

Ipotesi Linee Guida compilazione nuova SDO

Introduzione

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è parte integrante della cartella clinica, di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile, delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

Il D.M.261/2016 integra le informazioni relative alla SDO e disciplina il relativo flusso informativo al fine di adeguare il contenuto informativo della SDO alle esigenze di:

- Supporto ai processi di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
- Supporto alle elaborazioni ed analisi per finalità statistiche e/o scientifiche;
- Supporto alle rilevazioni sistematiche a scopi epidemiologici.

L'art.8 D.M.261/2016 prevede che il Ministero della salute - Direzione generale della programmazione sanitaria, in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e le Regioni, previa approvazione da parte della Cabina di regia per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, adotti apposite linee guida recanti istruzioni per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Le presenti Linee Guida sono organizzate per schede e sono orientate a fornire una linea interpretativa ed indicazioni d'uso per i campi di nuova introduzione nel flusso SDO.

Esse forniscono, inoltre, chiarimenti riguardo ad aspetti più generali relativi alla corretta compilazione della SDO ed alla produzione del flusso dati, con lo scopo di consentire e standardizzare la tracciabilità degli eventi (anche identificando le strutture responsabili dell'erogazione delle procedure "in service") a vantaggio di una migliore qualità dei dati e di una maggiore comparabilità degli stessi a livello nazionale.

SCHEDA 1: TRASFERIMENTI ESTERNI

Indicazioni DM 261/2016:

Trasferimenti esterni: La variabile descrive il percorso che il paziente ha seguito nel caso in cui un intervento chirurgico o procedura venga effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura esterno, cioè diverso da quello in cui il paziente è ricoverato (quindi senza chiusura della SDO).

Le variabili, da riportare soltanto nei casi di ricovero in regime ordinario, comprendono la data, l’ora del trasferimento, il codice dell’unità operativa presso cui è stato trasferito il paziente e la prestazione effettuata.

Unità operativa trasferimento esterno: La variabile indica l’Unità operativa dell’Istituto di cura, presso cui durante un ricovero ordinario il paziente viene trasferito per essere sottoposto ad un intervento chirurgico o procedura in modalità “in service” (quindi senza apertura di una nuova SDO presso tale istituto).

E’ fondamentale sottolineare che per trasferimento esterno si intende il trasferimento tra strutture i cui codici differiscono nei primi sei caratteri e non tra strutture che differiscono per codice stabilimento (settimo e ottavo carattere del codice struttura).

Criticità emerse:

Nel caso l’unità operativa di trasferimento non sia dotata di posti letto (non sia dunque tracciata su flusso ministeriale HSP12), non esiste una codifica utilizzabile per l’identificazione.

In questo modo per il service esterno risulta possibile individuare lo stabilimento ma non l’unità operativa.

Chiarimenti:

Per le strutture esterne con unità operative codificate nel flusso HSP12 si rileva il codice reparto di riferimento.

Nei casi di strutture non mappate su HSP12 si individuano codici parlanti contenenti porzione identificativa della specialità oltre ad un suffisso predefinito “SC”(es:08SC) con riferimento all'intera gamma di codici contenuti nella tabella ministeriale delle discipline ospedaliere.

Ulteriori elementi di attenzione:

- Si raccomanda di controllare sempre la congruenza fra data ed ora di trasferimento esterno e data ed ora rilevata per la procedura eseguita in service.
- Per quanto riguarda la gestione dell’episodio di ricovero con service esterno in caso di complicazione o decesso del paziente durante il viaggio o presso la struttura terza, il gruppo ha elaborato due proposte da sottoporre all’attenzione del Ministero Salute per gli aspetti di legittimità e coerenza con la normativa di riferimento in ambito medico legale:

Ipotesi A:

- ✓ Se la complicanza o il decesso avviene durante la permanenza presso la struttura esterna e quest’ultima è dotata di posti letto, pertanto tracciata sul flusso HSP12, si procede alla chiusura della SDO originaria con modalità di dimissione “trasferito ad altro istituto” e data ed ora di dimissione pari a quelle di trasferimento e si apre un nuovo caso di ricovero presso la struttura ospitante per gestire la complicanza o il decesso;
- ✓ Se la complicanza o il decesso avviene durante la permanenza presso la struttura esterna e quest’ultima NON è dotata di posti letto, pertanto NON tracciata sul flusso HSP12, l’episodio di ricovero rimane gestito dalla struttura inviante che lo conclude in base all’esito. In caso di decesso sarebbe utile poter tracciare la dimissione con modalità “decesso presso struttura esterna” per rendere facilmente riconoscibile e quindi validabile in caso di decesso, anche la casistica in cui l’ultima struttura di trasferimento è una struttura esterna;
- ✓ Se la complicanza o il decesso avviene durante il trasferimento presso la struttura terza, l’episodio di ricovero rimane gestito dalla struttura inviante che lo conclude in base all’esito;

