



S.I.M.G.
Sezione Genovese

Pierluigi Scarrone
Animatore di formazione SIMG

MANUALE PER UN BUON USO DELLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATAe per fare audit e ricerca

INDICE:

IL METODO DI LAVORO.....	3
LA CARTELLA MEDICA ORIENTATA PER PROBLEMI.....	5
COME AFFRONTARE MILLEWIN	8
LA CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE.....	8

A) PRINCIPI GENERALI PER UN BUON UTILIZZO DEL PROGRAMMA

SOSTITUZIONE CAMPI.....	12
LAVORARE IN “ PROBLEMA OBBLIGATORIO “	13
LA CODIFICA DEI PROBLEMI.....	14
EVITARE I TERMINI RIDONDANTI	15
COLLEGARE UN INTERVENTO AD UN PROBLEMA.....	16
L’ACCORPAMENTO.....	18
DIAGNOSI SBAGLIATA	20
DAL SINTOMO ALLA DIAGNOSI.....	21
PROBLEMI ATTIVI,PROBLEMI CRONICI,PROBLEMI CHIUSI ...	21
COME CODIFICARE I PROBLEMI CHE SI RIPRESENTANO.....	22
.....NON FARSI SFUGGIRE I PROBLEMI.....	22
.....IL PAZIENTE CON NUMEROSI PROBLEMI CRONICI.....	23
.....DOVE METTERE TUTTI I PROBLEMI	23
I FALSI PROBLEMI CRONICI	23
.....IL PAZIENTE LAMENTA UN SINTOMO CHE POTREBBE	
ESSERE PARTE DI UN PROBLEMA CRONICO GIA’ INSERITO...	24
IL RICOVERO OSPEDALIERO	25
CHI RICHIEDE CIO’ CHE PRESCRIVO ?	26
COME CODIFICARE GLI INTERVENTI CHIRURGICI.....	27
.....ALCUNI PROBLEMI E COME AFFRONTARLI.....	28
PORTARSI IL LAVORO A CASA.....	30

B) L’ATTIVITA’ DEL MEDICO RICERCATORE

IL “ LAVORO ORDINARIO “ PER IL MMG RICERCATORE.....	33
COME PARTECIPARE AL GRUPPO DI RICERCA	33
LA FUNZIONE DELLA RETE DEI RICERCATORI.....	37
IL “MANUALETTO” DEL MMG RICERCATORE.....	37
ALCUNI ESEMPI.....	38

“Prima di tutto bisogna dare un nome alle cose” diceva sempre mio padre agli studenti che lavoravano da noi.”Solo quello che ha un nome , dopo , puoi ritrovarlo “

Obiettivi didattici:

A) Fornire al MMG tutti gli strumenti per ottenere dalla cartella clinica informatizzata le informazioni per avere sempre sotto controllo i problemi importanti e quelli non ancora risolti

B) Presentare un modello di inserimento omogeneo dei dati per la costituzione di un osservatorio epidemiologico

MANUALE OPERATIVO

IL METODO DI LAVORO

Possiamo definire **‘problema’** qualunque evento che giunga all’attenzione del Medico sia esso :

- 1) *un sintomo* (dispnea, calo ponderale, depressione, palpitazioni ecc)
- 2) *il risultato di un accertamento che ancora non definisca sufficientemente uno stato di malattia* (aumento transaminasi, aumento acido urico ecc)
- 3) *il risultato di un accertamento che gia’ definisca uno stato di malattia* (la colesterolemia >270 *gia’ definisce* la ipercolesterolemia)
- 4) *uno stato di malattia definito* (temporaneo o cronico) sia da sintomi che da risultati di accertamenti.
- 5) *Qualunque situazione che intervenga sullo stato di salute* (gravidanza, menopausa ecc)

1) **Qualunque SINTOMO** il Paziente riporti al Medico deve essere inserito nel database (es: dispnea, palpitazioni, prurito, gonalgia, disuria ecc)

RAZIONALE: *Puo’ sembrare eccessivo inserire ad esempio il problema “prurito” . Tuttavia e’ esperienza comune a tutti i MMG che il mancato inserimento di problemi apparentemente banali costringe ad una nuova raccolta anamnestica quando il Paziente si ripresenta con lo stesso problema non ancora risolto (imbarazzo del Medico , Paziente “ giudicante” , perdita di tempo). Inoltre per un Medico ricercatore e’ importante abituarsi ad inserire sempre tutti i problemi per avere un database in ordine (raccolta dati, problemi medico legali , stampa della cartella clinica, corretto monitoraggio del problema del paziente)*

2) **IL RISULTATO ALTERATO DI UN ACCERTAMENTO** non sempre (o non ancora) e’ espressione di malattia o di un solo tipo di malattia. ***Va tuttavia inserito*** con una sua definizione ancorche’ generica (es ipertransaminasemia (aumento transaminasi), iperuricemia (aumento ac. urico), neof. epatica d.n.d.d.) in attesa di ulteriori definizioni.

RAZIONALE: *Spesso il risultato alterato di un accertamento puo’ esprimere patologie differenti e per questa ragione e’ corretto di attenersi ai criteri sovraesposti e non dare definizioni assolute: sarebbe un errore definire un solo aumento della AST con il termine epatopatia senza che questa diagnosi sia stata confermata da ulteriori approfondimenti *ma altrettanto errore non segnalare che l’esame e’ risultato alterato*. Tale segnalazione non va fatta solo accanto al risultato ma anche nell’area destinata alla definizione dei problemi.*

Altro esempio : un risultato di PAP Test seguente: “HSIL correlato ad infezione HPV” andra’ riportato come tale nel campo utilizzato per il referto; analogamente nell’area problemi andra’ inserito un problema che potremmo definire come “ lesione cervice uterina “: sara’ poi , in base al risultato della colposcopia ed esame istologico , correttamente definito , ma nel frattempo va segnalato

3) In altre circostanze **IL RISULTATO ALTERATO DI UN ACCERTAMENTO** definisce *gia’ subito* uno stato di malattia (ad es. un esame istologico anormale, 1 glicemia > 200 in

presenza di sintomi di diabete, tracciato ECG indicativo di BBSn) che dovrà essere subito codificato. (*quindi non iperglicemia bensì diabete*)

RAZIONALE: In molte circostanze un risultato alterato è già in grado di definire il problema . *Abituarsi a codificarlo.*

Esempio : Densitometria femorale T Score – 2.5 : codificare Osteoporosi

- 4) **UNO STATO DI MALATTIA ORMAI DEFINITO** (Diabete, spondiloartrosi, neoplasia ecc) verrà ovviamente codificato come tale.
- 5) **QUALUNQUE SITUAZIONE CHE INTERVENGA SULLO STATO DI SALUTE :** la gravidanza, la menopausa, la contraccezione ecc non sono intesi come problemi ma vanno inseriti come problemi anche perché richiedono prescrizioni di accertamenti o terapie o possono generare modificazioni sullo stato di salute.

Qualunque problema va inserito nella cartella clinica



Si sollecita a considerare i punti 2) e 3) .La modalità di inserimento dei problemi di cui sopra riflette le conoscenze e l'attenzione di ciascuno. Ha quindi una notevole valenza educativa e formativa perché impegna nella formulazione della diagnosi corretta o in una eventuale revisione. Ancora : partecipare ad un gruppo di ricerca in Medicina Generale stimolerà ad esigere dai Colleghi Specialisti diagnosi e referti chiari e dai Pazienti (cosa che non avviene sempre) gli esami in visione . Sicuramente stressante ma alla lunga accolto con soddisfazione da (quasi) tutti.



La difficoltà maggiore nell'impostare una metodologia di lavoro per un gruppo di Medici Ricercatori consiste nel fatto che l'attività clinica , la definizione dei problemi , l'andamento della patologia non sempre rispondono a immutabili e rigidi criteri di classificazione. Inoltre ogni Medico è abituato ad un suo metodo di lavoro e l'inserimento in un gruppo costringe inevitabilmente a modificarlo e a riaggiornare il database. Questo potrebbe rappresentare un problema in quanto ciascuno di noi cambia difficilmente le proprie abitudini.

Il metodo diventa però indispensabile per:

- 1) Rendere il proprio archivio fruibile durante la normale attività di lavoro (tutto deve sempre essere chiaro e senza equivoci, snello, completo.....l'attività di ricercatore non deve appesantire il lavoro)
- 2) Estrarre dati che riproducano la realtà e che siano omogenei nello stesso archivio ed in tutti gli archivi

Affronteremo più avanti ed in dettaglio tutti i problemi di inserimento tuttavia alcuni esempi aiuteranno a comprendere meglio ed ad introdurre alcuni concetti che saranno considerati più avanti:

- Come codificare un paziente con il problema “ calcolosi della colecisti” sottoposto a “ colecistectomia”?
- Come codificare un paziente con “fibrillazione atriale parossistica” che diventa “ fibrillazione atriale cronica “?

Il secondo esempio fa emergere una considerazione non trascurabile: *i Ricercatori devono conoscere esattamente i termini medici*, il loro significato e le differenze tra un termine e l'altro. Questo non solo ai fini di una ricerca ma in quanto la definizione esatta colloca (ed informa) il paziente diversamente.

Altri esempi:

- Ernia hiatale ed esofagite non sempre sono correlate. Esiste esofagite senza ernia hiatale ed ernia hiatale senza esofagite. I due problemi devono essere inseriti singolarmente oppure , se ambedue presenti , inseriti entrambi

- E' differente se un paziente viene operato di TURP, adenomiectomia prostatica transvescicale, prostatectomia (esistono Pazienti che pensano di non avere piu' la prostata)
 Inoltre e' evidente che l'esercizio costante (che diventera' poi abituale) nell'inserimento corretto dei dati produrra' notevoli vantaggi nell'attivita' quotidiana. ***E' stressante consultare un archivio dove diagnosi importanti non trovano conferme negli esami di laboratorio o ,ancor peggio, nello stato di salute dei pazienti***

“LA CARTELLA MEDICA ORIENTATA PER PROBLEMI”

“ Nella cartella di un MMG con 1.500 pazienti dopo dieci anni di lavoro risiedono circa 8.000 problemi cronici . Ad essi sono associati circa 90.000 accertamenti. ”

Prima di entrare nel dettaglio di tutte le varie problematiche connesse all'inserimento dei dati e' opportuno riassumere in maniera scolastica cosa si intende per “ *Cartella medica orientata per problemi* “ e per quale ragione si debba utilizzare il metodo di archiviazione “ per problemi”.

Proviamo a paragonare un database ad una enorme libreria, il progettista al programmatore, il bibliotecario al medico che utilizza la Cartella. La progettazione corretta della libreria dovrebbe prevedere la possibilita' di inserire i libri per discipline e le discipline per argomenti e l'utilizzo da parte del personale rispettera' questi criteri. Solo in questo modo si potra' trovare subito il libro che interessa. E' ovvio che se la libreria fosse solo un enorme scaffale non sarebbe possibile trovare nulla. Analogamente il nostro database non puo' essere ne' un grande foglio sul quale scrivere in sequenza cronologica i dati dei quali veniamo a conoscenza nel corso delle varie consultazioni (sarebbe impossibile avere tutto sotto controllo) ma neppure (anche se meglio dell'opzione precedente) un archivio (tipo cartella cartacea ospedaliera) dove separatamente si inseriscono in un'area i problemi, in un'area gli accertamenti ,in un'altra le terapie e cosi' via senza che si possa verificare per quale problema e' stato richiesto quell'accertamento o, viceversa , quali accertamenti sono stati richiesti per quel problema.

La cartella clinica ospedaliera , a tutti nota ,e' concepita in questo modo per un motivo molto semplice. Il paziente ricoverato ha un solo problema principale (motivo del ricovero) attorno al quale ruotano tutti gli accertamenti e le terapie. Tutti gli altri ,sebbene importanti , sono problemi accessori per i quali , di solito non e' richiesto alcun intervento se non marginalmente.

Diverso il caso del Paziente che afferrisce allo studio del MMG ; e' portatore di parecchi problemi piu' o meno importanti ,ad ognuno sono associati numerosi interventi (richieste di accertamenti, terapie, semplice valutazione.) . La cartella di un singolo paziente contiene quindi una quantita' considerevole di dati che diventano consultabili solo a patto che vengano inseriti correttamente.

Un esempio sara' senz'altro utile per chiarire quanto affermato:

1) Cartella clinica non orientata per problemi:

All'apertura della cartella clinica e' presente il problema “SCOMPENSO CARDIACO”. La selezione di questo problema non mostra tuttavia se esistono e quali sono gli interventi richiesti per lo scompenso. Se esistono sono nascosti nel mare di tutte le richieste o terapie di quel paziente

sta Problemi		problemi chiusi		protocolli		Terapie		Richieste		Vaccini		consigli		mBds																																																																																																											
esofago gastro duodenoscopia: esofagit ...						*SCOMPENSO CARDIACO		18.07.05	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																
*PORTATORE PACE MAKER						*ANGINA PECTORIS		22.02.05	<input type="checkbox"/>	MINITRAN*15CER TRANSI	2																																																																																																														
*ESOFAGITE DA REFLUSSO 3Ø E 4Ø C						*IPERCOLESTEROLEMIA PURA		21.01.05	<input type="checkbox"/>	MINITRAN*15CER TRANSI	2																																																																																																														
CALCOLOSI COLEGISTI						EMORROIDI		28.12.04	<input type="checkbox"/>	ATENOL*50CPR 100MG	1																																																																																																														
FIBRILLAZIONE ATRIALE						DISCOPATIA LOMBARE		21.12.04	<input type="checkbox"/>	MINITRAN*15CER TRANSI	2																																																																																																														
									<input type="checkbox"/>	TRIATEC 5*14CPR 5MG	2																																																																																																														
								11.11.04	<input type="checkbox"/>	SINVACOR*10CPR RIV 20	1																																																																																																														
								26.10.04	<input type="checkbox"/>	SINVACOR*10CPR RIV 20	1																																																																																																														
								15.10.04	<input type="checkbox"/>	MINITRAN*15CER TRANSI	2																																																																																																														
								<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Accertamenti</th> <th colspan="2">Pressione</th> <th colspan="2">Certificati</th> <th colspan="2">Esenz.</th> <th colspan="2">Intoll.</th> </tr> <tr> <th>gg.</th> <th>Ogg.</th> <th>Valut.</th> <th>Piano</th> <th>Definizione</th> <th>SOVP</th> <th>Diario</th> <th>Accertamento</th> <th>Risulta</th> <th>OE</th> <th>N</th> <th>Rip.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>02.02.04</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>COLESTEROLO TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>HDL COLESTEROLO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>TRIGLICERIDI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>03.06.03</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>TRIGLICERIDI</td> <td>89</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>HDL COLESTEROLO</td> <td>54</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>COLESTEROLO TOTALE</td> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>POTASSIO</td> <td>5.0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								Accertamenti		Pressione		Certificati		Esenz.		Intoll.		gg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diario	Accertamento	Risulta	OE	N	Rip.	02.02.04	<input checked="" type="checkbox"/>						COLESTEROLO TOTAL						<input type="checkbox"/>						HDL COLESTEROLO						<input type="checkbox"/>						TRIGLICERIDI					03.06.03	<input type="checkbox"/>						TRIGLICERIDI	89					<input type="checkbox"/>						HDL COLESTEROLO	54					<input type="checkbox"/>						COLESTEROLO TOTALE	180					<input type="checkbox"/>						POTASSIO	5.0			
Accertamenti		Pressione		Certificati		Esenz.		Intoll.																																																																																																																	
gg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diario	Accertamento	Risulta	OE	N	Rip.																																																																																																														
02.02.04	<input checked="" type="checkbox"/>						COLESTEROLO TOTAL																																																																																																																		
	<input type="checkbox"/>						HDL COLESTEROLO																																																																																																																		
	<input type="checkbox"/>						TRIGLICERIDI																																																																																																																		
03.06.03	<input type="checkbox"/>						TRIGLICERIDI	89																																																																																																																	
	<input type="checkbox"/>						HDL COLESTEROLO	54																																																																																																																	
	<input type="checkbox"/>						COLESTEROLO TOTALE	180																																																																																																																	
	<input type="checkbox"/>						POTASSIO	5.0																																																																																																																	

2) Cartella clinica orientata per problemi:

All'apertura della cartella clinica e' presente il problema "SCOMPENSO CARDIACO". La selezione di questo problema mostra immediatamente nell'area degli accertamenti e delle terapie cio' che e' stato richiesto per questo problema.

