



***S.I.M.G.***  
***Sezione Genovese***

Pierluigi Scarrone  
Animatore di formazione SIMG

# **MANUALE PER UN BUON USO DELLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA .....e per fare audit e ricerca**

## **INDICE:**

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

## **A) PRINCIPI GENERALI PER UN BUON UTILIZZO DEL PROGRAMMA**

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

## **B) L'ATTIVITA' DEL MEDICO RICERCATORE**

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

*“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 già definisca uno stato di malattia* ( la colesterolemia >270 già 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:** Può sembrare eccessivo inserire ad esempio il problema “prurito” . Tuttavia è 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 è 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) è espressione di malattia o di un solo tipo di malattia. ***Va tuttavia inserito*** con una sua definizione ancorché 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 può esprimere patologie differenti e per questa ragione è 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 è 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” andrà riportato come tale nel campo utilizzato per il referto; analogamente nell’area problemi andrà inserito un problema che potremmo definire come “ lesione cervice uterina “: sarà 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 già 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 afferisce 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: esofagiti ...						Farmaco	n°	Posologia
↑	↑	↑	*SCOMPENSO CARDIACO	18.07.05	<input checked="" type="checkbox"/>			
↑	↑	↑	*PORTATORE PACE MAKER	22.02.05	<input type="checkbox"/>			2
↑	↑	↑	*ANGINA PECTORIS	21.01.05	<input type="checkbox"/>			2
↑	↑	↑	*ESOFAGITE DA REFLUSSO 30 E 40 C	28.12.04	<input type="checkbox"/>			1
↑	↑	↑	*IPERCOLESTEROLEMIA PURA	21.12.04	<input type="checkbox"/>			2
↑	↑	↑	CALCOLI COLECISTI		<input type="checkbox"/>			2
↑	↑	↑	EMORROIDI		<input type="checkbox"/>			2
↑	↑	↑	FIBRILLAZIONE ATRIALE	11.11.04	<input type="checkbox"/>			1
↑	↑	↑	DISCOPATIA LOMBARE	26.10.04	<input type="checkbox"/>			2
↑	↑	↑		15.10.04	<input type="checkbox"/>			2
ggg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diario		
07.05	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>		
				Accertamenti	<input type="checkbox"/>	Presione	<input type="checkbox"/>	Certificati
					<input type="checkbox"/>	Esenz.	<input type="checkbox"/>	Intoll.
				Accertamento Risultato				
				02.02.04	<input checked="" type="checkbox"/>	COLESTEROLO TOTAL		E
					<input checked="" type="checkbox"/>	HDL COLESTEROLO		E
					<input checked="" type="checkbox"/>	TRIGLICERIDI		E
				03.06.03	<input type="checkbox"/>	TRIGLICERIDI	89	E
					<input type="checkbox"/>	HDL COLESTEROLO	54	E
					<input type="checkbox"/>	COLESTEROLO TOTALE	180	E
					<input type="checkbox"/>	DOTASSIO	5.0	E

**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						Terapie							
problemi chiusi		protocolli				Richieste		Vaccini		consigli		mBds	
						Farmaco				n°		Posologia	
intolleranza a: ace inibitori non as ...						18.07.05	<input checked="" type="checkbox"/>						
99	↑	IPERTENSIONE ARTERIOSA				13.07.05	<input checked="" type="checkbox"/>	LANITOP*30CPR 0,1MG				1 UNA AL DI	
98	↑	CORONAROSCLEROSI -ATEROSCLE					<input checked="" type="checkbox"/>	COUMADIN*30CPR 5MG				1 3/4 DIE	
98	↑	COMPENSO CARDIACO					<input checked="" type="checkbox"/>	LASIX*30CPR 25MG				2 MEZZA AL DI	
98	↑	ISCHEMIA CEREBROVASCOLARE DIF				03.06.05	<input checked="" type="checkbox"/>	HALCION*20CPR 0,125MG				1	
94	↑	FIBRILLAZIONE ATRIALE CRONICA				27.08.04	<input checked="" type="checkbox"/>	ENAPREN*28CPR 5MG				3	
00	↑	AMNESIA GLOBALE TRANSITORIA				15.06.05	<input checked="" type="checkbox"/>	LANITOP*30CPR 0,1MG				1 UNA AL DI	
99	↑	RINITE ALLERGICA				03.06.05	<input checked="" type="checkbox"/>	LANITOP*30CPR 0,1MG				1 UNA AL DI	
96	↑	PAZ IN TERAPIA CON ANTICOAGULAI				02.05.05	<input checked="" type="checkbox"/>	LANITOP*30CPR 0,1MG				1 UNA AL DI	
96	↑	SPONDILOARTROSI											

