

# V A D E M E C U M

("in progress")

1.2

novembre 2013

Questo Vademecum è realizzato sulla base dei dialoghi e delle condivisioni tra i pediatri di famiglia veneti che hanno aderito al **progetto CESPERnet** iscrivendosi al google-group (<http://groups.google.com/group/cespernet?hl=it>).

Le scelte operative di seguito elencate, lungi dall'essere perfette, sono il risultato dell'analisi delle criticità rilevate nel primo rapporto CESPERnet (presentato alla riunione del 5 marzo 2013) e dell'elaborazione del flusso di domande/risposte apparse nel forum google nelle settimane scorse. Esse rispondono alle esigenze di buona pratica nella raccolta di dati necessari allo studio dell'attività della pediatria di famiglia veneta e basata sulle attuali potenzialità della cartella informatizzata Junior Bit.

Siamo consapevoli che la partecipazione ad un gruppo che deve utilizzare delle operatività omogenee chiede a ciascuno **un piccolo sacrificio** nel ridimensionare alcune abitudini personali quotidiane ma siamo altrettanto consapevoli che la vostra è una **partecipazione motivata** da un solido spirito di categoria finalizzato alla crescita personale e della ricerca nell'ambito delle cure primarie.

Vi chiediamo pertanto di iniziare ad attenervi con costanza alle seguenti "regole" operative.

*Mattia Doria e il gruppo di lavoro CESPERnet*

*Nota Bene:*

*Il vademecum va considerato "in progress": la presente versione 1.2 integra quella già diffusa nel mese di aprile 2013. Per facilitare la lettura, il testo delle aggiunte è stato scritto in **verde**.*

1.

**SISTEMA IL TUO ARCHIVIO** eliminando i pazienti non più in carico (questo è un requisito importante per l'analisi corretta dei dati prodotti)

2.

**COMPILA SEMPRE IL MOTIVO DEL CONTATTO**

**Ricorda:** **Motivo del contatto** è il motivo per cui il bambino viene portato.

È importante uniformare il capitolo **Motivi del contatto** aggiungendo, chi non ce l'ha, la voce **Controllo generale** da usarsi da parte di chi partecipa a CESPERnet in tutti i casi di contatto per controllo "generale" (di peso o di crescita di lattanti o bambini) al di fuori dei Bilanci di salute previsti dal calendario regionale.

Come si fa?

**Archivi > Settaggi > Dizionario > Anamnesi > Motivi del contatto: clickare sul tasto + Nuova Voce > digitare il testo Controllo generale > Conferma.**

3.

**INSERISCI IN TESTATA SOLO DIAGNOSI CODIFICATE**

Per le patologie relative ai PDT (asma, faringotonsillite, otite media acuta, polmonite, infezione delle vie urinarie) utilizza **SEMPRE** e **SOLO** il capitolo **CURE PRIMARIE** che prevede le seguenti voci diagnostiche:

- Asma Acuta Grave
- Asma Acuta Lieve
- Asma Acuta Moderata
  
- Asma Intermittente
- Asma Persistente Grave
- Asma Persistente Lieve
- Asma Persistente Moderata
  
- Broncopolmonite acuta
  
- Dermatite atopica
  
- Faringotonsillite acuta non specificata
- Faringotonsillite acuta streptococcica
- Faringotonsillite acuta non streptococcica
  
- Infezione delle vie urinarie

**Ricorda:** la **Testata** è la patologia/problema diagnosticato o l'intervento diagnostico o amministrativo eseguito (es. OMA, Bilancio di Salute, certificato medico).

**Ricorda:** ogni diagnosi codificata inserita in testata resta memorizzata nel database (nello specifico, nel sistema SOAP) anche se viene modificata con una nuova diagnosi. Può capitare che venga inserita una diagnosi in testata per errore o in corso di visita si cambi idea: si può fare tranquillamente il cambio (sempre con un'altra diagnosi codificata) ma la prima va eliminata dal sistema SOAP (**vedi il Tutorial Eliminare Diagnosi dal SOAP** nell'Area CESPERnet di [www.cesper.org](http://www.cesper.org)) per rimuoverla da database che altrimenti la contenebbe ugualmente come diagnosi.

