancarlo Passeroni, 28	Presidio Ospedaliero G.B. Grassi	I livello	120061	I89J22001190006	B210485F04	Accordo quadro Consip entro il 31 dicembre 2022	Deliberazione Direttore Generale n. 630 del 14/06/2024 Adesione all'Accordo Quadro Consip ID 2202 - Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali Lotto 4 Supporto di Project Management utile alla reingegnerizzazione dell'ecosistema digitale del DEA G.B. Grassi	13/11/2025	Certificato di regolare esecuzione	1	2	HIMSS ID 110834 17/11/2025
Regione Lazio	ASL Roma 3	Roma	Roma	00122	Via Giancarlo Passeroni, 28	Presidio Ospedaliero G.B. Grassi	I livello	120061	I87H23001120006	B2106D6862	Accordo quadro Consip entro il 31 dicembre 2022	Deliberazione Direttore Generale n. 631 del 14/06/2024 Adesione all'Accordo Quadro Consip ID 2202 - Sanità Digitale - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali Lotto 4 Gestione delle immagini diagnostiche e integrazioni con i sistemi dipartimentali Radiologia, Anatomia Patologica, Cardiologia	10/11/2025	Certificato di regolare esecuzione	1	2	HIMSS ID 110834 17/11/2025
Regione Lazio	ASL Roma 3	Roma	Roma	00122	Via Giancarlo Passeroni, 28	Presidio Ospedaliero G.B. Grassi	I livello	120061	I87H23001130006	B2670B723C	Accordo quadro Consip entro il 31 dicembre 2022	Deliberazione Direttore Generale n. 775 del 16/07/2024 Adesione allAccordo Quadro Consip S.p.A. - ID 2365 - Sanità Digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino Servizi applicativi e di supporto Lotto 2 sistema di Order Entry unico per richiedere e pianificare ogni tipo di attività sul paziente e l'implementatazione di un Repository di livello aziendale di riferimento	13/11/2025	Certificato di regolare esecuzione	1	2	HIMSS ID 110834 17/11/2025
Regione Lazio	ASL Roma 3	Roma	Roma	00122	Via Giancarlo Passeroni, 28	Presidio Ospedaliero G.B. Grassi	I livello	120061	I87H23001130006	B26784D4D2	Accordo quadro Consip entro il 31 dicembre 2022	Deliberazione Direttore Generale n. 776 del 16/07/2024 Adesione allAccordo Quadro Consip S.p.A. - ID 2365 - Sanità Digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino Servizi applicativi e di supporto Lotto 2. Gestione integrata di tutto il processo chirurgico (visita chirurgica, inserimento e gestione delle liste d'attesa chirurgiche	13/11/2025	Certificato di regolare esecuzione	1	2	HIMSS ID 110834 17/11/2025

*** Riportare i livelli di digitalizzazione ex ante ed ex post come indicati nel certificato finale rilasciato da HIMMSS**

DATA 27/11/2025

Firma Dr.ssa Laura Figorilli