Ipotesi B:

- ✓ In caso di complicanza che comporta la necessità di assegnare un posto letto al paziente presso la struttura nella quale viene erogato l’intervento in service, l’episodio di ricovero originario deve essere chiuso e ne deve essere aperto uno nuovo. Si procede dunque alla chiusura della SDO aperta presso l’ospedale

Gruppo di lavoro interregionale «Linee guida nuova SDO»

inviante con modalità di dimissione “trasferito ad altro istituto” e data ed ora di dimissione pari a quelle di trasferimento e alla contestuale apertura di una nuova SDO presso la struttura ricevente con provenienza “da altro istituto di cura” (modalità 05 o 06 o 07) e data e ora di ammissione pari a quelle del trasferimento;

- ✓ In caso di decesso del paziente sia in corso di intervento, sia durante i trasferimenti in ambulanza, la SDO verrà chiusa dalla struttura inviante con modalità di dimissione “Deceduto” e data e ora di dimissione corrispondente a quella del decesso. Sarebbe utile poter tracciare la dimissione con modalità “decesso presso struttura esterna” per rendere facilmente riconoscibile e quindi validabile in caso di decesso, anche la casistica in cui l’ultima struttura di trasferimento è una struttura esterna.

SCHEDA 2: PRESENZA DIAGNOSI ALL’AMMISSIONE

Indicazioni DM 261/2016:

Diagnosi presente al ricovero: Indica se la diagnosi rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.

-

Criticità emerse:

Nonostante la definizione riportata sopra, sono state rilevate perplessità in fase di compilazione SDO. In particolare sembra che non sia completamente passato il concetto che la diagnosi definita durante il ricovero, ma riferita a patologia preesistente, comporta attestazione di presenza diagnosi al ricovero.

Chiarimenti:

Diagnosi principale e secondarie presenti al ricovero. Si rende necessario specificare se la diagnosi segnalata nella SDO era presente al momento dell'ammissione, cioè si tratta di una condizione preesistente all'episodio di ospedalizzazione, oppure se è insorta successivamente nel corso dello stesso ricovero.

Può accadere che le condizioni preesistenti possano non essere rilevate/riconosciute tempestivamente al momento dell'ammissione, ma diagnosticate in un secondo tempo tramite un'anamnesi più accurata e completa e/o attraverso un'obiettività più dettagliata e/o grazie alle indagini strumentali più approfondite. In questi casi, la condizione, pur non essendo stata rilevata o riconosciuta all'ammissione, risulta comunque presente nel momento del ricovero e se ha verosimilmente comportato un consumo di risorse assistenziali, deve essere segnalata nella SDO.

Es. 1: Caduta accidentale in reparto con traumatismo, anemia emorragica post-operatoria, Queste sono condizioni che, chiaramente, non potevano essere presenti al momento del ricovero.

Es. 2: Ricovero per frattura di femore. Successivi accertamenti, nel corso della degenza, rilevano osteoporosi misconosciuta e predisponente alle fratture. La frattura, pur su base traumatica, è ascrivibile anche al quadro osteoporotico (non rilevato/riconosciuto all'ammissione) e quindi tutte le condizioni erano preesistenti al momento del ricovero.

Qualora, invece, una condizione non avesse causato un consumo di risorse in quel ricovero, va omessa la sua segnalazione nella SDO.

Finalità dell'informazione:

Questa informazione risulta fondamentale per l'analisi delle infezioni ospedaliere ed in generale del rischio clinico.

Inoltre, la corretta codifica della presenza o assenza di una diagnosi al momento dell'ammissione del paziente, si rende necessaria per definire correttamente la complessità del paziente al momento del ricovero.

Tale informazione è indispensabile ai fini del calcolo degli indicatori di esito nel Programma Nazionale di Valutazione Esiti, dal momento che fornisce la possibilità di definire le condizioni presenti al momento dell'accettazione e distinguere le complicanze occorse durante il ricovero.