Lista Problemi	problemi chiusi	protocolli	Terapie	Richieste	Vaccini	consigli	mBds
intolleranza a: ace inibitori non as ...							
99	↑	↑	IPERTENSIONE ARTERIOSA	18.07.05			
98	↑	↑	CORONAROSCLEROSI - ATROSCLEI	13.07.05			
98	↑	↑	SCOMPENSO CARDIACO				
98	↑	↑	ISCHEMIA CEREBROVASCOLARE DIF				
94	↑	↑	FIBRILLAZIONE ATRIALE CRONICA				
04	↑	↑	AMNESIA GLOBALE TRANSITORIA				
00	↑	↑	RINITE ALLERGICA				
99	↑	↑	PAZ IN TERAPIA CON ANTICOAGULAI				
96	↑	↑	SPONDILOARTROSI				

Sogg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diario
18.07.05		✓				V
01.03.00			⇨	DIMESSO CARDIOLOGIA PER E.P.A.		P
20.03.94			⇨	RIPRESA DELLA F.A.		O
10.03.94			⇨	FIBRILLAZIONE ATRIALE		V
			⇨	RICOVERO OSPEDALIERO		P
			⇨	CARDIOVERSIONE ELETTRICA		O

Accertamenti	Pressione	Certificati	Esenz.	Intoll.
Accertamento				
01.03.00				
14.01.00				
19.07.99				
16.07.99				
28.12.98				

Il campo "ACCERTAMENTI" mostra cio' che e' stato richiesto per il problema Scompenso

E' evidente la differenza tra i due modi di archiviazione.

La cartella medica orientata per problemi ha il pregio di essere molto schematica e di consentire che tutto sia in ordine. Non solo ad ogni accertamento, terapia, consiglio, certificato ecc. corrisponde il problema che ha generato l'intervento ma anche il diario clinico viene collegato al problema.

Ogni problema infatti ha una sua area suddivisa a sua volta in 4 settori:

Sogg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diario
-------	------	--------	-------	-------------	------	--------

Esempio di come utilizzare il diario clinico per ogni singolo problema : es: **Spalla dolorosa** (il diario e' consultabile solo dal Medico e quindi devono essere inserite poche ed essenziali informazioni)

Soggettivita':

03	↑			FRATTURA 5° COSTA EMITORACE DE		
03	↑			DISTORSIONE GINOCCHIO DESTRO		
99	↑			*SPALLA DOLOROSA		
Sogg. Ogg. Valut. Piano Definizione SOVP Diario						
19.07.2005						
29.11.1999 DOLORE SPALLA DX E SN SIA A RIPOSO CHE IN MOVIMENTO, SOPRATTUTTO DI NOTTE						

Soggettivita': cio' che viene riferito dal paziente.oppure la descrizione (breve) che ha portato il paziente dal Medico

Oggettività

03	↑	FRATTURA 5° COSTA EMITORACE DE
03	↑	DISTORSIONE GINOCCHIO DESTRO
99	↑	*SPALLA DOLOROSA
Sogg. Ogg. Valut. Piano Definizione SOVP Diario		
19.07.2005		
29.11.1999 SCROSCI ARTICOLARI, LIEVEMENTE DIMINUITA L'ESCURSIONE ARTICOLARE CHE PROVOCA DOLORE		

Oggettività : cio' che emerge dalla visita (o le considerazioni dopo un ricovero ecc) per quel problema

Valutazione:

03	↑	FRATTURA 5° COSTA EMITORACE DE
03	↑	DISTORSIONE GINOCCHIO DESTRO
99	↑	*SPALLA DOLOROSA
Sogg. Ogg. Valut. Piano Definizione SOVP Diario		
19.07.2005		
29.11.1999 PERIARTRITE S.O.SOSPETTA		

Valutazione: Le considerazioni del Medico

Piano:

03	↑	FRATTURA 5° COSTA EMITORACE DE
03	↑	DISTORSIONE GINOCCHIO DESTRO
99	↑	*SPALLA DOLOROSA
Sogg. Ogg. Valut. Piano Definizione SOVP Diario		
19.07.2005		
29.11.1999 RX SPALLE BIL.+ ECO- TORADOL CPR		

Piano : Gli interventi previsti

COME AFFRONTARE MILLEWIN

Sarebbe un errore pensare che “l’infaticabile “ inserimento dei dati a scopo di ricerca produca un aumentato carico di lavoro. L’unico modo di compilare una cartella con poco lavoro e’ quello di non compilarla affatto.

Il metodo che si propone ha come obiettivi prioritari:

1. La precisione dei dati inseriti

Come già’ evidenziato la definizione corretta dei problemi ha un valore educativo e colloca il paziente. Differente e’ scrivere F.A. parossistica,persistente,cronica. Scrivere solo F.A. non da’ nessuna indicazione e ci costringera’ ad indagare di che tipo di F.A. si tratta.

2. La possibilità’ di consultare una cartella clinica dove si possa risalire all’origine ed alla natura del problema

E’ difficile supportare una diagnosi leggendo una cartella dove e’ presente il dato “ infarto del miocardio” solo su quanto riferito dal Paziente e non avere in archivio un ECG o una cartella di ricovero

3. La possibilità’ di fare self audit e correggere i comportamenti sbagliati

Solo se si inseriscono tutti i dati si puo’ verificare il proprio lavoro alla luce delle linee guida o della EBM.(anche in questo caso e’ evidente il valore educativo)

Esempio : la ricerca sul proprio archivio di tutti i pazienti con valori medi di colesterolo > 200 ed almeno 1 dei fattori di rischio CV (nota 13: IMA,diabete, arteriopatia , ictus) consente di verificare se abbiamo sottotrattato i nostri pazienti. Naturalmente se non avremo inserito ne’ i valori numerici di colesterolemia ne’, ad esempio, il problema stenosi carotide sara’ impossibile risalire ai pazienti.

La velocità’ di inserimento dati e’ un obiettivo (non si deve appesantire il lavoro) non trascurabile ma *secondario*

Non saranno considerati in questo documento tutti gli aspetti riguardanti la configurazione delle stampanti e l’utilizzo del programma in genere per i quali si rimanda al manuale in dotazione con il software.

I consigli sull’utilizzo del programma saranno finalizzati al corretto inserimento dei dati nella cartella.

LA CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE

La classificazione ICD-9-CM

(International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification)

La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati per finalità statistiche in gruppi tra loro correlati.

Nel 1975, a Ginevra, nel corso della 29ma Assemblea della Organizzazione Mondiale della Sanità' e' stata approvata la nona revisione della Classificazione (ICD-9).

Negli Stati Uniti, un comitato in cui sono rappresentati sia le Associazioni professionali ed accademiche dei medici, sia le associazioni degli ospedali, sia l'ufficio regionale della Organizzazione Mondiale della Sanità, sia l'amministrazione pubblica (H.C.F.A.), ha sviluppato e provvede ad aggiornare annualmente una versione modificata ed ampliata del sistema ICD, la ICD-9-CM ("INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, 9TH

REVISION, CLINICAL MODIFICATION"), la quale è stata utilizzata ordinariamente a partire dal 1979.

Il termine "clinical" è utilizzato per sottolineare le modificazioni introdotte: rispetto alla ICD-9, la quale è fortemente caratterizzata dall'orientamento a scopo di classificazione delle cause di mortalità, la ICD-9-CM è soprattutto orientata a classificare i dati di morbosità.

La Classificazione ICD-9 nella traduzione italiana predisposta e pubblicata a cura dell'ISTAT ("Classificazioni delle malattie, traumatismi e cause di morte", nona revisione, 1975, Coll. Metodi e Norme, serie C, n. 10, Voll. 1-2), è stata utilizzata ai sensi del D.M. 26/07/1993, per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Le caratteristiche della ICD-9-CM :

La classificazione ICD-9-CM è finalizzata a tradurre in codici alfanumerici i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche.

I codici presenti nella ICD-9-CM relativi alle diagnosi sono costituiti da caratteri numerici o alfanumerici, in numero di tre, quattro o cinque. Quando sono necessari più di tre caratteri, un punto decimale è interposto tra il terzo e il quarto carattere.

I codici presenti nella ICD-9-CM relativi alle procedure sono costituiti da caratteri numerici, in numero di due, tre o quattro. Quando sono necessari più di due caratteri, un punto decimale è interposto tra il secondo e il terzo.

La struttura della ICD-9-CM :

Il sistema ICD-9-CM contiene due classificazioni, una per le malattie ed una per le procedure, ed è costituito da tre parti:

1. Elenco sistematico delle malattie;
2. Indice alfabetico delle malattie;
3. Elenco alfabetico e sistematico delle procedure.

L'elenco sistematico e l'indice alfabetico delle due classificazioni sono concepiti per integrarsi a vicenda.

L'indice alfabetico della ICD-9-CM :

L'INDICE ALFABETICO consente l'agevole ricerca di una singola voce.

Esso contiene l'indice alfabetico delle malattie e della natura dei traumatismi, ovvero una lista alfabetica delle malattie, dei traumatismi, dei sintomi e di altre cause di ricorso ai servizi sanitari.

L'elenco sistematico della ICD-9-CM :

L'elenco sistematico riporta, in ordine progressivo, i codici delle malattie, dei traumatismi, dei sintomi e di altre cause di ricorso ai servizi sanitari e la relativa descrizione. L'elenco sistematico comprende:

1. la classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi;
2. la classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V).

Comprende 17 CAPITOLI, dei quali 10 sono dedicati a specifici organi o apparati anatomici, mentre gli altri 7 descrivono specifiche tipologie di condizioni che interessano l'intero organismo.

Questa classificazione contiene unicamente codici numerici, compresi fra 001 e 999.9.

Nella tabella seguente è riportato l'elenco dei capitoli (che risulta uguale sia per l'ICD-9 che per l'ICD-9-CM).

ELENCO DEI CAPITOLI DELLA CLASSIFICAZIONE ANALITICA DELLE MALATTIE E DEI TRAUMATISMI

Capitolo I	Malattie infettive e parassitarie
Capitolo II	Tumori
Capitolo III	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari
Capitolo IV	Malattie del sangue e degli organi emopoietici
Capitolo V	Disturbi psichici
Capitolo VI	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso
Capitolo VII	Malattie del sistema circolatorio
Capitolo VIII	Malattie dell'apparato respiratorio
Capitolo IX	Malattie dell'apparato digerente
Capitolo X	Malattie dell'apparato genitourinario
Capitolo XI	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio
Capitolo XII	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo
Capitolo XIII	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo
Capitolo XIV	Malformazioni congenite
Capitolo XV	Alcune condizioni morbose di origine perinatale
Capitolo XVI	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
Capitolo XVII	Traumatismi e avvelenamenti

CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO ALLE STRUTTURE SANITARIE (CODICI V).

Questa classificazione è composta da codici alfanumerici che iniziano con la lettera "V". Sono usati per descrivere le circostanze, diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie, o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente.

I codici V possono essere utilizzati per codificare problemi clinici, servizi erogati, oppure circostanze particolari.

PROBLEMI CLINICI: I codici V possono essere utilizzati per codificare un problema clinico che influenza lo stato di salute del paziente, ma che non è una malattia o un traumatismo (es. V14.2 - Anamnesi personale di allergia a sulfamidici).

SERVIZI EROGATI: i codici V descrivono quelle circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che tuttavia possono determinare un ricovero; un tipico esempio di tali circostanze è rappresentato da un paziente portatore di una neoplasia già diagnosticata, che è ricoverato per essere sottoposto a chemioterapia o a radioterapia.

ORGANIZZAZIONE DELL'ELENCO SISTEMATICO.

Un capitolo comprende un gruppo di codici che classificano le malattie attinenti uno stesso apparato anatomico, oppure una stessa tipologia clinica.

Ciascuno dei 17 capitoli e' suddiviso nelle seguenti parti:

BLOCCO :	: insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (es.: malattie infettive intestinali, 001-009);
CATEGORIA :	codici a tre caratteri, alcuni dei quali molto specifici e non ulteriormente suddivisibili (es.: 462 faringite acuta), mentre altri sono ulteriormente suddivisi, con l'aggiunta di un quarto carattere dopo il punto decimale;
SOTTO CATEGORIA:	codici a quattro caratteri; il quarto carattere fornisce ulteriore specificità o informazione relativamente ad etiologia, localizzazione o manifestazione clinica; quando presenti, prevalgono rispetto ai codici a tre caratteri;
SOTTO-CLASSIFICAZIONI :	codici a cinque caratteri, quando presenti prevalgono rispetto ai codici a tre e a quattro caratteri.