Sogg.						Accertamenti							
Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diarlo	Pressione	Certificati	Esenz.	Risultato				
									○	●	N		
18.07.05					P	01.03.00	<input checked="" type="checkbox"/>	RICOV. CARDIOLOGIA					
01.03.00	❖	DIMESSO	CARDIOLOGIA PER E.P.A.		P	14.01.00	<input checked="" type="checkbox"/>	ECO CARDIACA <ECOCA					
20.03.94	❖	RIPRESA	DELLA F.A.		O		<input checked="" type="checkbox"/>	FAZIONE DI IEZIONE			25	●	55%
10.03.94	❖	FIBRILLAZIONE	ATRIALE		P	19.07.99	<input checked="" type="checkbox"/>	ECO CARDIACA <ECOCA					
	❖	RICOVERO	OSPEDALIERO		V		<input checked="" type="checkbox"/>	FAZIONE DI IEZIONE			25	●	55%
	❖	CARDIOVERSIONE	ELETTTRICA		O	16.07.99	<input checked="" type="checkbox"/>	ECG+V. CARDIOLOGICA					
						28.12.98	<input checked="" type="checkbox"/>	ECOSTRESS.					

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)

***Soggettività:***

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

**Soggettività:** ciò 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
9.07.2005		
9.11.1999		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
9.07.2005		
9.11.1999		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
9.07.2005		
9.11.1999		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 dà’ nessuna indicazione e ci costringerà’ 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 può’ 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 sarà’ 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**

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

<b>BLOCCO :</b>	: insieme di condizioni tra loro strettamente correlate (es.: malattie infettive intestinali, 001-009);
<b>CATEGORIA :</b>	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;
<b>SOTTO CATEGORIA:</b>	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;
<b>SOTTO-CLASSIFICAZIONI :</b>	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.

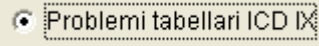
Nel caso in cui non si riesca a reperire la formulazione diagnostica nel manuale della classificazione, non bisogna concludere che nessun codice esista per quella determinata diagnosi; si tratta di trovare i percorsi appropriati per identificarlo, a partire dalla individuazione della diagnosi principale.

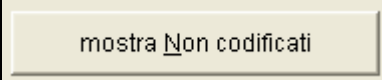
Il software Millewin contiene una biblioteca interna con i codici ICD9 relativi alle diagnosi, mancano quelli relativi alla quasi totalità degli interventi chirurgici.

## 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	Selezione
<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 EMBLOCCO ANTERIORE SN		<input type="radio"/> Farr
15	codif. non codificato GONALGIA BILATERALE		<input type="radio"/> Ese
			<input checked="" type="radio"/> Prob
			<input type="radio"/> Intol
			<input type="radio"/> Rich
			<input type="radio"/> Pres

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



Ordinamento		Pazienti	Selezione
<input checked="" type="radio"/> descrizione	<input type="radio"/> numero di occorrenze		
N°	Descrizione attuale	Sostituire con...	
13	codif. non codificato GONALGIA		
10	IPERPLASIA PROSTATA (TURP) (TURP)		
9	codif. NON CODIFICATO CALO DIMAGRIMENTO ANOMALO PONDERALE		
9	codif. non codificato GONALGIA DX		
9	codif. NON CODIFICATO CERVICALGIA		
9	codif. non codificato COLICHE ADDOMINALI		
9	TB TIROIDE		
8	codif. NON CODIFICATO EPIGASTRALGIE		

Rimpiazza

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 >>> ☒ Accertamenti

mostra Non codificati

>>>

**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 >>> ☐ 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:

Generali

Mille Utilita' >>Manutenzione >> Opzioni >>

☒ Modalità Problema obbligatorio

*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*

protocolli

*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

...	Problema ICD IX
...	Problema ICD IX
...	IPERTENSIONE ARTERIOSA
...	Problema ICD IX
...	TOSSE

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 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:

- Sicuramente il paziente e' iperteso
- Ha una insufficienza cardiaca o uno scompenso cardiaco ?
- Dopo terapia sicuramente l'insufficienza non sara' piu' congestizia
- 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	
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		

Terapie		Richieste		Vaccini		consigli		mBds	
				Farmaco				n°	
02.10.05			✓						
04.02.02			✓	OMEPRAZEN*14CPS 20MG					2
29.01.02			✓	ALDACTONE*10CONF 100					2
			✓	FERROGRAD*40CPR 525M					2
22.01.02			✓	PORTOLAC EPS*OS POLV					2
			✓	TORADIUR*14CPR DIV 10M					2
04.01.02			✓	KONAKION*IM 3F 1ML 10M					2
19.12.01			✓	QUESTRAN*OS 12BUST 40					2
09.11.01			✓	SERETIDE DISKUS 50/250*					2

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 CARE			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 the MMG software interface. On the left, a list of medical problems is displayed, with 'EPATITE CRONICA DA EPATITE C' selected. On the right, a table of treatments is shown, including 'OMEPRAZEN', 'ALDACTONE', 'FERROGRAD', 'PORTOLAC EPS', 'TORADIUR', 'KONAKION', 'QUESTRAN', and 'SERETIDE'. The 'CAMBIA PROBLEMA' menu is open, showing options like 'Cambia problema', 'Cambia Esenzione', 'Modifica Spesa', 'Origine spesa', 'Mostra solo ultime prescrizioni', and 'Mostra solo classe prescrizioni'.