Ai fini del calcolo degli indicatori, le diagnosi già presenti al momento dell'ammissione del paziente saranno considerate infatti come fattori di rischio e, quindi, utilizzate nei modelli di aggiustamento per tenere conto della diversa casistica trattata negli ospedali valutati. Diversamente, le complicanze occorse durante il ricovero, indicate come non presenti all'ammissione, saranno considerate come esiti del processo assistenziale e, quindi, non utilizzabili nei modelli di aggiustamento.

Esempi:

Un paziente con accertata insufficienza cardiaca congestizia è ricoverato in ospedale dopo aver sviluppato insufficienza cardiaca congestizia scompensata.

- Si indica la diagnosi di insufficienza cardiaca congestizia come presente all'ammissione. La diagnosi è considerata un fattore di rischio del paziente preesistente al ricovero.

Un paziente è ricoverato in ospedale per una operazione di bypass dell'arteria coronarica. In fase post-operatoria sviluppa un'embolia polmonare.

Gruppo di lavoro interregionale «Linee guida nuova SDO»

- Si indica che l'embolia polmonare non è presente all'ammissione, dal momento che si tratta di una condizione acuta che non era presente all'accettazione. La diagnosi è un potenziale esito dell'intervento di bypass aortocoronarico e, quindi, non può essere considerata come fattore di rischio preesistente del paziente.

SCHEDA 3: LATERALITA' DIAGNOSI ED INTERVENTI

Indicazioni DM 261/2016:

Non è presente una definizione di lateralità.

Criticità emerse:

Difficoltà per gli operatori di individuare i codici diagnosi o intervento per i quali sia significativa la lateralità.

Chiarimenti:

Con il termine lateralità va intesa la presenza di una determinata caratteristica (di diagnosi o di procedura) ascrivibile al lato destro, oppure a quello sinistro, oppure ad entrambi, del corpo umano.

Il riferimento è dunque alla lateralità come lateralità d'organo nel corpo umano da rilevare solo per gli organi pari e per gli arti.

Finalità dell'informazione:

La corretta codifica della lateralità delle diagnosi o delle procedure è necessaria ai fini del calcolo degli indicatori di esito nel Programma Nazionale di Valutazione Esiti, dal momento che permette di distinguere, in caso di più ricoveri per la stessa condizione, se tale condizione è da riferirsi allo stesso organo o arto oppure alla sede controlaterale.

In particolare, la codifica della lateralità consente di distinguere nei ricoveri successivi le complicanze a carico dello stesso organo o arto da una nuova condizione occorsa nella sede controlaterale. Nel primo caso il ricovero successivo sarà considerato un esito del ricovero indice; nel secondo, sarà considerato un nuovo ricovero indice. Inoltre, l'informazione sulla lateralità consente di attribuire correttamente l'esito in studio al ricovero indice nel quale è stato trattato lo stesso lato.

Esempio:

Un paziente effettua una sostituzione totale del ginocchio destro nell'ospedale A e si ricovera 18 mesi dopo per una revisione totale della protesi di ginocchio.

- Se nel ricovero successivo è indicato il lato destro come sede della revisione, tale ricovero può essere considerato come un esito del ricovero avvenuto nell'ospedale A.
- Se nel ricovero successivo è indicato il lato sinistro come sede della revisione tale ricovero non può essere considerato come un esito del ricovero avvenuto nell'ospedale A, ma deve essere attribuito ad un ricovero effettuato presso un'altra struttura.

SCHEDA 4: STADIAZIONE

Indicazioni DM 261/2016:

Gruppo di lavoro interregionale «Linee guida nuova SDO»

Stadiazione condensata: Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi principale di dimissione (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1).

Criticità emerse:

Percezione negli operatori della necessità di attendere il referto di anatomia patologica per definire lo stadio della neoplasia e completare dunque la registrazione dell'evento, a danno della tempestiva chiusura della SDO.

Chiarimenti:

La stadiazione condensata, rilevata quale attributo delle diagnosi identificate di neoplasia maligna, indica l'estensione del tumore rispetto alla sede originale di sviluppo e assiste il clinico nelle scelte di cura durante il ricovero. Questa prescinde, dunque, dall'esito dell'esame istologico che può essere noto solo successivamente alla chiusura della SDO e che consente di definire la stadiazione completa (classificazione TNM).

