



SIMPOSIO SIMFER - REGIONE EMILIA ROMAGNA

SALA CONGRESSI Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma



SIAMO PRONTI



PER UNA SDO RIABILITATIVA?

Secondo l'Agencia per l'Italia Digitale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, i sistemi di codifica e/o più in generale le terminologie mediche, giocano un ruolo fondamentale nell'ambito medico-sanitario. Questo poiché il loro utilizzo permette di garantire l'inter-operabilità semantica nel processo di scambio delle informazioni cliniche tra diversi sistemi informativi.

In ambito medico-sanitario le tassonomie sono risorse fondamentali per l'identificazione inequivocabile dei dati clinici rilevanti e vengono generalmente utilizzate per: classificare malattie e altri dati sanitari in modo univoco; supportare studi epidemiologici; indicizzare e recuperare le informazioni di interesse.

Digitalizzazione e indicizzazione di documenti clinici (per esempio, cartelle cliniche, dimissioni, prescrizioni, ecc.) e l'analisi dei dati in essi contenuti devono consentire ai medici e alle parti interessate, un rapido accesso ed elaborazione di informazioni rilevanti per facilitare il processo di diagnosi, definire i profili di rischio e agevolare l'indagine epidemiologica, che non solo permette una descrizione della situazione clinica, ma può favorirne, attraverso studi di natura scientifica, una più approfondita comprensione con conseguente evoluzione migliorativa.

Inoltre, un sistema di codifica ben organizzato da risposta all'esigenza di descrivere, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale/regionale, non solo le patologie che hanno determinato il ricorso alle strutture sanitarie, ma anche le procedure diagnostiche e terapeutiche che vengono erogate. In particolare, constatato che nell'ambito dei singoli episodi di cura i cittadini possono attraversare più livelli assistenziali, la codifica condivisa consente il monitoraggio delle prestazioni erogate nei diversi setting e, quindi, la riconoscibilità dei percorsi assistenziali seguiti, nonché dell'utilizzo delle risorse del SSN.

Come strumento ordinario per la raccolta di tutte queste informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati distribuiti sul territorio nazionale, è stato istituito, con il decreto del [Ministero della sanità 28 dicembre 1991](#), il flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Successive Linee Guida emanate il 17 giugno 1992 forniscono indicazioni puntuali sulle modalità di compilazione, codifica e gestione del flusso SDO, definendo la cartella clinica come "il chi, cosa, perché, quando e come dell'assistenza al paziente nel corso dell'ospedalizzazione" ed attribuendo alla *SDO rilevanza medico-legale al pari della cartella clinica, di cui costituisce parte integrante*. Il [decreto 26 luglio 1993](#) disciplina il flusso informativo delle dimissioni ospedaliere, definendo in particolare le informazioni che costituiscono "debito informativo" nei confronti del Ministero della Salute e le relative modalità di trasmissione. Il suddetto d.m. stabilisce, inoltre, che a partire dal 1 gennaio 1995 il flusso SDO sostituisce la preesistente rilevazione dell'attività ospedaliera che veniva svolta con il modello ISTAT/D10. In seguito, il [decreto ministeriale del 27 ottobre 2000, n. 380](#), ha aggiornato il contenuto informativo della SDO, ampliandone il tracciato record ed adottando la classificazione [ICD-9-CM versione 1997](#) (International Classification of Diseases, Clinical Modification) per la codifica delle diagnosi e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, in sostituzione della precedente classificazione ICD9. La classificazione ICD-9-CM è stata nuovamente aggiornata con il d.m. 21 novembre 2005, adottando la [versione 2002](#) a partire dal primo gennaio 2006, e successivamente dal d.m. 18/12/2008, che ha adottato la versione 2007 a partire dal primo gennaio 2009. Quest'ultimo decreto, inoltre, ha introdotto l'aggiornamento biennale dei sistemi di classificazione adottati nella Scheda di Dimissione Ospedaliera, ovvero la classificazione ICD-9-CM e il sistema DRG. Il d.m. 8 luglio 2010, n. 135, infine, ha ulteriormente ampliato il contenuto informativo del flusso SDO, modificando la periodicità di invio dei dati, precedentemente semestrale e divenuta trimestrale per l'anno 2010 e mensile a partire dall'anno 2011.