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

The screenshot shows the MMG software interface. On the left, a list of medical problems is displayed, with 'EPATITE CRONICA DA EPATITE C' selected. On the right, a 'Scegli problema' dialog box is open, showing a list of medical problems to choose from, including 'NEOPLASIA EPATICA', 'STENOSI A.ILIACA SN PREGRESSA', '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'.

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:

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 SCAPOL 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.	Intoll.
02.10.05				
04.02.02				
29.01.02				
22.01.02				
04.01.02				
19.12.01				
09.11.01				

Accertamento	Risultato	E	N	P
02.07.01	ALFA 1 FETOPROTEINA 25			
12.01.00	CA 19.9 <ANTIGENE CARE 4,18			
	CA 125 <ANTIGENE CARB 16			
	ALFA 1 FETOPROTEINA 71,03			
	CEA <ANTIGENE CARCIN 4			
26.11.99	AGOBIOPSIA EPATICA			P
	ECO EPATICA			P

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*"

Paziente	Medico	Schede	Cambia	Linee guida	Test	Viste	Stampe	Carte sanitarie	SC
Lista Problemi   problemi chiusi   protocolli									
03	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
05	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
05	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
05	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
05	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑

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

Paziente	Medico	Schede	Cambia	Linee guida	Test	Viste	Stampe	Carte sanitarie	SC
Lista Problemi   problemi chiusi   protocolli									
03	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
05	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑

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

intolleranza a: nifedipina (edemi)
intolleranza a: ace inibitori non as ...
02 ↑ SCOMPENSO CARDIACO
01 ↑ TERAPIA CON ANTICOAGULANTI ORALI
00 ↑ IPOTIROIDISMO SUBCLINICO
00 ↑ FIBRILLAZIONE ATRIALE CRONICA
99 ↑ IPERTENSIONE ARTERIOSA
99 ↑ DIABETE TIPO 2
83 ↑ BYPASS AORTOCORONARICO
78 ↑ INFARTO MIOCARDICO PREGRESSO

intolleranza a: ace inibitori non as ...
01 ↑ TERAPIA CON ANTICOAGULANTI ORALI
00 ↑ IPOTIROIDISMO SUBCLINICO
99 ↑ IPERTENSIONE ARTERIOSA
99 ↑ DIABETE TIPO 2
05 ↑ IMA,BY PASS A-C,F.A CRONICA,SCOMPE
05 ↑ GLAUCOMA OCCHIO DESTRO

### Come accorpare :

Selezionare il  
problema **pirosi**  
Tasto destro  
Accorpa problema

Lista Problemi	problemi chiusi	protocolli	Terapie	Richieste
03 ↑ IPERTENSIONE ARTERIOSA				
05 ↑ *ESOFAGITE			06.08.05	<input checked="" type="checkbox"/>
05 ↑ *ARTROSI GENERALIZZATA				
05 ↑ *PIROSI				

Sogg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione
06.08.05	<input checked="" type="checkbox"/>			

PIROSI (2005 Mar)
Info
Zoom
*** Nuovo problema

Cancella	F3
Nuova	F4
Seleziona/Deseleziona	F6
Seleziona giorno	Shift+F6
Copia	Ctrl+F6
Data odierna	F7
Cambia Data	Ctrl+F7
Evidenza	F8
Ripetere dopo...	Ctrl+F8
Risultato normale	Shift+F8
Accorpa problema	Ctrl+L
Cambia Esenzione	Ctrl+E
Modifica Spesa	Ctrl+S
Origine spesa	Ctrl+O
Mostra solo ultime prescrizioni	
Mostra solo stesse prescrizioni	

Selezionare il  
problema nel quale  
accorpare **pirosi** :  
“ESOFAGITE “

Paziente	Medico	Schede	C
Lista Problemi	problemi ch		
03 ↑ IPERTENSIONE			
05 ↑ *ESOFAGITE			
05 ↑ *ARTROSI GE			
05 ↑ *PIROSI			

Accorpa problema (PIROSI) in
Diario
Procedure di prevenzione
IPERTENSIONE ARTERIOSA
ESOFAGITE
ARTROSI GENERALIZZATA



### ACCORPAMENTO VELOCE:

Per accorpare 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						
Aggiungi						
20.07.05				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				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

Lista Problemi		problemi chiusi	protocolli
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	
09	↑	*SAFENECTOMIA DESTRA	

Sogg.	Ogg.	Valut.	Piano	Definizione	SOVP	Diario
01.12.05						
Aggiungi						
01.12.05				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