La declinazione dei valori ammessi dalle specifiche funzionali per la compilazione della stadiazione condensata è peraltro esplicitamente indicativa di un inquadramento che è ancora in corso.

SCHEDA 5: CHECK LIST SALA OPERATORIA

Indicazioni DM 261/2016:

Check list sala operatoria: Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012.

Criticità emerse:

Dubbia interpretazione del doppio vincolo di compilazione e presenza in cartella. Di fatto si rileva con 0 anche la casistica della mancata compilazione oltre a quella della mancata presenza in cartella.
Mancata definizione ambito specifico di applicabilità.

Chiarimenti:

Le indicazioni riportate nelle specifiche funzionali di compilazione SDO del Ministero della Salute prevedono:

Valori ammessi:

0 = No, per check list assente

1 = Sì, per check list presente

9 = Non Applicabile, per intervento non eseguito in sala operatoria

Da compilare obbligatoriamente per tutte le procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ).

Possibile ampliamento casistica di rilevazione:

Si suggerisce di estendere la rilevazione alle procedure terapeutiche minori ed anche alle procedure diagnostiche maggiori, data l'integrazione con il registro operatorio ma soprattutto la significatività di molte procedure interventistiche classificate come diagnostiche.

I valori di riferimento saranno dunque:

0=No, per check list assente;

1=Sì, per check list presente;

9=Non applicabile, nel caso di intervento maggiore (AHRQ 4) non eseguito in sala;

“=blank, nel caso di interventi non maggiori (AHRQ <>4) non eseguiti in sala.

SCHEDA 6: EQUIPE CHIRURGICA

Indicazioni DM 261/2016:

Identificativo chirurgo: Individua il chirurgo responsabile dell'intervento. È possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio.

Anestesista: Individua l'anestesista.

Criticità emerse:

Non risulta completamente chiaro l'ambito specifico di applicazione.

Non risulta individuato un criterio di selezione dell'operatore da segnalare nel caso di gestione della procedura da parte di più anestesisti.

Chiarimenti:

Da specifiche funzionali SDO Ministero Salute:

“Compilare per tutte le procedure “terapeutiche maggiori”. Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio”.

DI conseguenza:

- Si rilevano nella SDO i chirurghi soltanto per gli interventi maggiori (Codice 4 AHRQ);
- Occorre rilevare tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento in coerenza con la rilevazione del registro operatorio.

Nel caso di gestione della procedura da parte di più anestesisti si registra l'anestesista che ha effettuato l'induzione, verosimilmente il primo.

Codifica operatori:

In fase di compilazione del campo, l'identificativo utilizzato è il CF operatore. Questo consente di tracciare correttamente qualsiasi operatore ancorché non afferente all'azienda o Regione erogante la prestazione.

In fase di invio al Ministero Salute, la Regione inviante provvede a convertire il CF in CUNI attraverso uno scambio informativo con il servizio fornito dal sistema Tessera Sanitaria.

Ulteriori elementi di attenzione:

- il concetto di operatore non necessariamente deve far riferimento alla figura del chirurgo;
- rilevazione operatori non appartenenti all'azienda di erogazione;
- necessità di rilevare gli specializzandi;

Possibile ampliamento casistica di rilevazione:

Valutare l'opportunità di estendere la rilevazione alle procedure terapeutiche minori ed anche alle procedure diagnostiche maggiori, data l'integrazione con il registro operatorio ma soprattutto la significatività di molte procedure interventistiche classificate come diagnostiche.

SCHEDA 7: ORA INIZIO INTERVENTO

Indicazioni DM 261/2016:

Indica l'ora di inizio dell'intervento principale, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione.

Criticità emerse:

Necessità di qualificare l'ora di inizio in caso di PTCA (Angioplastica coronarica percutanea transluminale).

Chiarimenti:

In generale l'ora di inizio intervento è definita dal momento dell'incisione.

In analogia con l'incisione:

- per le cardiologie e l'interventistica vascolare ed extravascolare, si considera ora di inizio l'ora della puntura;
- per quanto riguarda nello specifico la PTCA, l'ora di effettuazione deve essere intesa come ora del primo gonfiaggio del palloncino;
- per le endoscopie digestive, urologiche, pneumologiche, si considera ora di inizio l'ora di introduzione dello strumento endoscopico.