La necessità di uniformare la compilazione e la codifica delle informazioni contenute nella SDO per gli operatori delle strutture di ricovero rimane un obiettivo importante ai fini dell'utilizzo, sempre più rilevante, del flusso informativo per gli aspetti gestionali, programmatori e clinico-epidemiologici. Per questo nel tempo, l'esigenza di precisare le corrette modalità di compilazione delle informazioni cliniche contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera ha comportato alla produzione di diverse linee guida. Oltre alle già citate Linee guida

del 1992, è stata emessa la Circolare 23 ottobre 2008, approvata dalla Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo, nella seduta del 9 luglio 2008, recante "[Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della SDO](#)" e con l'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010, è stato delineato un ulteriore aggiornamento delle linee guida.

Risulta pertanto evidente dalla evoluzione storica riportata che una esaustiva descrizione delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale non può prescindere da un' **accurata e condivisa codifica** delle diagnosi e delle procedure adottate e che tale codifica rappresenta un **aspetto indispensabile di appropriatezza**, essendo uno dei principali elementi che contribuisce, in modo rilevante, al cambiamento in positivo del servizio stesso.

SIAMO quindi PRONTI PER UNA SDO RIABILITATIVA che attraverso un sistema di codifica ben organizzato dia risposta all'esigenza di descrivere in modo omogeneo, su tutto il territorio nazionale/regionale, le patologie che hanno determinato il ricorso alle strutture sanitarie e le procedure diagnostiche e terapeutiche che vengono erogate?

REFERENCES:

- **MINISTERO DELLA SALUTE:**
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1232&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto
- **MINISTERO DELLA SALUTE: MANUALE ICD9 CM VERSIONE ITALIANA 2002 -**
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=957
- **AGENZIA PER L'ITALIA DIGITALE:** <https://www.fascicolosanitario.gov.it/sistemi-codifica-dati>
- **ELENA CARDILLO, MARIA TERESA CHIARAVALLI, ERIKA PASCERI. RAPPORTO DI RICERCA D10.4A/B- SUBSET DI TERMINOLOGIA SPECIALISTICA INERENTE LE MALATTIE RARE E CRONICHE INVALIDANTI E THESAURUS DELLE MALATTIE RARE E MALATTIE CRONICHE INVALIDANTI. (2014)**
- **MARC JAMOULLE, ELENA CARDILLO, JOSEPH ROUMIER, MAXIME WARNIER, ROBERT VANDER STICHELE MAPPING FRENCH TERMS IN A BELGIAN GUIDELINE ON HEART FAILURE TO INTERNATIONAL CLASSIFICATIONS AND NOMENCLATURES: THE DEVIL IS IN THE DETAIL, 2014, INFORMATICS IN PRIMARY CARE.**
- **ERIKA PASCERI. STRUTTURE TASSONOMICHE E LINGUAGGI SPECIALISTICI IN AMBITO BIOMEDICO (2014)**
- **ROBERTO GUARASCI, ERIKA PASCERI, MARIA TERESA CHIARAVALLI, VINCENZO LAGANI, ROBERTO TRUNFIO. A CODING SUPPORT SYSTEM FOR THE ICD-9-CM STANDARD, ICHI 2014 - IEEE INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTHCARE INFORMATICS (2014)**
- **MARIA TERESA CHIARAVALLI, ERIKA PASCERI, ROBERTO TRUNFIO. RAPPORTO DI RICERCA CIRCA L'UTILIZZO DI TERMINOLOGIE DI DOMINIO STANDARDIZZATE, PROBLEMATICHE E NECESSITÀ DEL LINGUAGGIO DA UTILIZZARE IN FASE DI PRESCRIZIONE IN RELAZIONE ALLE CARATTERISTICHE DEI PRINCIPALI SISTEMI DI CODIFICA DI SETTORE (2014)**
- **ELENA CARDILLO FORMALIZZAZIONE ONTOLOGICA DI TERMINOLOGIE E SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE IN AMBITO BIOMEDICO: IL CASO ICPC2-ICD10 (2013).**
- **E. CARDILLO, E. PASCERI, TERMINOLOGIE E SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE MEDICA A SUPPORTO DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO, IN: M.T. GUAGLIANONE, I. FLORIO (EDS.), IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO: INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA E CODIFICA DEI DATI, (DOCUMENTALIA), ROMA, CNR - SEGID, 2012, PP. 129 -160.**
-