Paziente	Medico	Schede	Cambia	Linee guida	Test	Viste
						
						

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

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

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 ateromasi 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. Steatosi 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. Ipertrofia 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 già' 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' già' inserito e come tale ci si aspettano le esacerbazioni si suggerisce di inserire i nuovi 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:*

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

05	↑	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO, T
05	↑	*DOLORE ARTICOLARE GINOCCHIO DE
04	↑	STENOSI CAROTIDE

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

<input type="checkbox"/>	◆ RICOV.NEUROLOGIA	
--------------------------	--------------------	--

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

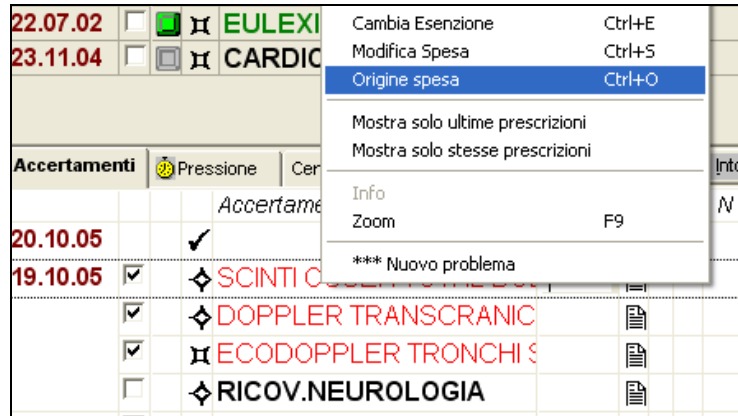
		Accertamento	Risultato	
20.10.05		✓		
19.10.05	<input type="checkbox"/>	◆ SCINTI OSSEA TOTAL BOD		
	<input type="checkbox"/>	◆ DOPPLER TRANSCRANIC		
	<input type="checkbox"/>	⌘ ECODOPPLER TRONCHI S		
	<input type="checkbox"/>	◆ RICOV.NEUROLOGIA		

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

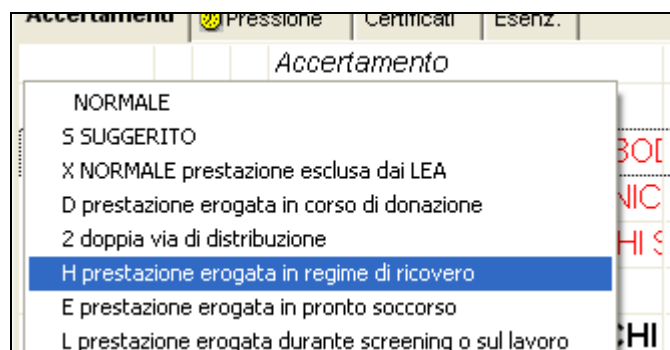
- 1) Non averli a vista
- 2) Non poterli quindi confrontare con gli stessi esami fatti in altro periodo

### 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"



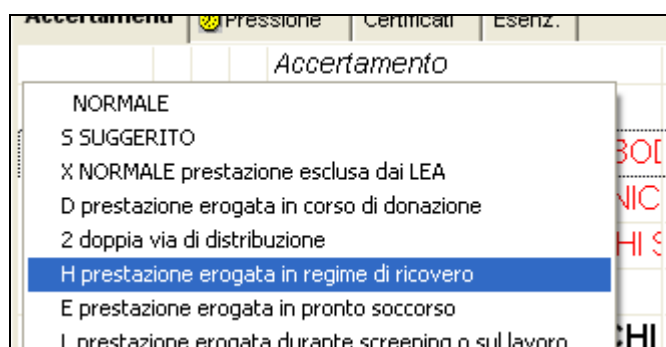
### H Prestazione erogata in regime di ricovero



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	K RETTO
	Sostituisci con NEOPLASIA DEL RETTO (RESEZIONE ANTERIORE)

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	↑	↑	↑
00	↑	↑	↑
04	↑	↑	↑

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	↑	↑	↑
09	↑	↑	↑
01	↑	↑	↑
04	↑	↑	↑
09	↑	↑	↑
07	↑	↑	↑
04	↑	↑	↑
09	↑	↑	↑



*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**)

❶	740	MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759)
❶	760	ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (760-779)
❶	780	SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780-799)
❶	800	TRAUMATISMI E AVELENAMENTI (800-999)
❶	V01	CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SAI

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

The screenshot shows a software window with a search bar containing the text 'famili mamm'. Below the search bar, a list of results is displayed, with the first item 'V16.3 ANAMNESI FAMILIARE K MAMMELLA' highlighted in blue. Above the search bar, there are buttons labeled 'Indice' and 'Risali', and a checkbox labeled 'Solo frequenti' which is currently unchecked.