Regole generali codifica ICD-9-CM

Codificare una diagnosi rappresenta un'operazione difficile quando la terminologia medica utilizzata è diversa da quella contenuta nella classificazione adoperata.

La **COMPRESIONE DEI TERMINI MEDICI E LA CONOSCENZA DEL SISTEMA DI CODIFICA** consentono di codificare qualsiasi formulazione diagnostica.

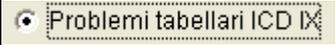
Nel caso in cui non si riesca a reperire la formulazione diagnostica nel manuale della classificazione, non bisogna concludere che nessun codice esista per quella determinata diagnosi; si tratta di trovare i percorsi appropriati per identificarlo, a partire dalla individuazione della diagnosi principale.

Il software Millewin contiene una biblioteca interna con i codici ICD9 relativi alle diagnosi, mancano quelli relativi alla quasi totalità degli interventi chirurgici.

A) PRINCIPI GENERALI PER UN BUON UTILIZZO DEL PROGRAMMA

SOSTITUZIONE CAMPI

I MMG che hanno importato i dati da altri programmi o che hanno lavorato “ a mano libera “ devono riconvertire i loro problemi secondo la codifica ICD9, di seguito ne viene spiegata la procedura:

Mille Utilita' >>> Controllo >>> Sostituzione campi >>> 

>>> 

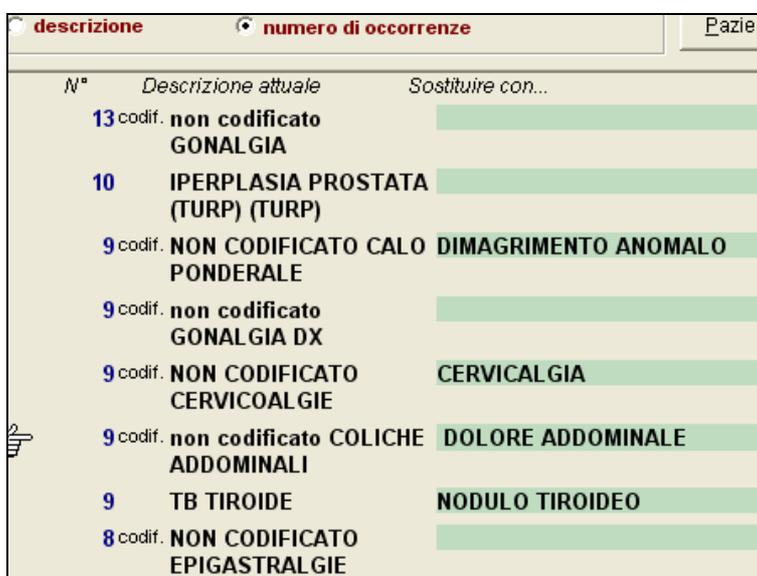
compaiono (per descrizione o in base al numero di occorrenze) tutti i problemi non codificati presenti in archivio che si potranno rapidamente ricodificare con il codice ICD9



Ordinamento		Pazienti		Selezion	
<input type="radio"/> descrizione	<input checked="" type="radio"/> numero di occorrenze				
N°	Descrizione attuale	Sostituire con...			
31	codif. NON CODIFICATO OSTEOPENIA			<input type="radio"/> ASL	
30	codif. non codificato GONALGIA DESTRA			<input type="radio"/> Prov	
26	codif. NON CODIFICATO GONALGIA SN			<input type="radio"/> Com	
24	codif. non codificato MICROEMATURIA			<input type="radio"/> Com	
22	codif. non codificato POLIARTRALGIE			<input type="radio"/> Acc	
20	codif. non codificato EMIBLOCCO ANTERIORE SN			<input type="radio"/> Farr	
15	codif. non codificato GONALGIA BILATERALE			<input type="radio"/> Ese	

Come fare ?

Posizionare il cursore sul campo verde accanto al problema non codificato. Due clic con il mouse apriranno la biblioteca ICD9. Selezionare il problema che andra' a sostituire quello non codificato >>>OK



descrizione		numero di occorrenze		Pazien	
N°	Descrizione attuale	Sostituire con...			
13	codif. non codificato GONALGIA				
10	IPERPLASIA PROSTATA (TURP) (TURP)				
9	codif. NON CODIFICATO CALO PONDERALE	DIMAGRIMENTO ANOMALO			
9	codif. non codificato GONALGIA DX				
9	codif. NON CODIFICATO CERVICOALGIE	CERVICALGIA			
9	codif. non codificato COLICHE ADDOMINALI	DOLORE ADDOMINALE			
9	TB TIROIDE	NODULO TIROIDEO			
8	codif. NON CODIFICATO EPIGASTRALGIE				



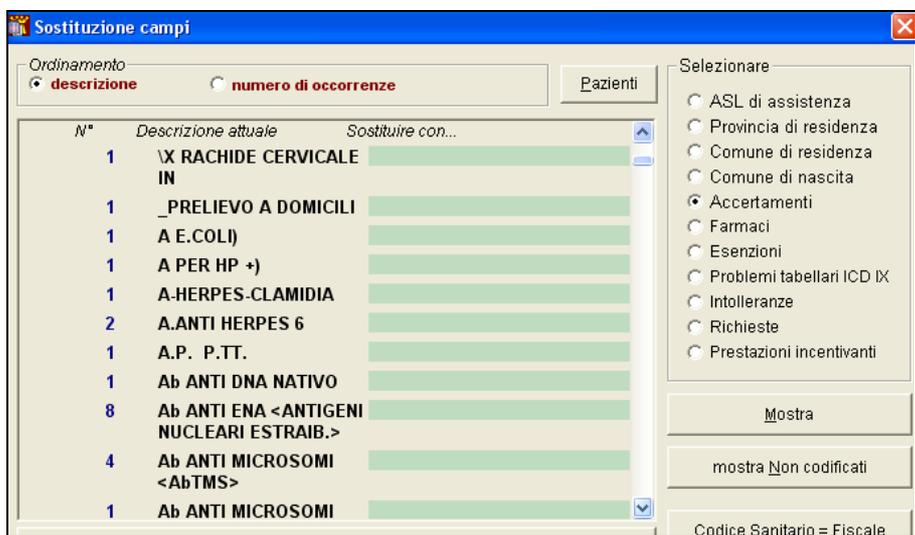
Inserire parecchi problemi per volta e premere il tasto

Il comando ricodifichera' velocemente tutti i problemi non codificati correttamente
RAZIONALE : Ogni problema, comunque lo si definisca, puo' essere identificato solo attraverso il suo numero di codice (se codificato ICD9) ; sarebbe impossibile ricercare altrimenti problemi ai quali sono stati assegnati nomi diversi (nello stesso archivio o in archivi differenti)

La stessa operazione andra' fatta anche per gli **Accertamenti**. (in questo caso per ottenere che il programma riconosca come suo cio' che viene inserito)

Mille Utilita' >>> Controllo >>> Sostituzione campi >>>

>>>



RAZIONALE: Sara' impossibile chiedere al database " quanti ECG....?" Se l'accertamento "ECG" nell'archivio del Dott.Rossi non compare ma e' stato richiesto come "Elettrocardiogramma"

La stessa operazione andra' fatta anche per le esenzioni >>> ecc...

LAVORARE IN " PROBLEMA OBBLIGATORIO "

Come gia' segnalato la cartella medica orientata per problemi consente di associare al problema tutti gli interventi che questo richiede. Tuttavia e' frequente che nella pratica , spesso convulsa , di tutti i giorni questo metodo non venga applicato. Millewin interviene offrendo all'Utente la "modalita' problema obbligatorio ". Questa opzione fa si che il programma non consenta di inserire terapie, accertamenti, certificati senza prima selezionare od inserire un problema.

ISTRUZIONI:

Mille Utilita' >>Manutenzione >> Opzioni >> >>

E' tuttavia frequente che il MMG si trovi a prescrivere accertamenti o terapie indotte per le quali ,ahime', non ne conosca i motivi. In questo caso si puo' aggirare l'ostacolo selezionando

il folder *Questa operazione da' la possibilita' di accedere alle tabelle accertamenti,terapie ecc.senza aver selezionato od inserito un problema.*



La “ *modalita' problema obbligatorio* “ **puo' sembrare una strada obbligata ed un aggravio di lavoro, tuttavia e' una procedura assolutamente indispensabile per avere un archivio intelligente e non caotico.**

LA CODIFICA DEI PROBLEMI

Come gia' espresso si definisce problema **qualunque evento** che giunga all'osservazione del Medico : **va sempre inserito nel database e possibilmente inserito utilizzando la codifica ICD9.** La tabella “ *codifica problema tabella ISTAT* “ contiene quasi tutte le definizioni che ci *occorrono*. Talvolta bisogna, con un po' di fatica, andarle a cercare.

Esempio: non esiste il termine “ gonalgia “ bensì “ dolore articolare” al quale e' possibile aggiungere “ *ginocchio* “.

- **codificare un problema con il codice ICD9 :**



aprire la maschera per inserire un nuovo problema

aprire la biblioteca dei problemi codificati ICD9

inserire una diagnosi

oppure un sintomo

Riflettiamo su alcuni particolari :

1. La codifica di un problema si scompone nel codice numerico ICD9 (es tosse = cod.786.2) e nel nome del problema (*tosse*)
2. Spesso il linguaggio usato dai Medici e' molto diverso dai termini tabellari ICD9 (ES: cod.426.52 *Blocco di branca destra e blocco fascicolare sinistro anteriore*molto piu' semplicemente BBDx + EASn)
3. Talvolta e' necessario aggiungere qualche notazione a completamento della diagnosi ICD9 (ES cod.719.4 *Dolore articolare...* ginocchio dx



Come inserire un problema che abbia la stessa definizione per pazienti diversi ed anche per tutti i Ricercatori(che sia pertanto univoco) e nel contempo tale definizione possa essere modificata per una piu' facile lettura ?

Fortunatamente Millewin possiede i requisiti di di rigidita' tipici di un supporto informatico e di flessibilita' tipici di un supporto cartaceo in quanto :

- attraverso il codice numerico ICD9 si puo' risalire all'esatta definizione del problema
- attraverso il campo dei problemi si puo' modificare la definizione secondo un linguaggio piu' “medico”



Quindi : nella codifica ICD9 modificare la definizione non modifica il codice

Esempio : il problema ICD9 “ *artrosi anca* ” ha il codice 715.95 oppure
(715.15) *Artrosi localizzata primaria, anca*

Problema ICD IX	Completamento della definizione o problema non codificato
ARTROSI ANCA	Aggiungi
to (715.95/00) ARTROSI ANCA	

Se il termine non piace possiamo sostituirlo con “ *coxartrosi* ”

Problema ICD IX	Completamento della definizione o problema non codificato
ARTROSI ANCA	Sostituisci COXARTROSI
to (715.95/00)	

oppure possiamo aggiungere al problema artrosi anca una ulteriore definizione “ *destra* ”

Problema ICD IX	Completamento della definizione o problema non codificato
ARTROSI ANCA	Aggiungi DESTRA
ato (715.95/00) ARTROSI ANCA DESTRA	

Sia che sostituiamo la codifica con un termine a noi piu' congeniale (*coxartrosi*) sia che aggiungiamo una qualche definizione (*destra*) il codice ICD9 rimane invariato e consente di risalire all'origine del problema.

Il campo “ **Completamento della definizione o problema non codificato** ” e' un campo sul quale scrivere liberamente. Serve per 1) aggiungere una definizione ad un problema codificato, 2) sostituire una definizione ad un problema codificato

- **codificare un problema senza codice ICD9 (se possibile da evitare):**

Talvolta un sintomo/problema non e' ben definibile (e' possibile anche non ricordare il termine esatto) oppure il paziente presenta sintomi associati oppure il sintomo/problema non e' presente nella tabella ICD9(evento non frequente)

In questo caso, *in attesa comunque di una ulteriore definizione del problema* , si potra' inserire il/i termine/i senza codifica ICD9 nel campo “ *Completamento della definizione o problema non codificato* ”

Problema ICD IX	Completamento della definizione o problema non codificato
	Aggiungi ONDE T DIFASICHE IN V4 V5 V6
to ONDE T DIFASICHE IN V4 V5 V6	

Il campo “ **Completamento della definizione o problema non codificato** ” e' un campo sul quale scrivere liberamente. Serve anche per definire un problema che non ha codifica

EVITARE I TERMINI RIDONDANTI

Si raccomanda di inserire i problemi con la codifica ICD9 con una certa logica. Come si potra' notare la lista dei termini e' infinita e piuttosto ridondante. Utilizzarla ossessivamente non solo fara' perdere tempo ma potra' anche generare errori nell'inserimento dei dati.

Ad esempio : scegliere di inserire il seguente problema “ *Cardiopatía ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca congestizia* ” (Cod 402.10) pone alcuni interrogativi:

- a) Sicuramente il paziente e' iperteso
- b) Ha una insufficienza cardiaca o uno scompenso cardiaco ?
- c) Dopo terapia sicuramente l'insufficienza non sara' piu' congestizia
- d) Come recuperare un problema con un codice diverso dall'ipertensione (401) e dall'insufficienza cardiaca (428.9) ?

E' piu' semplice ed efficace codificare “ *Ipertensione* ” ed “ *Insufficienza cardiaca* ”

COLLEGARE UN INTERVENTO AD UN PROBLEMA

Abbiamo detto che nella “cartella medica orientata per problemi” ogni intervento dovrebbe essere collegato al problema che lo ha generato.

Basta pensare alla nostra quotidiana attività: ogni volta che prescriviamo una terapia, un accertamento o annotiamo un esame obiettivo e’ sempre per un problema. Non solo per lo scompenso cardiaco ma anche per la stipsi, arrossamento agli occhi oppure per un problema a noi non chiaro che genera una prescrizione indotta.



Quindi: non esiste mai prescrizione senza problema

Come fare?

Se il problema ancora non esiste bisognerà aprirlo  ed automaticamente qualunque prescrizione rimarrà ad esso collegata

Se il problema è noto e già presente nel nostro archivio bisogna selezionarlo:

Selezionare il problema e richiedere accertamenti, prescrivere terapie ecc.

