

La **cartella clinica ospedaliera** costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente. Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nel presidio, conseguentemente coincide con la storia della degenza del paziente all'interno del presidio. La cartella clinica ospedaliera **segue il paziente** nel suo percorso all'interno del presidio, fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO. La **scheda di dimissione ospedaliera** (SDO) è parte integrante della cartella clinica di cui assume le stesse valenze di carattere medico legale; le informazioni in essa rilevate devono essere rigorosamente congruenti con quelle presenti nella cartella clinica. Nel caso di **trasferimenti** di pazienti da un'unità operativa all'altra dello stesso stabilimento o per eventuali trasferimenti fra stabilimenti afferenti allo stesso presidio, deve essere compilata un'unica SDO che costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica ospedaliera.

Vanno trattati come episodi di ricovero separati i casi di passaggio da un regime di ricovero ad un altro (da ordinario a diurno e viceversa), e il passaggio da un ricovero per acuti ad un ricovero di riabilitazione o lungodegenza, per i quali si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.

<><><>

Con decorrenza 01/01/2017 la SDO verrà modificata sostanzialmente nei contenuti dal Decreto del Ministero della Salute (approvato dalla Conferenza Stato - Regioni il 20 gennaio scorso ed in corso di pubblicazione) per adeguare il contenuto informativo della SDO alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria.

I nuovi contenuti della SDO riguardano, in sintesi, i seguenti obblighi:

- compilazione di una SDO per i Ricoveri Acuti e di una SDO per i Ricoveri Post-acuti; a partire dai dimessi del 1° gennaio 2017, così come stabilisce il decreto ministeriale, il trasferimento interno del paziente da un reparto acuto a uno di riabilitazione o lungodegenza (codici disciplina '28', '56', '60' e '75') o viceversa, comporterà la sua dimissione e successiva riammissione. In questi casi ci saranno due SDO e due cartelle cliniche. Per i ricoveri a cavaliere misti (acuto + post acuto), con data di ammissione antecedente il 2017 e data dimissione 2017, convenzionalmente si opererà una chiusura al 31/12/2016 e una nuova apertura della SDO con data ammissione 01/01/2017;
- compilazione del codice fiscale del chirurgo e dell'anestesista;
- compilazione del campo check list di sala operatoria;
- compilazione dei campi per le procedure erogate in service, dove per service si intendono le procedure/interventi erogati in giornata da un presidio diverso da quello di ricovero del paziente (quali ad esempio gli interventi/procedure di radiologia e neuroradiologia interventistica, di cardiologia interventistica, le procedure endoscopiche di gastroenterologia e pneumologia, ecc.);
- segnalazione della presenza o meno delle diagnosi al momento dell'ammissione al fine di distinguere le comorbidità dalle complicanze insorte durante il ricovero;
- stadiazione dei tumori;
- rilevazione di alcuni parametri clinici (es: PA sistolica per l'infarto; creatinina serica per gli interventi di by-pass aortocoronarico, valvole cardiache, frattura del femore).

Per tutti i pazienti con Ictus Ischemico Acuto che transitano da una Stroke Unit accreditata alla somministrazione della trombolisi endovenosa è prevista la compilazione di informazioni aggiuntive e scale di valutazione.

Per tutte le discipline della Riabilitazione Ospedaliera (codici di disciplina 56, 75, 28 e 60) delle strutture pubbliche e private è prevista l'introduzione di ulteriori campi utili a descrivere sia la complessità clinico riabilitativa che gli esiti delle prestazioni erogate in regime ordinario. Tutte le scale dovranno essere compilate per i singoli item in cartella clinica mentre nella SDO riabilitativa verrà inserito solo il punteggio totale.

1. Tipo di ricovero

Dato obbligatorio se il Regime di ricovero = '1' (Ordinario) e proposta di ricovero diverso da '12' = Ricovero al momento della nascita.

Valori ammessi:

1 = Programmato

2 = D'urgenza

3 = T.S.O.

4 = Programmato con preospedalizzazione

5 = Ricovero D'urgenza da OBI

6 = Parto non urgente [*nuovo codice*]

7 = T.S.O. in corso di ricovero [*nuovo codice*]

Il codice 6 individua i parti cesarei programmati o i naturali non urgenti. Utilizzando questa codifica i campi data di prenotazione e classi di priorità non devono essere valorizzati. Per i casi di parto urgente utilizzare il codice 2.

Per i TSV che diventano TSO in corso di ricovero codificare con il codice 7, anche se la variabile tipo di ricovero è una variabile di accettazione.