oppure "anam circ" per far comparire il problema seguente

The screenshot shows a software window with a search bar containing the text 'anam circ'. Below the search bar, a list of results is displayed, with the first item 'V12.5 ANAMNESI PERSONALE MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO' highlighted in blue. The other two items, 'V12.59 ANAMNESI PERSONALE ALTRE MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO' and 'V12.50 ANAMNESI PERSONALE MALATTIA APPARATO CIRCOLATORIO', are preceded by a green circle icon.

oppure "vacci ep" per far comparire il problema seguente

The screenshot shows a software window with a search bar containing the text 'vacci ep'. Below the search bar, a list of results is displayed. The first item 'V03.82 NECESSITÀ VACCINAZIONE E PROFILASSI STREPTOCOCCUS PNEUM' is preceded by a green circle icon. The second item 'V05.3 NECESSITÀ VACCINAZIONE E PROFILASSI L'EPATITE VIRALE' is highlighted in blue. The third item 'V06.6 NECESSITÀ VACCINAZIONE E PROFILASSI STREPTOCOCCUS PNEUM' is preceded by a green circle icon. The fourth item '999.3 SEPSI SUCCESSIVA A INFUSIONE, INIEZIONE, TRASFUSIONE, O VACC' is preceded by a green circle icon.

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 priorita' 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***

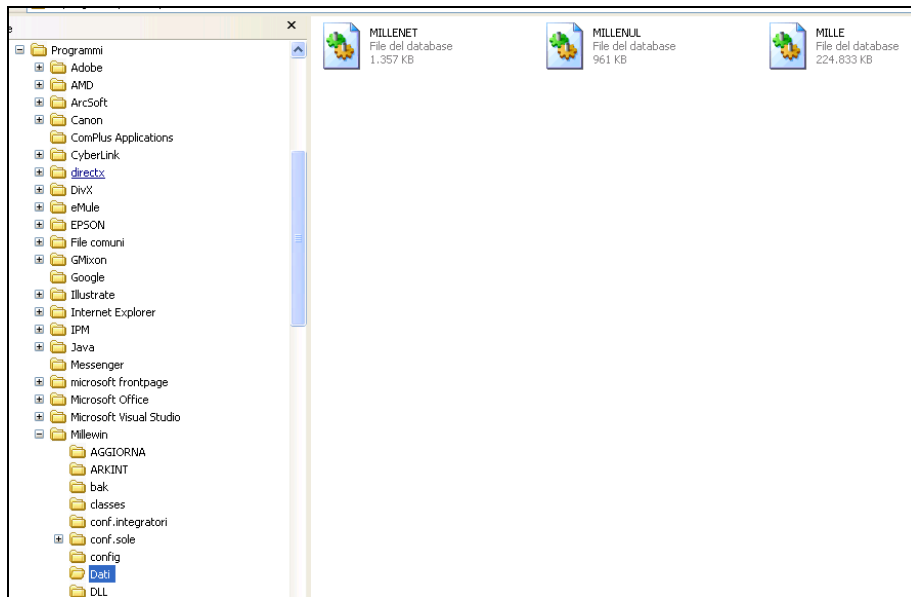
Si consiglia di installare Millewin sul PC di casa. E' bene che i dati siano sempre sincronizzati ( cioe' uguali ed allineati ). Tra l'altro questo ci consente di non perdere mai i dati in caso di rottura del disco fisso del PC in studio o del Server della medicina di gruppo.

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.

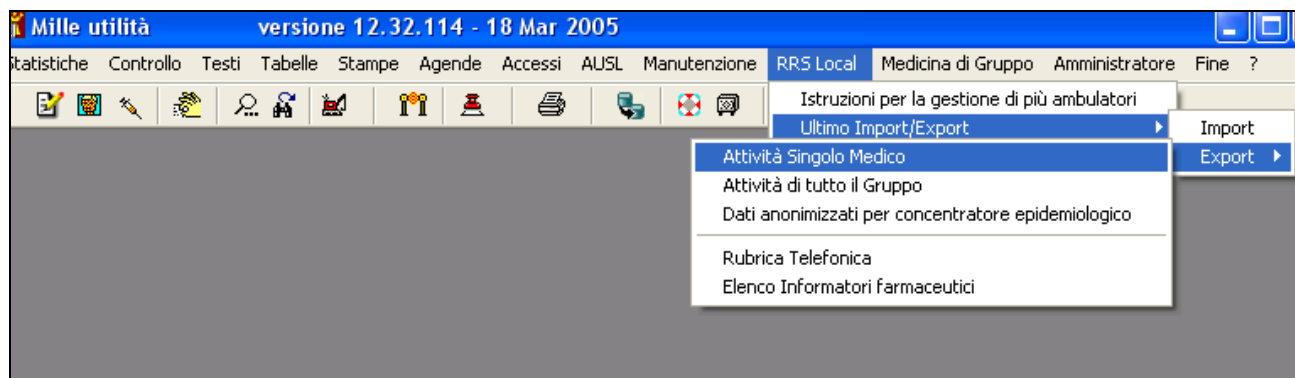
Il file Mille contiene tutti i dati del paziente e tutte le altre configurazioni ( stampante ecc)