Lista Problemi		problemi chiusi		protocolli		Terapie		Richieste		Vaccini		consigli		mBds	
99	↑	NEOPLASIA EPATICA													
98	↑	STENOSI A.ILIACA SN PREGRESSA													
97	↑	STENOSI ARTERIA CAROTIDE													
94	↑	EPATITE CRONICA DA EPATITE C													
01	↑	*DOLORE ARTICOLARE ANCA													
01	↑	*DOLORE ARTICOLARE GINOCCHIO BIL													
01	↑	*DISPNEA													
98	↑	*ANEMIA													
99	↑	PERIARTRITE SCAPOLO OMERALE DX													
99	↑	ERNIA HIATUS ESOFAGEO													

Sogg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diario
02.10.2005						
08.06.2001				dopo alcuni dubbi si consolida il sospetto diagnostico di neoplasia epatica (aumento nelle dimensioni delle formazioni nodulari). La paziente sta bene		

Accertamenti		Pressione		Certificati		Esenz.	
				Farmaco		n°	
02.10.05							
04.02.02				OMEPRAZEN*14CPS 20MG			
29.01.02				ALDACTONE*10CONF 100I			
				FERROGRAD*40CPR 525M			
22.01.02				PORTOLAC EPS*OS POLV			
				TORADIUR*14CPR DIV 10M			
04.01.02				KONAKION*IM 3F 1ML 10M			
19.12.01				QUESTRAN*OS 12BUST 40			
09.11.01				SERETIDE DISKUS 50/250*			

Accertamenti		Pressione		Certificati		Esenz.	
				Accertamento		Risult	
14.01.02				FERRITINA			57
06.09.01				ALFA 1 FETOPROTEINA			
02.07.01				ALFA 1 FETOPROTEINA			25
12.01.00				CA 19.9 <ANTIGENE CARC			4,18
				CA 125 <ANTIGENE CARB			16
				ALFA 1 FETOPROTEINA			71,03
				CEA <ANTIGENE CARCIN			4

Puo’ capitare che alcuni interventi siano stati erroneamente collegati a problemi che non hanno nulla a che vedere. E’ possibile selezionarli e collegare al problema corretto:

**Selezionare l'accertamento (oppure la terapia)>>>>
 Tasto destro >>CAMBIA PROBLEMA
 (L'accertamento eco addome sup., collegato precedentemente a epatite cronica, viene collegato al problema neoplasia epatica**

The screenshot shows a medical software interface. On the left, a list of problems is displayed, with 'EPATITE CRONICA DA EPATITE C' selected. On the right, a list of prescriptions is shown, including 'OMEPRAZEN 14CPS 20MG', 'ALDACTONE 10CONF 100I', 'FERROGRAD 40CPR 525M', 'PORTOLAC EPS OS POLV', 'TORADIUR 14CPR DIV 10M', 'KONAKION IM 3F 1ML 10M', 'QUESTRAN OS 12BUST 40', and 'SERETIDE DISKUS 50/250'. A context menu is open over the 'ECO ADDOME SUPERIORE' prescription, with 'Cambia problema' highlighted.

Selezionare il nuovo problema al quale collegare l'accertamento o la terapia

The screenshot shows a 'Scegli problema' dialog box. The dialog box lists various problems, with 'NEOPLASIA EPATICA' selected. The list includes: NEOPLASIA EPATICA, STENOSI A.ILIACA SN P, STENOSI ARTERIA CAROTIDE, EPATITE CRONICA DA EPATITE C, DOLORE ARTICOLARE ANCA, DOLORE ARTICOLARE GINOCCHIO BILAT, DISPNEA, ANEMIA, PERIARTRITE SCAPOLO OMERALE DX, ERNIA HIATUS ESOFAGEO, MORBO DI BASEDOW - MORBO DI GRAVES - OSTEOPOROSI, SPONDILOARTROSI, and STENOINSUFFICIENZA AORTICA. The 'OK' button is highlighted.

Collegare al problema consente di:

- 1) Avere sotto controllo il calendario degli interventi (richiesta di accertamento, terapia, esame obiettivo, ecc)
- 2) Visualizzare velocemente quello che e' stato richiesto per quel problema
- 3) Stampare la cartella e selezionare solo quello che e' stato richiesto per quel problema

ESEMPIO:

The screenshot shows a medical software interface. On the left, a list of diagnoses is displayed, with 'NEOPLASIA EPATICA' at the top. On the right, there are two tables: 'Farmaco' (Medication) and 'Accertamenti' (Lab Tests). The 'Accertamenti' table shows a result for 'ALFA 1 FETOPROTEINA' on 26.11.99 with a value of 71.03. A callout box on the right side of the image points to this result with the text: 'Accertamenti collegati al problema neoplasia epatica'.

L'ACCORPAMENTO:

L'accorpamento avviene quando due o più problemi vengono riuniti in unico problema. **E' una procedura da usare con molta cautela**, pena perdere il controllo dei problemi del paziente e non recuperarne i dati.

Di seguito un esempio :

Paziente con *coxartrosi, spondiloartrosi, gonartrosi*. Si potrebbe pensare di liberare spazio sulla lista problemi aprendo un nuovo problema codificato ICD9 " *artrosi generalizzata*"

The screenshot shows the 'Lista Problemi' window. The list contains the following items:

- 03 IPERTENSIONE ARTERIOSA
- 05 *ARTROSI GENERALIZZATA (highlighted)
- 05 SPONDILOSI LOMBOSACRALE
- 05 ARTROSI ANCA
- 05 ARTROSI GINOCCHIO

e accorpate a quest'ultimo i tre problemi di cui sopra ottenendo questo risultato :

The screenshot shows the 'Lista Problemi' window after consolidation. The list now contains only two items:

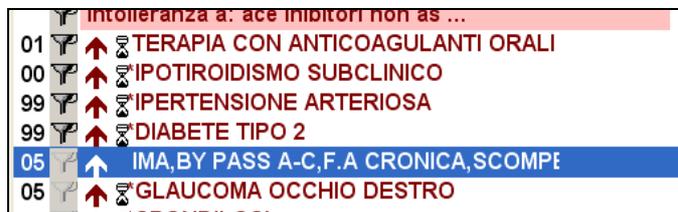
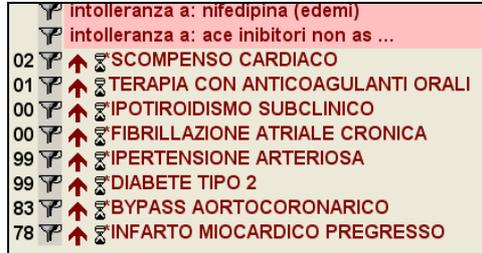
- 03 IPERTENSIONE ARTERIOSA
- 05 *ARTROSI GENERALIZZATA (highlighted)

Abbiamo ottenuto il risultato di accorciare la lista dei problemi. Se però andiamo a fare una ricerca sugli archivi i tre problemi non li troviamo più'.



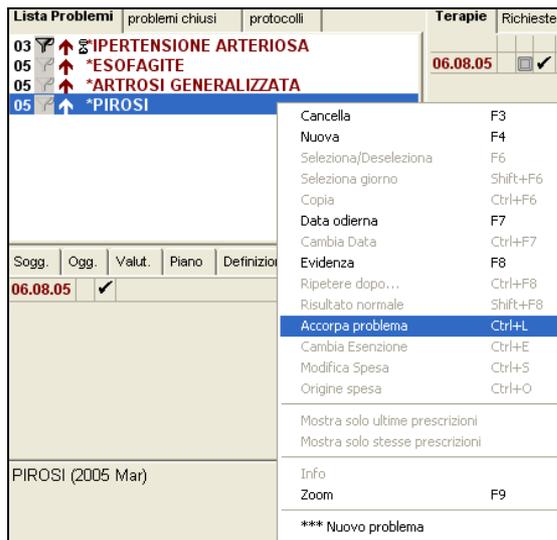
Si raccomanda di usare l'accorpamento solo in caso di **accorpamento di sintomi che esitano in una diagnosi** (vedi oltre) o di **una diagnosi errata in quella corretta** (vedi oltre)

Es: corretto accoppiare il problema/sintomo ICD9 “Piroso” in “ Esofagite da reflusso”
 corretto accoppiare il problema/sintomo ICD9 “Dispnea” in “BPCO”
 scorretto accoppiare problemi importanti (scompenso cardiaco, fibrillazione atriale cronica, by pass aorto coronarico, infarto miocardico pregresso) in un unico problema che riassume tutto “a mano libera”



Come accoppiare :

Selezionare il problema **piroso**
 Tasto destro
 Accorpa problema



Selezionare il problema nel quale accoppiare **piroso** :
 “ESOFAGITE “



ACCORPAMENTO VELOCE:

Per accoppiare il sintomo disuria al problema Ipertrofia prostatica:

Selezionare il problema
 disuria e **Definizione**

Lista Problemi		problemi chiusi	protocolli
05	↑	*DISURIA	
03	↑	FRATTURA 5° COSTA EMITORACE DE	
03	↑	DISTORSIONE GINOCCHIO DESTRO	
99	↑	*SPALLA DOLOROSA	

Sogg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diario
07.10.05	<input type="checkbox"/>					
Aggiungi						
20.07.05	<input type="checkbox"/>			DISURIA		

Inserire il nuovo problema ICD9
 nel campo superiore (dedicato ai
 problemi ICD9)

Lista Problemi		problemi chiusi	protocolli
05	↑	*DISURIA	
03	↑	FRATTURA 5° COSTA EMITORACE DE	
03	↑	DISTORSIONE GINOCCHIO DESTRO	
99	↑	*SPALLA DOLOROSA	

Sogg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diario
				PERTROFIA PROSTATICA		
Aggiungi						
20.07.05	<input type="checkbox"/>			DISURIA		

DIAGNOSI SBAGLIATA

L'accorpamento viene utilizzato anche in caso di diagnosi sbagliata

Per esempio alla prima consultazione il paziente si presenta con un dolore non ben definito al ginocchio e si sospetta una tendinite della zampa d'oca. Dopo una settimana il ginocchio gonfia. Si deve accorpare la diagnosi sbagliata di tendinite a quella di idrarto con la stessa procedura descritta precedentemente

04	↑	*MALATTIA LYME ?	
05	↑	*TOSSE	
05	↑	*IDRARTRO GINOCCHIO SN	
05	↑	*LUPUS ERITEMATOSO DISSEMINATO	
05	↑	*SINDROME TUNNEL CARPALE	
05	↑	*DISCOPATIA L5-S1	
02	↑	*ARTROSI COXOFEMORALE < COXAF	
99	↑	*SAFENECTOMIA DESTRA	

Sogg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diario
01.12.05	<input type="checkbox"/>					
Aggiungi						
01.12.05	<input type="checkbox"/>			IDRARTRO		
Aggiungi						
				GINOCCHIO SN		
25.10.05	\$			TENDINITE O BORSITE ZAMPA D'OC.		
Aggiungi						
				SN		

DAL SINTOMO ALLA DIAGNOSI

Spesso il paziente riferisce al MMG sintomi (fisici, psicologici) o presenta referti anormali. Sia il sintomo che un referto anormale rappresentano un problema che va codificato. E' possibile che il sintomo non porti ad una diagnosi (colica addominale) come pure un referto. *In questo caso il problema verra' chiuso* (vedi prossimo paragrafo).Laddove il sintomo riveli una diagnosi (es dispnea >>> scompenso cardiaco o asma ecc) verra' aperto un nuovo problema ed il sintomo verra' accorpato al problema che lo ha generato . Dicasi lo stesso per un referto alterato.



se il sintomo non compare nella tabella ISTAT inserirlo nel campo " *Completamento della definizione o problema non codificato* " a mano libera

PROBLEMI ATTIVI,PROBLEMI CRONICI,PROBLEMI CHIUSI

Definiamo *problema attivo* un problema presente

Definiamo *problema cronico* un problema che non guarira'

Definiamo *problema chiuso* un problema risolto

In realta' questa rigida suddivisione non e' affatto semplice ,in particolar modo e' bene fare attenzione a chiudere un problema soprattutto da quando i problemi chiusi sono stati considerati a parte e non sono piu' a vista .

Lista Problemi	problemi chiusi	protocolli

Questo cosa comporta ? Comporta ad esempio che se considerassimo la calcolosi della colecisti come problema chiuso (paziente operato di colecistectomia) rischieremmo di richiedere una ecografia della colecisti ad un paziente colecistectomizzato. ***Questo semplicemente perche' i problemi chiusi non sono piu' a vista e si puo' incorrere in sviste grossolane.***



Consiglio: Considerare come problemi chiusi solo i sintomi risolti oppure *problemi realmente risolti, che SICURAMENTE non si possono piu' ripresentare e che non debbano rimanere a vista*

Lista Problemi	problemi chiusi	protocolli
05	*DOLORE ADDOMINALE DNDD	
04	*PIROSI	
01	*ASTENIA	
00	*MASTITE	
98	SCOTOMI	



Visto che frequentemente esiste una sottile differenza tra problemi attivi e problemi cronici e' bene non insistere nel differenziarli (e' tuttavia evidente che diabete,ipertensione,scompenso cardiaco, BPCO ecc rappresentano problemi cronici e come tali andrebbero codificati)



Come si chiude un problema ? Deselezionare con il mouse le icone nella lista problemi accanto al problema che si vuole chiudere

COME CODIFICARE I PROBLEMI CHE SI RIPRESENTANO

Come comportarsi con un paziente che tutti gli anni si ammala di influenza o paziente che tre volte l'anno ha la cistite ?