2. Onere della degenza

Valori ammessi:

1 = Ricovero a totale carico SSN

2 = Ricovero a carico SSN con differenza alberghiera

4 = Ricovero a totale carico paziente

5 = Libera professione

6 = Libera professione e differenza Alberghiera

7 = Ricovero a carico SSN di stranieri paesi convenzionati

8 = Ricovero a carico SSN di stranieri indigenti

9 = Altro

A = Ricovero a carico Ministero Interni di stranieri indigenti

U = Cittadini stranieri che, nell'ambito dei progetti umanitari, arrivano in Italia per cure medico-ospedaliere [*nuovo codice*]

S = ricovero a carico di progetti di ricerca (sperimentazione) [*nuovo codice*]

3. Proposta di ricovero

Valori ammessi (E):

01 = Ricorso diretto

02 = Medico di base

03 = Programmato da stesso istituto

04 = Trasferito da istituto pubblico

05 = Trasferito da istituto privato Accreditato

06 = Trasferito da istituto privato non Accreditato

07 = Trasferito da altro tipo attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero nello stesso presidio

08 = Altra assistenza (ADI, Hospice, etc.)

10 = Paziente inviato dal Centro Salute Mentale [*nuovo codice*]

11 = Paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso [*nuovo codice*]

12 = Ricovero al momento della nascita [*nuovo codice*]

13 = Carcere [*nuovo codice*]

14 = Paziente inviato alla struttura privata da uno specialista pubblico [*nuovo codice*]

99 = Altro [*nuovo codice*]

Codificare con '01' se un paziente accede alla Casa di Cura proveniente dal Pronto Soccorso di un Ospedale Pubblico.

Il codice '03' va assegnato quando il ricovero è programmato dal medico specialista dello stesso ospedale.

Il codice '10' deve essere utilizzato sia per le richieste di ricovero formulate dagli psichiatri del CSM verso strutture private, sia nel caso di ricovero per TSO

4. Modalità di dimissione

Valori ammessi:

1 = Deceduto

2 = Ordinaria a domicilio

3 = Protetta c/o strutture extraospedaliere

5 = Volontaria

6 = Trasferimento ad istituto per acuti

7 = Trasferimento ad altro regime di ricovero

8 = Trasferimento ad istituto riabilitazione

9 = Protetta con attivazione A.D.I.

A = Episodio di allontanamento [*nuovo codice*]

B = Deceduto per suicidio avvenuto in ospedale [*nuovo codice*]

Variabili di nuova introduzione

1. Giornate di sospensione

Indica i giorni di indisponibilità del paziente per motivi familiari, per motivi di salute o di lavoro o per altro motivo comunque **autorizzato** e **registrato** nella agenda di prenotazione.

2. Scheda dolore

Indica se è stata effettuata **almeno una rilevazione** del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.

3. Pressione arteriosa sistolica

Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica; il dato è obbligatorio se esiste una diagnosi ICD-9-CM (principale o secondaria) che inizia per '410' (Infarto acuto del miocardio)

4. Creatinina serica

Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL). Il dato è obbligatorio se esiste:

- 1) intervento chirurgico (principale o secondario) che inizia per '361' (by-pass aortocoronarico) o '351' o '352'(valvole cardiache). Indicare il valore preoperatorio riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento, *oppure*
- 2) intervento chirurgico (principale o secondario) = ('8151' o '8152') (sostituzione protesica) o = ('7900' o '7905' o '7910' o '7915' o '7920' o '7925' o '7930' o '7935' o '7940' o '7945' o '7950' o '7955' (riduzione di frattura) ed età del paziente maggiore di 65 anni. Indicare il valore preoperatorio riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento *oppure*
- 3) diagnosi principale o secondaria che inizia per '820' (frattura del collo del femore) ed età del paziente maggiore di 65 anni. Indicare il valore rilevato al momento dell'ammissione

5. Frazione di eiezione

Indica la frazione di eiezione pre-operatoria riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico (codice ICD-9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD-9-CM 35.1x-35.2x).

6. Diagnosi presente all'ammissione

Rileva se la diagnosi era già presente anche al momento del ricovero

7. Stadiazione condensata

Stadio della neoplasia maligna. Dato obbligatorio in presenza di codice diagnosi principale e secondarie ICD-9-CM comprese fra '140.0'-'190.9' e '190'-'199.1'

Sono ammessi i seguenti valori:

- 1 = Tumore localizzato, confinato all'organo di origine
- 2 = Infiltrazione locale extraorgano
- 3 = Metastasi ai linfonodi regionali
- 4 = Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali
- 5 = Metastasi a distanza
- 6 = Metastasi ai linfonodi non regionali
- 7 = Non confinato all'organo di origine (ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6)
- 8 = Nessuna invasione degli organi distanti (ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4)
- 9 = Ignoto

Come noto, la lista dei valori ammessi è stata integrata con il valore "A-Asportata durante precedente ricovero", condizione che orienta all'utilizzo di codici diagnosi ICD-9-CM della categoria V10.