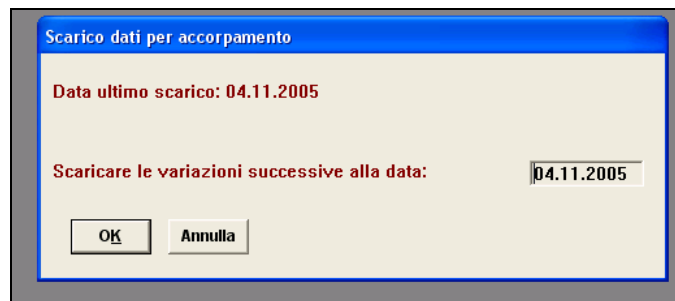
Al termine della giornata di lavoro ( oppure ogni settimana ) esportare ed importare le variazioni fatte **su entrambi i PC (altrimenti non saranno sincronizzati)**.

Questa la procedura per esportare

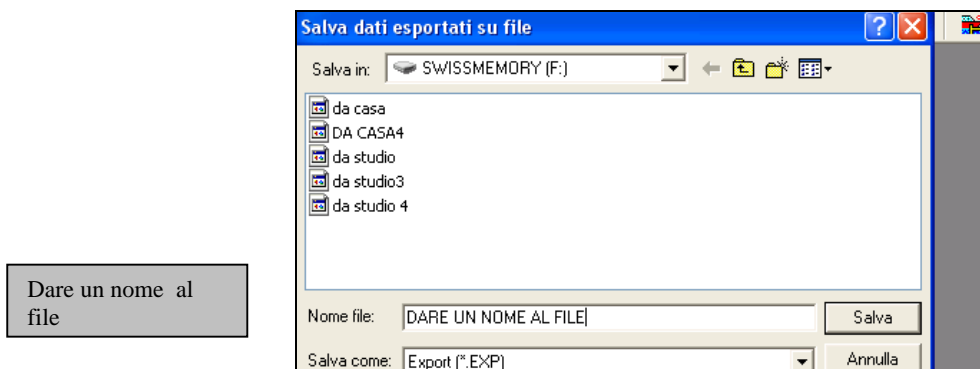
Mille utilita'>>> RRS Local >>>Ultimo Import/Export >>Export >>>>>Attivita' Singolo Medico



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



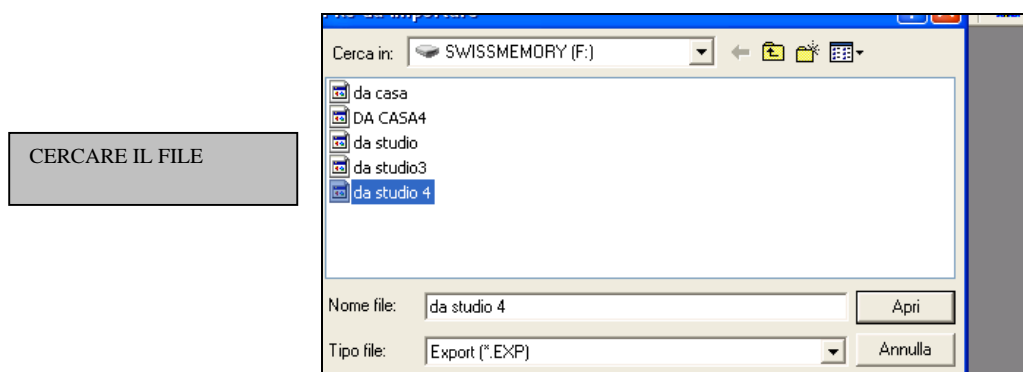
Portare i dati su una penna:



Importare i dati nell'altro PC:

Questa la procedura per importare

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



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:

- I dati riportano la normale attivita' di lavoro (dati di prevalenza, incidenza, appropriatezza ecc), riflettono quindi la realta' e la clinical practice del MMG
- 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*

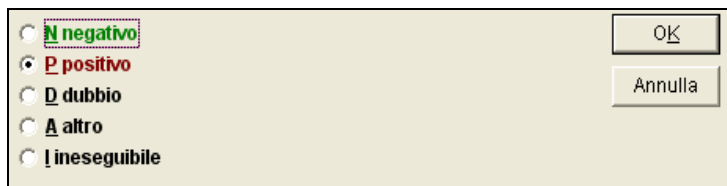
## IL “LAVORO ORDINARIO “ PER IL MMG RICERCATORE

I medici partecipanti dovranno osservare alcune priorit  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:



## 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:

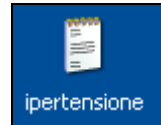
Millewin ,come la maggior parte dei database relazionali, utilizza un linguaggio denominato SQL. La conoscenza delle formule SQL consente di interrogare il database per estrarre qualunque dato , anche il piu' complesso.

