

La cartella clinica

SIS e Audit Clinico

ASL Rieti

Cosa è la cartella clinica

- Ministero della Sanità, 1992: Insieme di documenti che registrano un complesso eterogeneo di informazioni sanitarie, anagrafiche, sociali, aventi lo scopo di rilevare il percorso diagnostico-terapeutico di un paziente al fine di predisporre gli opportuni interventi sanitari e di poter effettuare indagini scientifiche, statistiche e medico-legali.

- Cassazione penale, sez. V - 21/04/1983
Cassazione penale, sez. V- 08/02/1990

La cartella clinica, della cui regolare compilazione è responsabile il Primario,.....
"l'annotazione postuma di un fatto clinico rilevante integra il reato di falso materiale in atto pubblico, di cui all'art. 476 del Codice Penale"

Responsabilità

- Il D.P.R. 128/1969, art. 7 sancisce che il primario "...è responsabile della regolare tenuta della compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro consegna all'archivio clinico".
- Il D.P.R. 128/1969 declina nell'art. 41 che il coordinatore "è responsabile della tenuta dell'archivio delle cartelle".
- Il D.P.R.128/1969 declina le responsabilità del Direttore Sanitario "responsabile delle cartelle cliniche quando il paziente è dimesso e queste vengono trasferite dalla Struttura di degenza all'archivio" .

Contenuti

- generalità del paziente;
- motivo del ricovero;
- regime di ricovero;
- data e Struttura di ammissione;
- provenienza del paziente;
- anamnesi;
- esame obiettivo;
- referti di esami diagnostici e specialistici;
- terapia;
- consensi e dichiarazioni di volontà;
- decorso della malattia;
- epicrisi;
- data e Struttura di dimissione.

SDO

- Il flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera è stato istituito con il decreto del **Ministero della sanità 28 dicembre 1991**, come strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale

Contenuto della SDO

- anagrafiche del paziente: età, sesso, residenza, livello di istruzione
- caratteristiche del ricovero: istituto e disciplina dimissione, regime di ricovero, modalità di dimissione, data prenotazione, classe priorità del ricovero
- caratteristiche cliniche: diagnosi principale, diagnosi concomitanti, procedure diagnostiche o terapeutiche

Circolare 23 ottobre 2008, Ministero della Salute

Codice sanitario individuale

Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al SSN e per i residenti è costituito dal codice fiscale, composto da 16 caratteri.

Il codice fiscale da inserire nell'archivio SDO deve essere quello attribuito dal Ministero dell'Economia.

Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sul territorio italiano deve essere riportato il codice regionale con sigla STP (straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri.

Il codice fiscale può essere omesso per i neonati e nei casi previsti dalla normativa vigente (Legge 135 del 5 giugno 1990 per i casi di HIV e AIDS, Decreto 349 del 16 luglio 2001 per le donne che vogliono partorire in anonimato). Non deve comunque essere attribuito autonomamente mediante l'utilizzo di programmi informatici.

Utilizzo delle informazioni rilevate attraverso la SDO

- finalità di carattere economico-gestionale
- studi di carattere clinico-epidemiologico
- analisi a supporto dell'attività di programmazione sanitaria
- monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza
- per la valutazione del rischio clinico ospedaliero
- per il calcolo di indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza erogata
- nonché per valutazioni di impatto economico e per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale.

La classificazione internazionale delle malattie ICD9CM

- Sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati, per finalità statistiche, in gruppi tra loro correlati ed è finalizzata a tradurre in codici alfa-numericici i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche

Codifica

- Diagnosi principale: condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e /o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.
- Diagnosi secondarie: condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito a tale momento e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.

- La corretta individuazione delle diagnosi compete al medico responsabile dell'assistenza del paziente nel corso del ricovero.

Procedure

Codificare come principale quello correlato alla diagnosi principale e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.);

Se sono presenti sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:

1. interventi chirurgici a cielo aperto

2. interventi per via endoscopica e/o laparoscopica

3. le seguenti procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

- 87.53 colangiografia intraoperatoria
- 88.52 angiocardigrafia del cuore destro
- 88.53 angiocardigrafia del cuore sinistro
- 88.54 angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro
- 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
- 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
- 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
- 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
- 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi
- 92.3 radiocirurgia stereotassica
- 94.61 riabilitazione da alcool
- 94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
- 94.64 riabilitazione da farmaci
- 94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
- 94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci
- 94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
- 95.04 esame dell'occhio in anestesia
- 96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
- 96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
- 96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
- 98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica

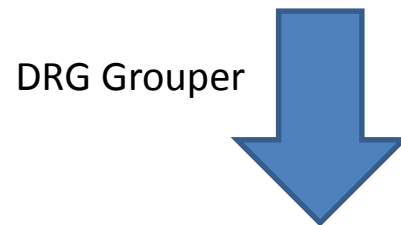
4. procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica)

5. procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore (codd. da 01.- a 86.-) (es. gastroscopia)

6. altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore (codd. da 87.- a 99.-), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, NMR, litotripsia, radioterapia, ecc.)

DRG

- La codifica icd IX consta di 12.432 codici di diagnosi e 3.733 codici di procedure/interventi chirurgici



- ***Diagnosis-related group (DRG)*** 538 codifiche



SIS