E' un problema particolare perche' , a prima vista ,sembrerebbe ridondante aprire tre volte l'anno un nuovo problema cistite e inserire quelli precedenti nei problemi chiusi. In questo esempio si apre ogni volta il problema "cistite acuta " e lo si chiude alla guarigione **ESEMPIO:**

Esempio 1

Ogni volta si apre un nuovo problema e lo si chiude

Lista Problemi	problemi chiusi	protocolli
05	*CISTITE ACUTA	←
05	*DOLORE ADDOMINALE DNDD	
04	*CISTITE ACUTA	←
04	*CISTITE ACUTA	←
04	*PIROSI	
01	*ASTENIA	
00	*MASTITE	
98	SCOTOMI	

Si potrebbe anche mantenere lo stesso problema , *lasciandolo attivo* ,senza aprire quelli successivi e scrivere sul diario clinico i nuovi eventi. **ESEMPIO:**

Esempio 2

Al problema cistite e' stato aggiunto " ricorrente"

Nel diario si inseriscono i nuovi eventi

Lista Problemi	problemi chiusi	protocolli
03	*CATARATTA	
03	*SPALLA DOLOROSA	
03	*DEPRESSIONE	
02	*ARTROSI MANO BILATERALE	
00	*EMBLOCCO ANTERIORE SN	
00	*DISLIPIDEMIA - IPERLIPIDEMIA -	
99	*SPONDILIOARTROSI	
05	*SAFENECTOMIA SINISTRA	
04	*CISTITE ACUTA RICORRENTE	
00	*ALLUCE VALGO	

Sogg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diario
13.08.05		✓				V
06.04.05				↔ la paziente lamenta nuovamente sintomi urinari a tipo cistite acuta		V
06.08.04				↔ nuovo episodio di cistite acuta		V
06.03.04				↔ disuria,iperpiressia		V

Questa modalita' (esempio 2) consente di avere a vista il problema (e' nella **Lista Problemi**) e quindi sembrerebbe piu' utile nell'attivita' clinica quotidiana , si perderebbero pero',nella ricerca, i dati su tutti gli eventi ; la ricerca su quante cistiti ha la Paziente darebbe come risultato 1.

Piu' corretto , anche ai fini di una ricerca , inserire ogni volta il nuovo problema e chiuderlo quando guarito (influenza, faringo tonsillite, cistite ecc) (esempio 1)

Che fare quindi ? Proprio perche' e' importante sapere quanti sono i problemi acuti e dato che si ha la possibilita' di chiudere i problemi risolti (che non andranno quindi ad allungare la lista dei problemi a vista si consiglia di utilizzare come metodo quello di inserire il problema ogni volta che si presenta e chiudere i precedenti gia' risolti (Esempio 1)

.....NON FARSI SFUGGIRE I PROBLEMI

ESEMPIO di referto ECO addome che riporta:

“ Modesto grado di epatomegalia con alterazioni dell'ecostruttura parenchimale di tipo steatosico. Normale reperto biliopancreatico in esiti di colecistectomia. Milza nei limiti. Reni in sede di normali dimensioni e morfostruttura tranne che per la presenza di cisti corticali multiple, la piu' voluminosa , multiloculare, al terzo superiore del rene destro e con un calibro massimo di mm 70. Non segni di uropatia ostruttiva. Aorta addominale tortuosa ed ateromasica con dilatazione aneurismatica in sede sottorenale con calibro massimo A-P di mmm 34;dilatate anche le aa. iliache comuni con calibri di mm 21 a destra e 16 a sinistra. Vescica urinaria distesa a pareti regolari. La prostata, esaminata per via sovrapubica si presenta aumentata di volume con maggior diametro trasversale di mm 52”.



L'attenzione deve essere su tutti i problemi (anche quelli apparentemente nascosti)

Quindi codificare:

1. Calcolosi colecisti (e aggiungere colecistectomia) ICD9 574.2
2. Statosi epatica ICD9 571.8
3. Cisti renale acquisita (modificata in cisti renali) ICD9 593.2
4. Aneurisma aorta ICD9 441.9
5. Aneurisma arteria iliaca ICD9 442.2
6. Iperptrofia prostata ICD9 600

Codificare steatosi epatica puo' sembrare eccessivo ma da' ragione ad esempio di un modesto aumento della transaminasi altrimenti non spiegabile

.....IL PAZIENTE CON NUMEROSI PROBLEMI CRONICI

Tutti i problemi cronici del paziente devono essere inseriti nella lista problemi. Spesso un paziente e' portatore di numerosi problemi allo stesso apparato oppure conseguenti ad una patologia principale.

Tutti vanno inseriti. ESEMPIO:

1. Paziente con fibrillazione atriale, infarto miocardico pregresso, by pass aorto coronarico, scompenso cardiaco, insufficienza mitralica ...*inserire tutto*
2. Paziente con cirrosi epatica, ipertensione portale, varici esofagee...*inserire tutto*

RAZIONALE: Ogni problema, anche se appartiene allo stesso apparato ha una sua peculiarita' , una sua nosografia, terapia ecc. Quindi va segnalato, anche perche' talvolta alcuni problemi connessi sono ancor piu' importanti della patologia originaria (*e' il caso ad esempio delle varici esofagee nel cirrotico*)

.....DOVE METTERE TUTTI I PROBLEMI

E' evidente che l'inserimento di ogni problema che si presenta comportera' una lista enorme e apparentemente non visitabile. Di fatto i problemi cronici del Paziente ,anche se numerosi ,formeranno una lista abbastanza gestibile. Tutti gli altri sono problemi acuti o passeggeri che , una volta chiusi , andranno a riempire la lista dei problemi chiusi (che non e' alla vista del MMG). Quindi nessuna difficolta'.

.....I FALSI PROBLEMI CRONICI

Alcuni problemi si presentano occasionalmente. Per alcuni l'inserimento secondo la codifica ICD9 non consente , quando si scorre la lista dei problemi, di distinguere se il problema e' cronico o no. E' il caso ad esempio di un episodio di cefalea o un episodio accessuale di asma in paziente che non ha mai sofferto di tale patologia.

ES: paziente che necessita di un certificato di malattia di un giorno per “mal di testa”.
L'inserimento del problema

05   *CEFALEA potrebbe creare confusione e definire il paziente come affetto da cefalea cronica.

Aggiungere nel campo a mano libera una notazione puo' risolvere il problema purché la notazione sia dirimente; aggiungere

05   *CEFALEA EPISODICA puo' sempre generare confusione meglio aggiungere

05   *CEFALEA (UNICO EPISODIO)

Oppure potrebbe convenire, quando si ha la certezza che il problema e' realmente episodico, aprirlo e chiuderlo già nella prima consultazione. Lasciarlo aperto pensando di chiuderlo successivamente potrebbe generare l'errore di considerare il paziente come affetto da cefalea cronica



Questo esempio porta a riflettere come una definizione, ancorché corretta, porta veramente fuoristrada se non si usa metodo e attenzione (sia nella ricerca che nell'attività clinica)

Esempio: il paziente riferisce la comparsa di stipsi da pochi mesi: sarebbe un errore codificare "STIPSI" dato che esistono le condizioni per sospettare una neoplasia e chiedere una colonscopia. Corretto inserire " STIPSI DI RECENTE INSORGENZA" (Il problema stipsi codificato senza la definizione temporale potrebbe essere considerato come cronico)

.....IL PAZIENTE LAMENTA UN SINTOMO CHE POTREBBE ESSERE PARTE DI UN PROBLEMA CRONICO GIÀ INSERITO (OPPURE UNA RIACUTIZZAZIONE)
Questa e' una evenienza frequente

Ad esempio: paziente con vecchia diagnosi codificata di artrosi ginocchio che si presenta con dolore al ginocchio

Paziente con diagnosi di spondiloartrosi che si presenta con mal di schiena

Verrebbe spontaneo non inserire il problema nuovo (dolore articolare ginocchio oppure lombalgia) ...magari scrivere due righe sul diario collegato ai problemi già codificati (artrosi ginocchio e rachide)

N.B. : non e' detto che il dolore al ginocchio sia per forza espressione dell'artrosi e neppure il dolore lombare e comunque rappresentano sempre un nuovo evento.

CHE FARE ?: inserire un nuovo problema ICD9 (dolore articolare ginocchio, lombalgia) e monitorare il paziente. Se il dolore era dovuto all'artrosi chiuderlo quando sarà migliorato (tanto la diagnosi principale e' stata già codificata) altrimenti se era dovuto ad una meniscopatia sarà aperto un nuovo problema (lesione menischi) ed accorpato il dolore articolare a questo problema.

RAZIONALE: In questo modo ogni episodio di dolore al ginocchio del nostro paziente potremo sia estrarlo che visionarlo nella lista dei problemi chiusi.



N.B. : nel caso che il dolore al ginocchio sia una riacutizzazione della gonartrosi e' corretto accorpare il sintomo dolore ginocchio alla artrosi pregressa e già codificata?. NO: in questo caso uno dei due problemi, come già detto sparirebbe, inoltre il programma consente solo l'accorpamento dei problemi più vecchi a quelli nuovi (secondo una logica che prima esiste il sintomo e poi la diagnosi). Quindi accorpare dolore al ginocchio (più recente) al problema artrosi ginocchio (più vecchio) darebbe come risultato di far sparire il problema artrosi (più vecchio) e di far vedere solo il problema dolore (più recente)...e questo ovviamente non e' giusto

Alcune patologie croniche importanti presentano episodi di **esacerbazione** . E' questo il caso soprattutto della BPCO ma anche della cistite cronica , malattia di Crohn, colite ulcerosa , della gia' accennata artrosi, artrite reumatoide ecc.

Che fare quindi quando un paziente con BPCO consulta il MMG per febbre e tosse ? Anche se il problema BPCO e' gia' inserito e come tale ci si aspettano le esacerbazioni si suggerisce di inserire i nuovo eventi nella lista problemi e chiuderli quando risolti . Questo non solo ai fini della ricerca ma soprattutto per avere un dato utile per monitorare il paziente.

Naturalmente gli episodi di esacerbazione non vanno confusi con i sintomi tipici della patologia : ad esempio la dispnea nel paziente con BPCO o scompenso cardiaco sono problemi tipici della patologia , non rappresentano un a esacerbazione e non vanno inseriti ad ogni accesso
 In questa tabella si segnala il problema cronico ed il nuovo problema da inserire e poi chiudere

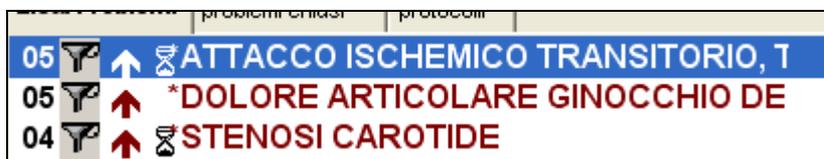
Problema cronico	Problema nuovo da inserire
BPCO	Febbre,tosse , bronchite ecc
Artrosi	Dolore articolare ecc
Artrite reumatoide	Dolore articolare ecc
CUC Crohn	Diarrea, dolore addominale, febbre ecc
Cistite cronica	Disuria, cistite ecc

IL RICOVERO OSPEDALIERO

Il Paziente viene ricoverato e dimesso. Normalmente presenta al Medico curante una relazione sulla degenza , accertamenti eseguiti e la diagnosi di dimissione.

Nell'esempio seguente si presenta un modello di inserimento dei dati nella cartella informatizzata riguardante un caso clinico di TIA:

Preso visione della relazione clinica si inserisce la/le diagnosi di dimissione con codifica ICD9:



Nella tabella degli accertamenti si inserisce l'accertamento "RICOV.NEUROLOGIA" (collegato a TIA) e nel campo a mano libera la relazione ospedaliera e le conclusioni



Gli accertamenti eseguiti durante il ricovero e' bene siano inseriti come accertamenti distinti.

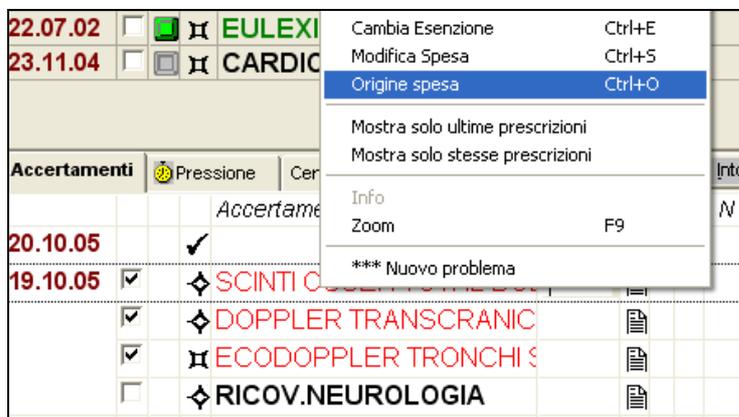
		Accertamento	Risultat	
20.10.05		✓		
19.10.05	<input type="checkbox"/>	◆ SCINTI OSSEA TOTAL BO		📄
	<input type="checkbox"/>	◆ DOPPLER TRANSCRANIC		📄
	<input type="checkbox"/>	⌘ ECODOPPLER TRONCHI S		📄
	<input type="checkbox"/>	◆ RICOV.NEUROLOGIA		📄

RAZIONALE : Trascrivere gli accertamenti all'interno del campo libero del Ricovero significa

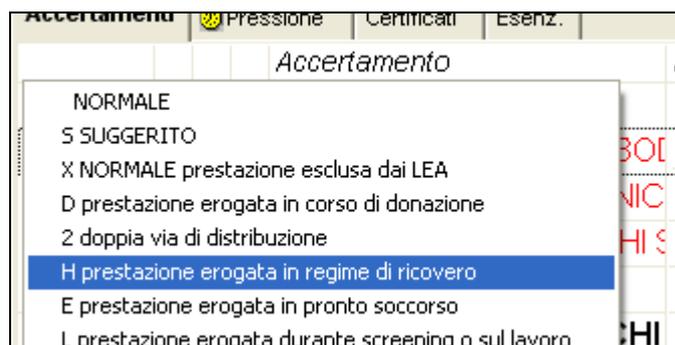
- 1) Non averli a vista
- 2) Non poterli quindi confrontare con gli stessi esami fatti in altro periodo

3) Non recuperarli per una ricerca

E' opportuno comunque segnalare che gli esami sono stati effettuati durante il ricovero; per fare cio' selezionare gli accertamenti e fare click con il tasto destro del mouse, selezionando "Origine spesa"



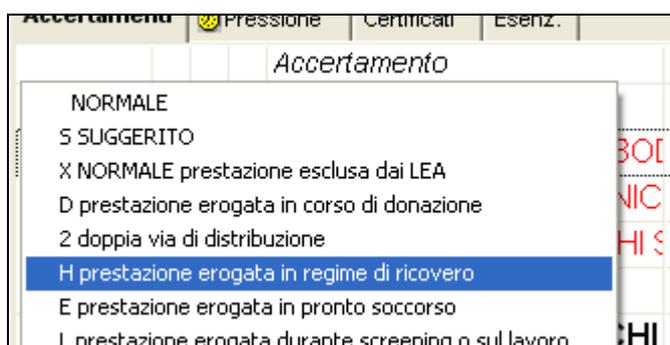
H Prestazione erogata in regime di ricovero



Si consiglia di utilizzare uno scanner dotato di un software per il Riconoscimento Ottico dei Caratteri (OCR) per trasferire integralmente il testo degli accertamenti

CHI RICHIEDE CIO' CHE PRESCRIVO ?