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) :

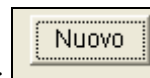
*SELECT CODICE ,PROBLEMA FROM V\_PROBLEMI WHERE ICD9 LIKE '401.9%'*



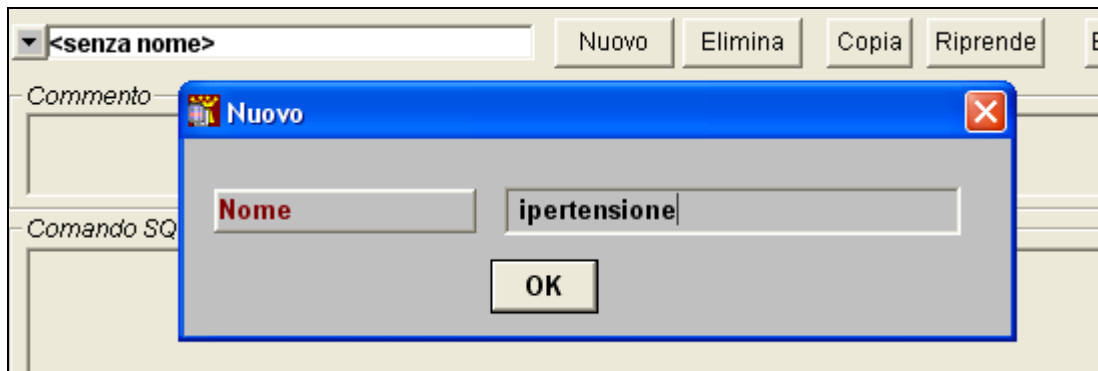
La query viene scritta e salvata in un file che potremmo chiamare ipertensione.txt e che viene inviato a tutti i MMG Ricercatori via e-mail  
Ciascun MMG dovrà salvare questo file sul Desktop o in una cartella .

### ***Come estrarre i pazienti affetti da ipertensione arteriosa:***

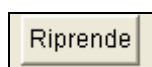
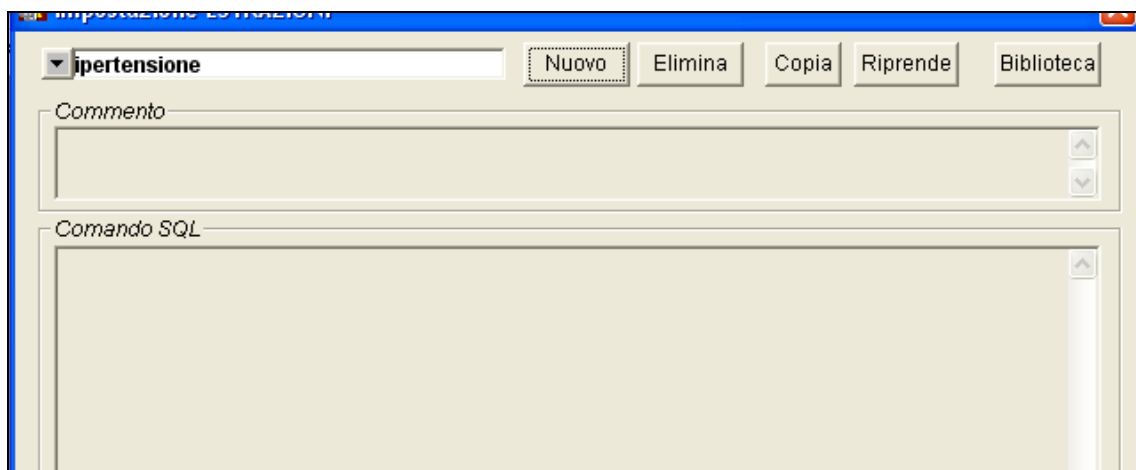
*Mille Utilità>>>Statistiche >>> Impostazione estrazioni SQL personali>>>*



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

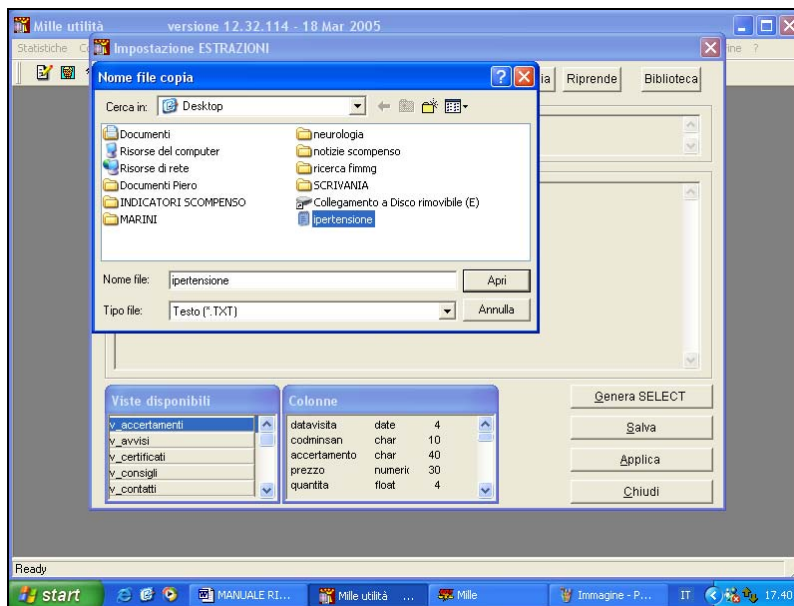


Si apre una maschera pronta a ricevere i comandi



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 )