8. Tipo di intervento

Descrive se l'intervento è stato eseguito all'interno della struttura (Tipo di intervento=interno) ovvero in service (Tipo di intervento=esterno)

9. Ora inizio intervento

Ora di inizio dell'intervento, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione; il dato è obbligatorio anche per gli interventi eseguiti in service

10. Codice fiscale del chirurgo

Codice fiscale del chirurgo responsabile dell'intervento. È possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio.

Il dato è obbligatorio se siamo nel caso di procedure "terapeutiche maggiori", come indicato nella classificazione AHRQ; sono ricompresi nelle "procedure terapeutiche maggiori" gli impianti di device cardiaci, le angioplastiche percutanee, le biopsie linfonodali, il trapianto di midollo osseo, la legatura di varici esofagee, la riparazione di lacerazioni ostetriche, l'asportazione radicale di lesioni cutanee (codice 86.4), ossia procedure / interventi che possono essere eseguiti anche in regime ambulatoriale o per i quali può non essere prevista, oggi, la compilazione del verbale OrmaWeb.

La lista completa delle procedure "terapeutiche maggiori" è disponibile per il download alla pagina <http://intranet.azospfe.it/il-professionista/ufficio-dimissioni-ospedaliere-info-e-strumenti/allegati-2/Lista%20AHRQ%20procedure%20terapeutiche%20maggiori.pdf>

Per gli altri interventi il dato è facoltativo.

11. Codice fiscale dell'anestesista

Codice fiscale dell'anestesista dell'intervento; il dato è facoltativo

12. Punteggio ASA

Classificazione ASA che valuta il rischio anestesilogico in base alle condizioni del paziente. Il dato obbligatorio se è valorizzato il codice fiscale dell'anestesista.

Valori ammessi:

1 = Paziente sano

2 = Paziente con malattia sistemica lieve e nessuna limitazione funzionale

3 = Paziente con malattia sistemica grave e limitazione funzionale di grado moderato

4 = Paziente con una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la vita

5 = Paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico

6 = Paziente in morte cerebrale certificata in attesa di intervento per donazione di organi

13. Check list

Indica se è stata compilata ed è **presente in cartella clinica** la check list per la sicurezza in sala operatoria.

14. Lateralità

Indica se l'intervento si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale. Il dato è facoltativo.

Valori ammessi:

1 = Destra

2 = Sinistra

3 = Bilaterale

15. Scale di valutazione (per Stroke unit e Riabilitazione)

La sezione relativa alle scale prevede la compilazione dei seguenti campi:

- Data Evento Acuto
- Ora Evento Acuto
- Eziologia
- Barthel Index (BI) in Ingresso
- Barthel Index (BI) in Uscita
- Rehabilitation Complexity Scale (RCSe) in Ingresso
- Rehabilitation Complexity Scale (RCSe) in Uscita
- Scala Six Minute Walk Test (6MWT) in Ingresso
- Scala Six Minute Walk Test (6MWT) in Uscita
- Scala di Borg modificata (M-Borg) in Ingresso
- Scala di Borg modificata (M-Borg) in Uscita

- Scala Barthel Dyspnea Index (BI) in Ingresso
- Scala Barthel Dyspnea Index (BI) in Uscita
- Glasgow Coma Scale (GCS)
- Glasgow Outcome Scale (GOS) in Ingresso
- Glasgow Outcome Scale (GOS) in Uscita
- Disability Rating Scale (DRS) in Ingresso
- Disability Rating Scale (DRS) in Uscita
- Scala Levels of Cognitive Functioning (LCF) in Ingresso
- Scala Levels of Cognitive Functioning (LCF) in Uscita
- Livello lesione neurologica in Ingresso
- Livello lesione neurologica in Uscita
- Scala menomazione ASIA in Ingresso
- Scala menomazione ASIA in Uscita
- Scala Spinal Cord Independency Measure (SCIM) in Ingresso
- Scala Spinal Cord Independency Measure (SCIM) in Uscita
- Classificazione TOAST (Transito in STROKE UNIT)
- National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) in Ingresso
- National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) in Uscita
- Scala di Rankin pre-ictus (nRankin) solo in Ingresso

Altre variazioni di rilievo

1. Numero di codici diagnosi registrabili

Deve esistere solo una diagnosi principale, alla quale possono essere affiancate al massimo 5 diagnosi secondarie

2. Numero di codici intervento registrabili

Deve esistere un intervento principale, al quale possono essere affiancati al massimo 10 interventi secondari, comprese le prestazioni eseguite "in service"