La procedura mostrata in precedenza : **Selezione degli accertamenti >>>tasto destro >>>Origine spesa**



puo' essere utilizzata ogni volta che si voglia definire chi ha richiesto (o dove e' stato eseguito) un determinato accertamento (o una terapia se ci troviamo nel riquadro delle terapie).

Infatti talvolta il paziente riceve prestazioni in regime di ricovero, sul luogo di lavoro ecc. Succede anche che richieste di accertamenti o prescrizione di terapie vengano fatte da Colleghi in ambito privatistico. Puo' essere utile segnalarlo : S SUGGERITO (soprattutto ai fini di una ricerca) in particolar modo se non si e' del tutto convinti dell' appropriatezza della prescrizione

COME CODIFICARE GLI INTERVENTI CHIRURGICI

Millewin non contiene una biblioteca degli interventi chirurgici codificati.

Si presentano alcuni problemi da risolvere:

1. Nella maggior parte dei casi un intervento chirurgico ,benche' rappresenti la guarigione (es. colecistectomia , asportazione di ernia discale) **non deve essere considerato un problema chiuso** poiche':
 - Nascosto tra i problemi chiusi diventa poco accessibile
 - Spesso un intervento chirurgico, benche' rappresenti la guarigione, e' dovuto a malattie che devono essere considerate attive (Tumorectomia mammaria per K, resezione del colon per K , ecc.....)
2. Un intervento chirurgico deve essere riportato con la sua definizione
3. Anche il problema principale che ha richiesto l'intervento deve essere codificato ICD9 e spesso evidenziato

Si ricorda sempre che un problema ICD9 ha un numero di codice che lo identifica

Definizione	06.08.05	Aggiungi
	10.10.00	Sostituisci coi
	K RETTO	NEOPLASIA DEL RETTO (RESEZIONE ANTERIORI)

Il problema K retto ha il codice 154.1. Nell'esempio sopra riportato e' stata sostituita la definizione K retto con "neoplasia del retto" e l'intervento eseguito.

Lista Problemi	problemi chiusi	protocolli	
03	↑	⌚	LOMBALGIA E/O SCIATALGIA
00	↑	⌚	NEOPLASIA DEL RETTO (RESEZIONE AI
04	↑	⌚	DEPRESSIONE

Abbiamo raggiunto in questo caso l'obiettivo di codificare la malattia (codice ICD9 154.1) e di visualizzare ed identificare l'intervento chirurgico.

E' evidente che non si puo' chiudere un problema del genere.

Analogamente il problema calcolosi della colecisti (ICD9 574.2) puo' essere modificato aggiungendo o sostituendo con "colecistectomia "

04	↑	⌚	ARTROSI ANCA
09	↑	⌚	*IPERTENSIONE ARTERIOSA
01	↑		*SOSPETTO: ESOFAGITE
04	↑		*EPICONDILITE GOMITO DESTRO
09	↑	⌚	*IPOTIROIDISMO
07	↑	⌚	*IPERCOLESTEROLEMIA PURA
04	↑	⌚	*SPONDILOARTROSI
09	↑		*COLECISTECTOMIA



*Si raccomanda di mantenere come “**problemi attivi**” gli interventi chirurgici*

NB.: Si fa notare come nei due esempi precedenti il problema neoplasia del retto sia rimasto in evidenza (e sia stato aggiunto resezione anteriore) e nel caso della calcolosi della colecisti si sia preferito evidenziare solamente colecistectomia. E' evidente la differenza dei due problemi nel follow up (entrambi attivi ed in evidenza ma di ben diverso peso !)

In entrambi i casi il codice ICD9 definisce esattamente i problemi anche se sono stati modificati

QUINDI: 1) Aggiungere sempre al problema iniziale (codificato ICD9) il tipo di intervento chirurgico

2) Lasciare sempre il problema attivo

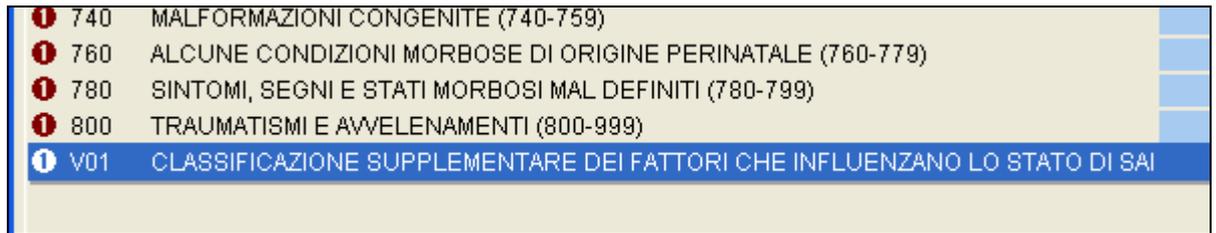


Notare che sostituire totalmente alla definizione del problema l'intervento chirurgico puo' generare grave confusione. Infatti se sostituire al problema “calcolosi della colecisti” (codificato ICD9) il termine “colecistectomia” non cambia molto le cose, ben diverso sara' sostituire il problema “ K COLON” (anche se codificato ICD9) con il termine “ Resezione del colon “ che , come e' noto, puo' essere fatta per un polipo, diverticolite ecc. Sia visivamente che nell'invio della cartella clinica o in un certificato infatti rimarra' la definizione “ Resezione del colon “ e non il vero e grave problema originario (Peraltro presente nella codifica ICD9)

.....ALCUNI PROBLEMI E COME AFFRONTARLI

Come gia' sottolineato ogni intervento(prescrizione, valutazione ecc) dovrebbe essere collegato al problema che lo ha generato. In qualche caso questo modo di procedere potrebbe creare qualche difficolta'. **E' il caso di prescrizioni che potrebbero essere collegate correttamente a problemi diversi** (ad esempio colesterolo collegato al diabete oppure alla dislipidemia) **oppure prescrizioni fatte solo per prevenzione.** (es mammografia , colonscopia , pap test, anti HBs per una eventuale vaccinazione per epatite B ecc)

1. In caso di prescrizioni che correttamente possono essere collegate a piu' problemi il programma non consente alternative....bisogna scegliere quello piu' pertinente (se possibile). E' il caso ad esempio della richiesta di ECG in paziente con scompenso cardiaco, coronaropatia ostruttiva, BBSn. In effetti qualunque dei tre problemi va bene ed anche nella fase di ricerca non ci saranno problemi per individuare se a questo paziente e' stato prescritto l'ECG.
2. In caso di prescrizioni fatte solo per prevenzione/screening (e quindi senza un problema definito) si dovra' procedere nel seguente modo:
 - In assenza di un problema individuabile (es pap test, mammografia, colonscopia > 55 anni ecc) selezionare il tasto **protocolli** e collegare la richiesta. Comparira' sulla richiesta la dicitura “ **procedure di prevenzione** “
 - In presenza di un problema individuabile (es richiesta di ecodoppler in paziente con FR multipli per malattia aterosclerotica, mammografia o colonscopia in paziente con familiarita') la tabella codifica problemi ISTAT contiene una discreta biblioteca che possa soddisfare le nostre esigenze (**V01**)



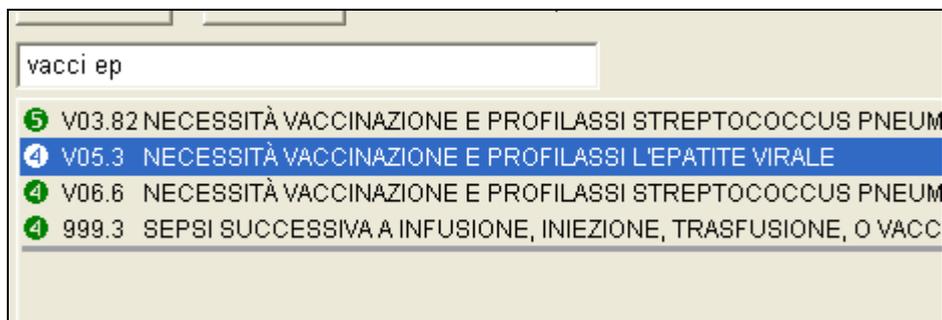
basta digitare "famili mamm" per far comparire il problema seguente



oppure "anam circ" per far comparire il problema seguente



oppure "vacci ep" per far comparire il problema seguente



Inserito il problema si potrà prescrivere l'accertamento

3. Talvolta il MMG purtroppo prescrive su indicazione di Specialisti senza conoscerne il motivo. E' paradossale ma avviene. In questo caso, poiché si lavora in "Modalità problema obbligatorio" selezionare il tasto **protocolli** e collegare la richiesta.

PORTARSI AL LAVORO A CASA

Si ritiene che una piccola parte ,ma significativa, del lavoro debba essere fatta con calma , senza il paziente di fronte , possibilmente a casa. Questo determina certamente un miglioramento per la nostra attivita' e soprattutto per la salute del paziente

Tre motivazioni :

1. ***L'importanza di un database in ordine e' una prioritá assoluta*** per lavorare correttamente: tutti conosciamo l'enorme numero dei problemi cronici ed ancor piu' dei problemi passeggeri che ci passano davanti ogni mese
2. Per quanto attenti ad inserire nuovi problemi, risultati di accertamenti ecc, nella caotica attivita' di alcune giornate ***e' quasi certo che sfuggano anche cose importanti.***

Alcuni esempi di che cosa puo' sfuggire e che possiamo recuperare:

- a) Vogliamo verificare (per correggere)se i pazienti con colesterolo medio $> xy$ sono stati codificati come "IPERCOLESTEROLEMIA"
 - b) Vogliamo verificare se tutti i pazienti con due glicemie $> a 126$ sono stati codificati come diabetici
 - c) Vogliamo verificare se tutti i pazienti eleggibili per la prescrizione di statine (nota 13) sono correttamente trattati
 - d) Vogliamo verificare se abbiamo un numero di pazienti con scompenso cardiaco o fibrillazione atriale allineato con la media nazionale....ecc
3. ***Abbiamo utilizzato termini non corretti*** o che la letteratura medica ha modificato

Alcuni esempi:

- a) Il solito esempio sulla fibrillazione atriale (aggiungere sempre parossistica , persistente ,cronica)
- b) Osteoporosi ed osteopenia sono differenti
- c) Insufficienza cardiaca e scompenso cardiaco sono differenti....ecc
- d) L'ipotiroidismo e' quasi sempre una tiroidite di Hashimoto (e' stato correttamente codificato?)



Si sottolinea che queste non sono esercitazioni fini a se stesse ma che definire correttamente i problemi significa con molta probabilita' curare meglio il paziente

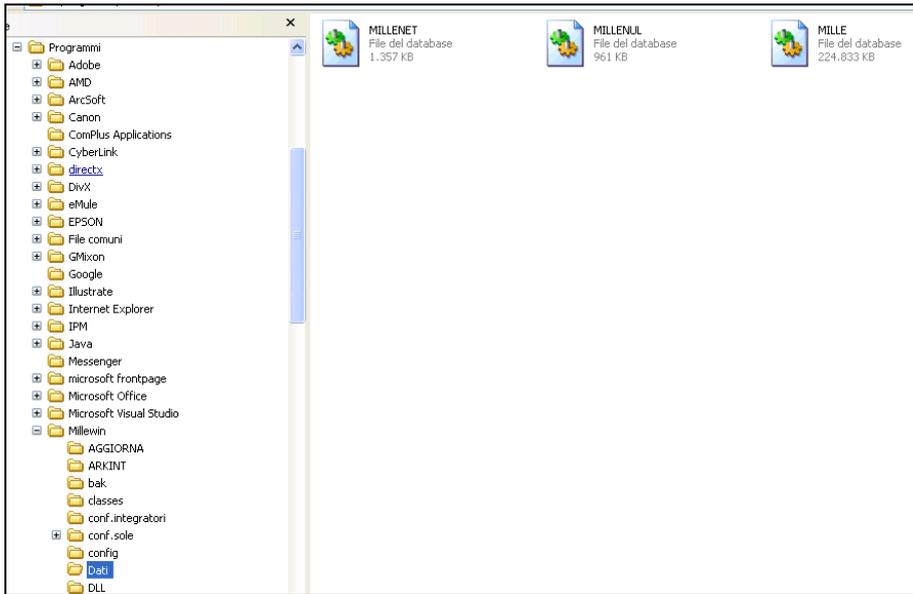
Si consiglia di installare Millewin sul PC di casa. E' bene che i dati siano sempre sincronizzati (cioe' uguali ed allineati). Tra l'altro questo ci consente di non perdere mai i dati in caso di rottura del disco fisso del PC in studio o del Server della medicina di gruppo.

Come trasferire l'intero database da un PC all'altro ?

Start >>> Tutti i programmi >>> Accessori >>> Esplora Risorse

Copiare il file Mille (con una penna che possa contenere parecchi dati)dalla directory C:\Programmi\Millewin\Dati dal PC in studio all'altro PC.