<b>Commento</b> QUESTA QUERY ESTRA EI PAZIENTI CON IPERTENSIONE																
<b>Comando SQL</b> SELECT CODICE ,PROBLEMA FROM V_PROBLEMI WHERE ICD9 LIKE '401.9%'																
<b>Viste disponibili</b> v_accertamenti v_avvisi v_certificati v_consigli v_contatti	<b>Colonne</b> <table border="1"> <tr> <td>datavisita</td> <td>date</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>codminsan</td> <td>char</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>accertamento</td> <td>char</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>prezzo</td> <td>numeric</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>quantita</td> <td>float</td> <td>4</td> </tr> </table>	datavisita	date	4	codminsan	char	10	accertamento	char	40	prezzo	numeric	30	quantita	float	4
datavisita	date	4														
codminsan	char	10														
accertamento	char	40														
prezzo	numeric	30														
quantita	float	4														
Genera SELECT Salva Applica Chiudi																

Selezionare Applica

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

**Indicare il periodo da analizzare**

**Dalla data**

**alla data**

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

**Estrazioni SQL**

**SELECT CODICE ,PROBLEMA FROM V\_PROBLEMI WHERE ICD9 LIKE '401.9%'**

Periodo: dal 01.01.1900 al 31.12.2005

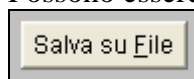
**Righe N. 459**

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.!^ZYR*L.(H7N@.(MKF1<:	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0.+{9I.@).(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/).(H7MCT<<K{+}	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0./7H+SY.(H7M>N^S1>Z!	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0.9@=DV(L.(H7N@E×KJ_G	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0.))AYIQI.(H7M3.GAKJV	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0.;F)J\$5.(H7M0IEFKUET	IPERTENSIONE ARTERIOSA
0;15_W9I.(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:



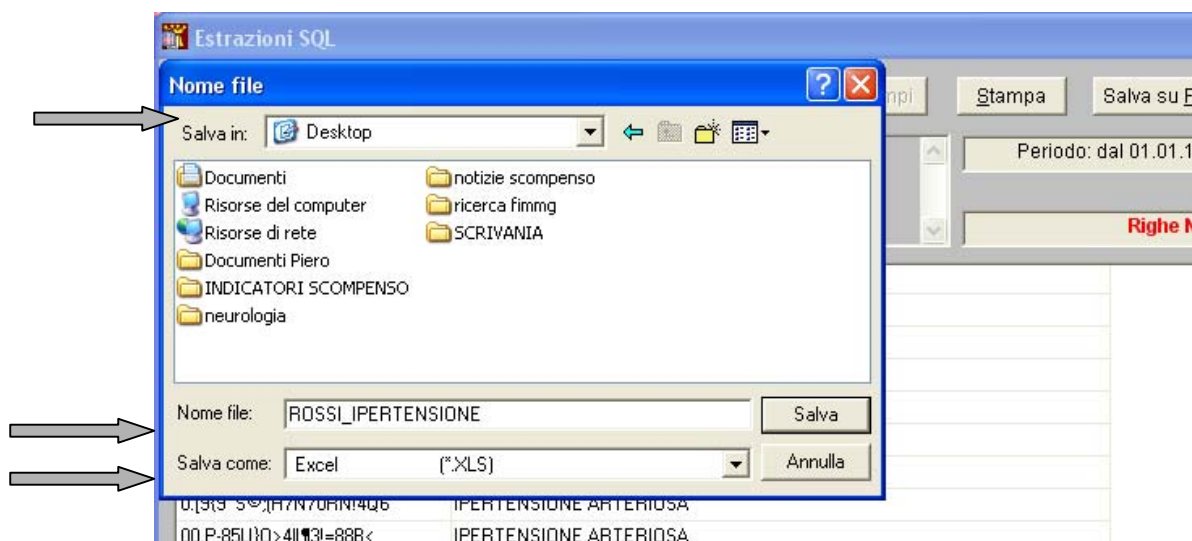
Salva in: Desktop

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 episodio 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

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

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

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 che 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 dndd". A diagnosi avvenuta codificare con ICD9 ed accorpare "neoformazione..." "al problema codificato"