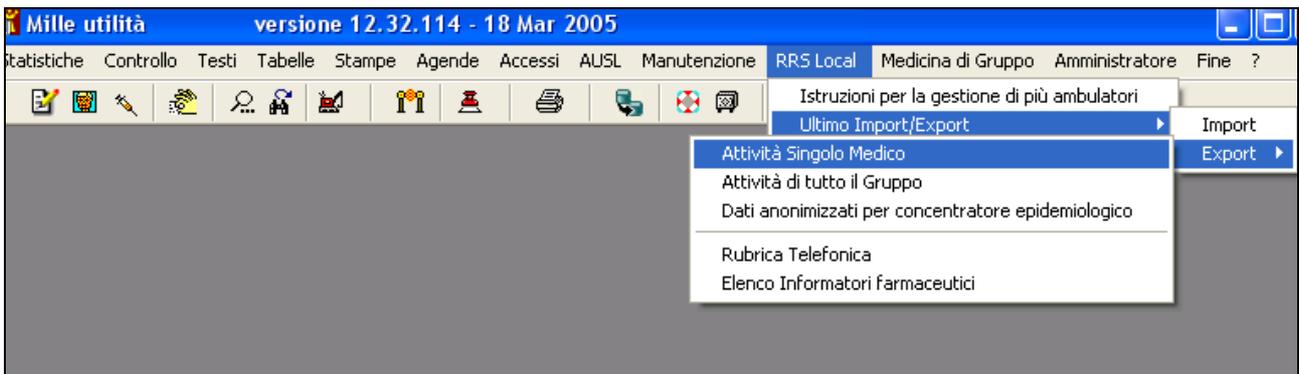
Il file Mille contiene tutti i dati del paziente e tutte le altre configurazioni (stampante ecc)



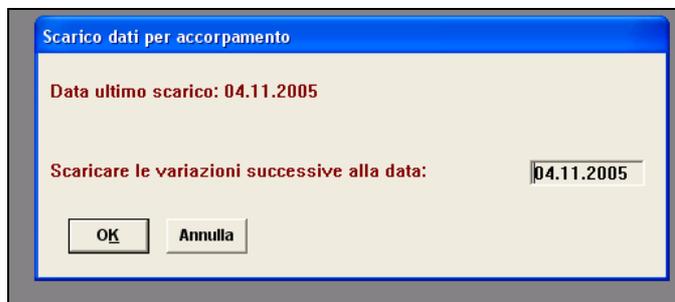
Al termine della giornata di lavoro (oppure ogni settimana) esportare ed importare le variazioni fatte **su entrambi i PC (altrimenti non saranno sincronizzati)**.

Questa la procedura per esportare

Mille utilita'>>> RRS Local >>>Ultimo Import/Export >>Export >>>>>Attivita' Singolo Medico

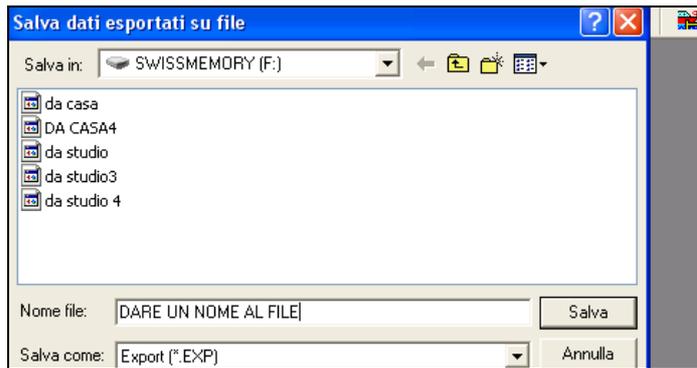


Il programma tiene memoria degli ultimi trasferimenti e parte da questi (la data si puo' variare)



Portare i dati su una penna:

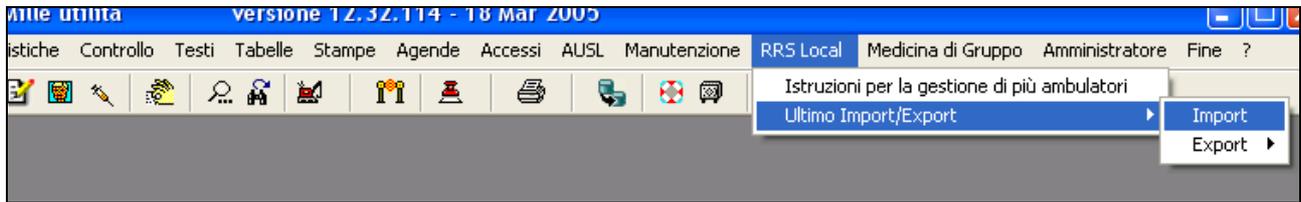
Dare un nome al file



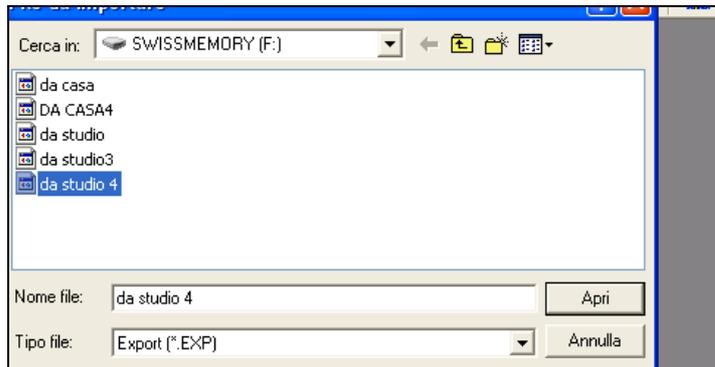
Importare i dati nell'altro PC:

Questa la procedura per importare

Mille utilita' >>> RRS Local >>> Ultimo Import/Export >> Import



CERCARE IL FILE



Esiste un modo piu' complesso per fare 'Import/Export' ma per ora e' meglio lasciar perdere.

B) L'ATTIVITA' DEL MEDICO RICERCATORE

Come gia' espresso l'attivita' del Ricercatore non deve appesantire il lavoro ne' interferire con l'attivita' clinica del MMG.

Si possono raggiungere alternativamente due obiettivi:

- a. I dati riportano la normale attivita' di lavoro (dati di prevalenza, incidenza, appropriatezza ecc) , riflettono quindi la realta' e la clinical practice del MMG
- b. I dati rappresentano un campione di riferimento per pianificare strategie di intervento o come confronto con dati di grezzi. In questo caso l'attivita' clinica del Ricercatore potra' subire alcune modifiche in relazione al tipo di ricerca , basata soprattutto sull'applicazione delle linee guida o sulla EBM (es: richiesta di PAP test a tutte le donne eleggibili , ricerca sulla reale prevalenza dei pazienti che necessitano di statine e loro prescrizione, sulla reale prevalenza di arteriopatia periferica e richiesta di ecodoppler ecc.). Il campione di riferimento puo' essere applicato come confronto

con dati di altri medici sul territorio oppure con i dati degli stessi Ricercatori dopo un corso da hoc per testare la validita' dello stesso.

Esempio: puo' essere interessante verificare se dopo un corso sulla gestione dell'ipertrofia prostatica i Ricercatori richiederanno meno visite urologiche ecc.

Risulta evidente l'utilita' dei Medici Ricercatori anche per pianificare la Formazione

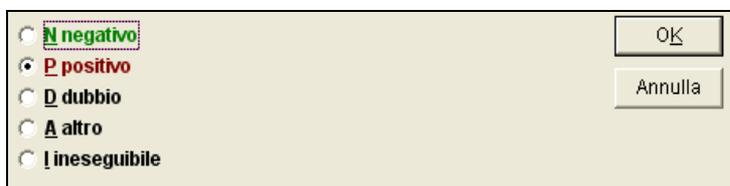
IL "LAVORO ORDINARIO" PER IL MMG RICERCATORE

I medici partecipanti dovranno osservare alcune priorita' per poter avere un archivio con dati attendibili. Questo lo possiamo definire il "lavoro ordinario"

Alcuni punti sono gia' stati discussi in dettaglio e ne e' stato esplicitato il razionale:

1. Lavorare in modalita' "PROBLEMA OBBLIGATORIO": ogni richiesta di accertamento, prescrizione terapeutica o altro intervento deve essere associata al suo problema/sintomo. Questo consentira' non solo di ricavare il motivo della richiesta ma, come gia' detto , di avere un archivio in ordine per lavorare meglio.
2. Inserire tutti i problemi con codifica ICD9 per avere dati uniformi
3. Inserire i dati sul fumo e sul rischio CV
4. Inserire i dati della pressione arteriosa
5. Inserire sempre i risultati numerici degli esami anche se normali
6. Inserire le cause di decesso (con codifica ICD9)
7. Prescrivere con Millewin i farmaci in fascia C (e non ricette a mano)
8. Per alcuni esami (screening oncologici) inserire se positivi,negativi o dubbi(mammografia,pap test,colonscopia)

ESEMPIO:



A dialog box with a light beige background. On the left, there are five radio button options: 'N negativo' (selected, with a green highlight), 'P positivo', 'D dubbio', 'A altro', and 'I ineseguibile'. On the right, there are two buttons: 'OK' and 'Annulla'.

COME PARTECIPARE AL GRUPPO DI RICERCA

Il MMG Ricercatore deve applicare le procedure elencate nel capitolo "PRINCIPI GENERALI PER UN BUON UTILIZZO DEL PROGRAMMA" e rispettare gli 8 punti elencati nel capitolo IL "LAVORO ORDINARIO" PER IL MMG RICERCATORE . Lavorando in questo modo si potranno ottenere dati omogenei ed una gran quantita' di informazioni base su cui fare ricerca.

Il MMG Ricercatore deve avere un indirizzo di posta elettronica attivo per:

- Partecipare al forum di discussione sui problemi che naturalmente possono intervenire durante la normale attivita' clinica e per l'inserimento corretto ed omogeneo dei dati
- Ricevere ed inviare files

COME SI ESTRAGGONO I DATI:

Millewin ,come la maggior parte dei database relazionali, utilizza un linguaggio denominato SQL. La conoscenza delle formule SQL consente di interrogare il database per estrarre qualunque dato , anche il piu' complesso.

Attraverso l'invio, da parte del gruppo coordinatore , di files che contengono tali formule (query) ciascun MMG Ricercatore potra' interrogare il proprio archivio ,estrarre i dati ed inviarli.

COME COMUNICARE CON IL GRUPPO COORDINATORE:

Di seguito si mostra una semplice query per estrarre dal database i pazienti affetti da ipertensione arteriosa (Questa query servirà come esempio) :

SELECT CODICE ,PROBLEMA FROM V_PROBLEMI WHERE ICD9 LIKE '401.9%'



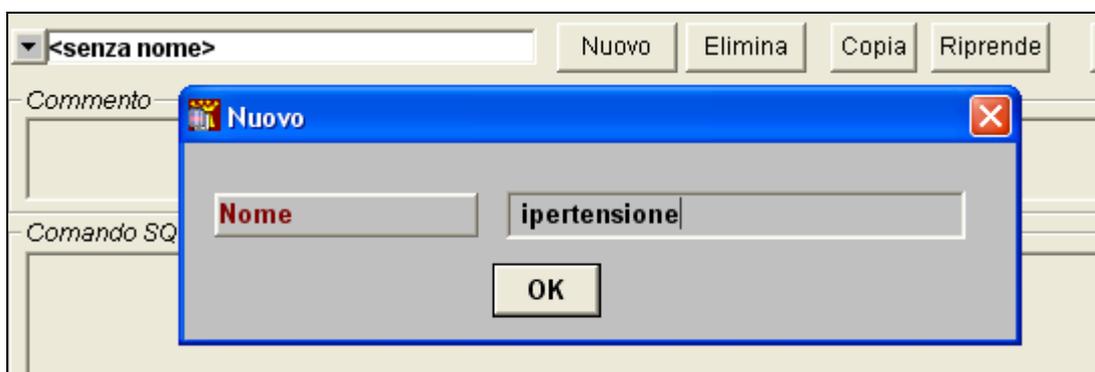
La query viene scritta e salvata in un file che potremmo chiamare *ipertensione.txt* e che viene inviato a tutti i MMG Ricercatori via e-mail
Ciascun MMG dovrà salvare questo file sul Desktop o in una cartella .

Come estrarre i pazienti affetti da ipertensione arteriosa:

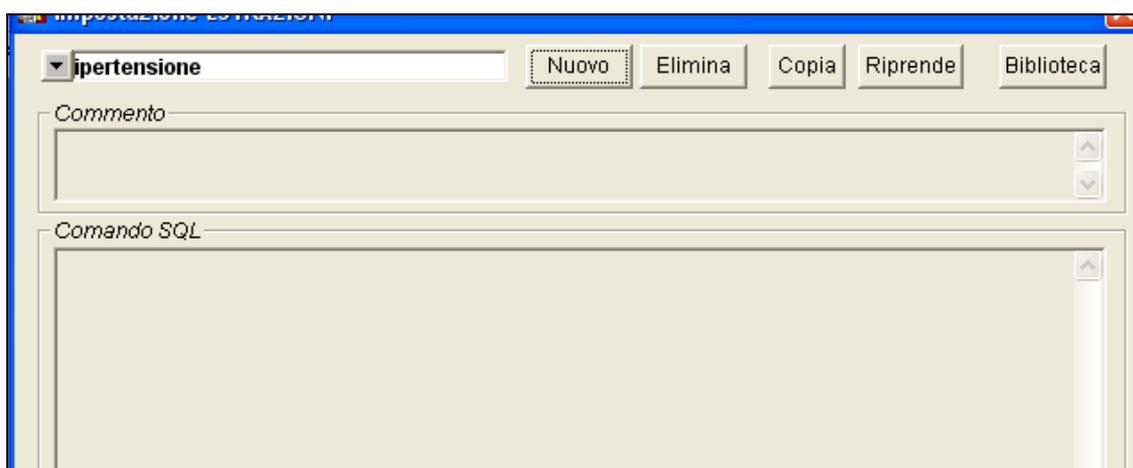


Mille Utilità'>>>*Statistiche* >>> *Impostazione estrazioni SQL personali*>>>

Assegnare alla query che andremo a scrivere un nome ES: ipertensione >>> OK

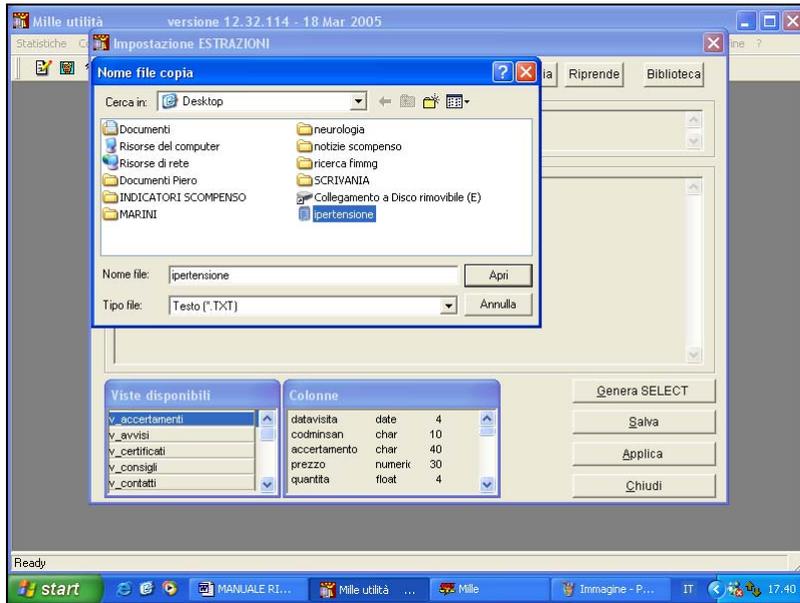


Si apre una maschera pronta a ricevere i comandi

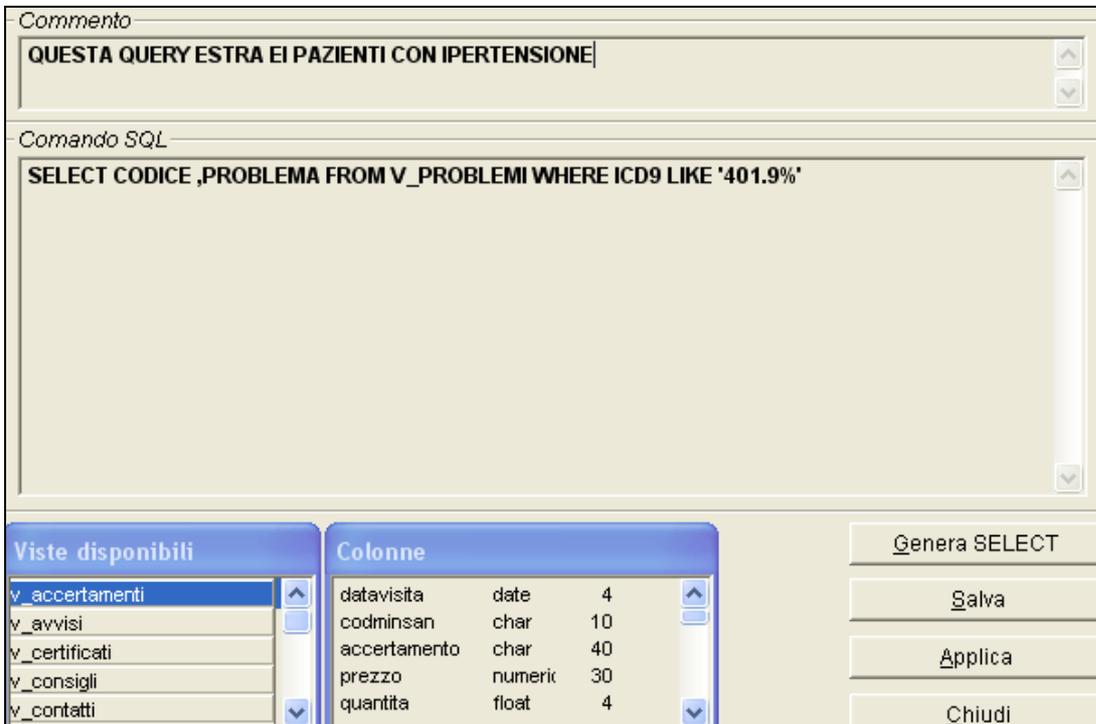


Selezionare il folder

Cercare sul Desktop o nella cartella il file *ipertensione.txt* salvato precedentemente >>> APRI



Sulla lavagna elettronica viene scritta la query (ed un breve commento sopra)



Selezionare  **Applica**
Inserire il periodo da esaminare (che viene comunicato dal gruppo coordinatore)>>>OK

Indicare il periodo da analizzare

Dalla data 01.01.2004

alla data 31.12.2004

OK Annulla

Compare la lista dei dati (Per motivi di Privacy compare il codice interno di ogni paziente e non i dati anagrafici)

Estrazioni SQL

Filtra Ordina Lista Pazienti Interrompi Stampa Salva su File Chiudi

SELECT CODICE ,PROBLEMA FROM V_PROBLEMI WHERE ICD9 LIKE '401.9%'

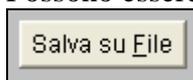
Periodo: dal 01.01.1900 al 31.12.2005

Righe N. 459

Codice	Problema
0.3/))CD-.{H7K<7>=NXD{	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0.3J.[w9I,{H7K}<NWC=@w	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0.{{1{!L,{H7NMLE<RVBA	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0.T.^)MF{,{H7K^YXN#S{<	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0.!*2YR*L,{H7N@{MKF1<:	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0.+{9I.@I,{H7NF}{COVM	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0.[9{9^S^@,{H7N70RNI4Q6	IPERTENSIONE ARTERIOSA
00.P.85U)O>4 3I=88B<	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0005HJHKH,{H7NR[]9;5=	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0:%OP^SP,{H7MF12>8D/2	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0:*{2/w{I,{H7MCT<<K{+}	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0:/7H+SY,{H7M>N^S1>Z!	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0.9@=DV{L,{H7N@E^XK{L_G	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0:}AYIQI,{H7M3.GAKJV	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0:}F}J\$5,{H7M0IEFKUET	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0:15_}9I,{H7M40:G1/}Z	IPERTENSIONE ARTERIOSA

Come inviare i dati dei pazienti ipertesi:

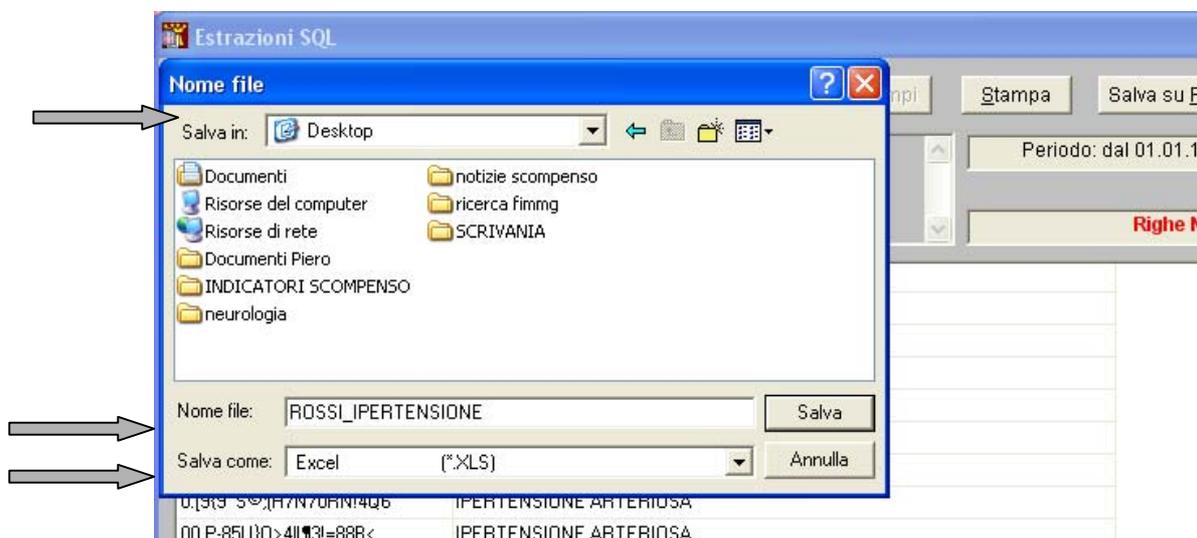
I dati estratti devono essere inviati con un file al gruppo coordinatore:
Possono essere inviati come file Excel seguendo questa procedura:



Salva in: Desktop
Nome file : Rossi_Ipertensione (ad esempio: nome medico_problema)
Salva come : Excel

Verra' salvato sul Desktop un file chiamato ***"Ipertensione.xls"***

Tale file (che contiene tutti gli ipertesi in formato Excel sara' inviato via e-mail al gruppo coordinatore



LA FUNZIONE DELLA RETE DEI RICERCATORI

Il gruppo dei Medici Ricercatori deve essere un gruppo omogeneo, che lavora all'unisono e che si uniforma nei cambiamenti.

La rete ha la funzione di mettere in comunicazione tutti i MMG con il gruppo coordinatore per affrontare i problemi che via via si presenteranno all'inizio e durante la normale attivita'.

Sfruttare le potenzialita' SQL di Millewin attraverso la posta elettronica consentira':

1. Di selezionare, confrontando gli archivi , i Medici da arruolare
2. Di riorganizzare gli archivi correttamente partendo dalle prescrizioni farmaceutiche o dalle prescrizioni o dai risultati di alcuni accertamenti
3. Di modificare alcuni problemi codificati erroneamente o scorrettamente
4. Di inviare files per audit e per estrarre i dati
5. Di richiedere files per fare self audit

Inoltre la rete consente :

Di offrire suggerimenti laddove la lettura di questo documento e di un corso di formazione ad hoc non fossero sufficienti

Infine

Di elaborare e trasferire dati

IL "MANUALETTO" DEL MMG RICERCATORE

Ogni problema che genera una prescrizione od una visita oppure cio' che il Paziente riporta al MMG deve **sempre** essere registrato ed inserito nella lista Problemi.

1. **Usare sempre la codifica ICD9** (nel campo *Completamento della definizione o problema non codificato* si puo' aggiungere o sostituire ma deve essere primariamente utilizzata la codifica ICD9)
2. La codifica deve essere esatta e rispettare, ove presenti, i criteri eziologici (es retinopatia diabetica (non solo retinopatia), artrite infettiva ecc)
3. Ogni intervento deve essere collegato ad un problema
4. Non accorpare mai problemi. Accorpare il sintomo iniziale al problema che verra' definito
5. **I problemi cronici** devono essere sempre problemi aperti. Chiudere i sintomi che non esiteranno in un problema definito e cronico (es mal di gola,colica addominale, vertigine) o i problemi realmente guariti (faringite, cistite acuta) e non cronici.

6. **I problemi ricorrenti** vanno inseriti ogni volta ed una volta guariti chiusi (aprire un nuovo episodi di cistite come nuovo problema e chiuderlo quando guarito)
7. Non dare per scontato che un nuovo sintomo appartenga ad un problema cronico del paziente già definito . Aprire quindi un nuovo problema ed eventualmente chiuderlo
8. **Gli interventi chirurgici** vanno inseriti nel campo *Completamento della definizione o problema non codificato* accanto al problema ICD9 e devono essere mantenuti come problemi aperti
9. **I problemi isolati (un unico episodio)** vanno codificati ma attenzione a non farli diventare problemi cronici (es cefalea)

ALCUNI ESEMPI

1. Come codificare un paziente operato per IPB a cielo aperto al quale , nell'esame istologico e' stato trovata una neoplasia incidentale

APRIRE IL PROBLEMA
 IPERPLASIA PROSTATA
 (ICD9 600)
 SOSTITUIRE CON
 ADENOMIOMECTOMIA
 PROSTATICA
 TRANSVESCICALE

*ADENOMIOMECTOMIA PROSTATICA						
Sogg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diari
21.09.05						
Aggiungi						
16.06.87				IPERPLASIA PROSTATA		
Sostituisci ADENOMIOMECTOMIA PROSTATICA TR						

APRIRE IL PROBLEMA
 K PROSTATA E
 SOSTITUIRE CON
 (NEOPLASIA PROSTATA
 INCIDENTALI)

NEOPLASIA PROSTATA(INCIDENTALI						
Sogg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diari
21.09.05						
Aggiungi						
08.09.99				K PROSTATA		
Sostituisci NEOPLASIA PROSTATA(INCIDENTALE)						

2. Come codificare un paziente affetto da due anni da ernia discale lombare L4-L5 che si presenta in ambulatorio con una lombosciatalgia

Aggiungere un nuovo problema " Lombosciatalgia":chiuderlo quando guarito se dipende dall'ernia in questione. In caso dipendesse da altra ernia o altro problema codificare il nuovo problema quando diagnosticato ed accorpare Lombosciatalgia a questo nuovo problema

3. Come codificare un paziente cha ha avuto un IMA anteriore nel 1998 e un IMA inferiore nel 2004

Aprire due problemi con la codifica Infarto miocardio con date diverse e aggiungere nel primo "anteriore" e nel secondo "inferiore"(oppure usare la mastodontica biblioteca della tabella ISTAT)

4. Come codificare un paziente con un episodio isolato di cefalea

Aprire il problema cefalea ed aggiungere "unico episodio"

5. Come codificare un paziente che si presenta con il seguente referto Rx torace: **FORMAZIONE RADIOOPACA SOLIDA A CARICO DELLA REGIONE APICALE SUPERIORE SN DA CONTROLLARE CON ESAME TC**

nel campo *Completamento della definizione o problema non codificato* inserire a mano libera "neoformazione polmone dnnd".A diagnosi avvenuta codificare con ICD9 ed accorpare "neoformazione... "al problema codificato

6. Come codificare un paziente affetto da k prostatico con il seguente referto TAC Torace : L'esame e' stato esteso anche allo studio del torace ed ha messo in evidenza plurime lesioni nodulari di aspetto ripetitivo. Non evidenti linfadenomegalie mediastiniche.

Aprire i due problemi con ICD9



7. Come codificare un nuovo paziente che riporta: IMA non Q pregresso ,by pass aorto coronarico, dolore toracico anche a riposo e tale referto : REFERTO: rivalutazione dopo sospetta angina post rivascolarizzazione. ESAME EMODINAMICO: occlusione distale del graft venoso su CDX, stenosi critiche dell'anastomosi distale sia dell'AMI sn su IVA che dell'AMI dx su MO. Durante la procedure e' statao eseguito un TENTATIVO INFRUTTUOSO DI ANGIOPLASTICA SU CDX



Indispensabile codificare il dolore toracico anche a riposo (*Angina instabile*) e l'*occlusione coronarica* (reperto da coronarografia)in quanto l'*angina instabile* e l'*occlusione coronarica* non si confermano obbligatoriamente (una e' un sintomo e l'altra e' un dato strumentale ed anatomico)

8. Come codificare un paziente guarito da una pericardite acuta



Non e' consigliabile inserirlo tra i problemi chiusi (sebbene guarito). La data di inizio (04) definisce che si tratta di un problema pregresso

9. Come codificare un paziente ricoverato e dimesso con diagnosi di esofago di Barret ed esofagite 4° grado con stenosi serrata della giunzione esofagocardiale e grave anemia da melena, operato di gastrectomia totale, dimesso con stato anemico.



Naturalmente e' stato codificato l'esofago di Barret e la grave esofagite (con in aggiunta la gastrectomia totale).

La melena e' un episodio di tale gravita' che e' necessario codificare.

L'anemia, finche' non e' risolta, deve essere codificata.

Sia la melena che l'anemia potranno in seguito essere chiusi (mettendo tuttavia una notazione degli eventi successi nel diario clinico)