**Ricorda:** è opportuno abbandonare l'abitudine di aggiungere **annotazioni in testata** cercando di registrare ogni appunto di tipo clinico-anamnestico nel diario.

### **Diagnosi particolari e/o di comune riscontro**

#### **a) Infezione vie respiratorie superiori (IVRS)**

È opportuno registrare con un'unica definizione diagnostica le IVRS sia febbrili che non febbrili, sia che diamo o che non diamo terapia antibiotica:

- i) INFEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE SUPERIORI, SEDE NON SPECIFICATA <465.9>** con questa diagnosi codificata è opportuno registrare tutte le diagnosi di IVRS che non hanno una caratteristica di specificità come la Faringotonsillite, l'Otite Media Acuta, la Laringite etc. per le quali, invece, si dovranno ad utilizzare sempre le rispettive codifiche diagnostiche specifiche.
- ii)** In questa codifica, inoltre, potrebbero essere inserite anche le diagnosi di Rinofaringite acuta (raffreddore comune) <460>
- iii)** Chi non trova già presente nel proprio dizionario la definizione diagnostica INFEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE SUPERIORI, SEDE NON SPECIFICATA <465.9> può **recuperarla dall'ICD9** di JB: una volta identificata nella sezione ICD9 fare click con il tasto destro del mouse e salvarla nel Dizionario nel capitolo Malattie dell'apparato respiratorio.

#### **b) Tosse**

- i)** La tosse è un **sintomo** e che come tale andrebbe registrato tra i **motivi del contatto** (non nella prima riga, *ma nella seconda*)
- ii)** In **Testata** è più opportuno inserire la **diagnosi** del problema di cui la tosse è un sintomo.  
Questa modalità di registrazione ci aiuterà a capire meglio quanto il sintomo tosse sia rilevante come motivo di contatto nelle diverse diagnosi di patologie delle vie respiratorie ed anche per poter descrivere dal punto di vista epidemiologico i determinanti più importanti della tosse analizzando così il fenomeno tosse nelle sue sfaccettature.

#### **c) Gastroenterite**

- i)** Patologia frequente anche se di solito non importante.
- ii)** Gastroenterite: possiamo uniformare la registrazione di tale patologia con la diagnosi codificata **Infezioni intestinali mal definite <009>** bb

#### **d) Bambino sano o Nulla di patologico**

- i)** Uno dei problemi con cui abbiamo dovuto cimentarci durante l'analisi dei dati del Primo rapporto CESPERnet è stato anche la incapacità di comprendere quante volte la **diagnosi "bambino sano" o "nulla di patologico" indicasse un bambino che viene portato dal pediatra "per nulla"**.
- ii)** Sarebbe opportuno per "contare" anche le visite che si concludono con la constatazione della inesistenza di un problema, non utilizzare il la voce "nulla di patologico", ma ricorrere come per la tosse a infezione delle alte vie respiratorie, oppure nel caso di problemi cutanei utilizzare il termine generico di dermatite. Il fatto che un bambino sia sano, si deduce dalla mancanza di diagnosi anche se generica.

**e)** In caso di **riacutizzazione di una patologia cronica** (es. asma, rinite allergica) già registrata in passato e per la quale abbiamo aperto un problema:

- i) Motivo del contatto:** Visita per riacutizzazione in cronico
- ii) Flusso informativo:** accesso con visita
- iii) Testata:** visita di controllo
- iv) Legare la diagnosi al problema** già aperto

4.

#### **CERCA CON ICD9 LE DIAGNOSI NON PRESENTI NEL DIZIONARIO**

Per le diagnosi poco frequenti che non siano presenti nei vari capitoli diagnostici del dizionario. Consiglio pratico: se durante una visita fai una diagnosi che non trovi nel Dizionario (sono casi poco frequenti), segnata in un foglio e a fine ambulatorio cercala nell'ICD9 di JB (dalla barra in alto fare click su Consultazione e dal menù a tendina fare click su ICD9).

**Se la diagnosi non salta fuori scrivi al forum di CESPERnet ([cespernet@googlegroups.com](mailto:cespernet@googlegroups.com)) e vediamo assieme come risolvere.**

Oppure, in caso di diagnosi poste da altri specialisti, può essere opportuno **chiedere allo specialista** stesso di esplicitare in termini di codice ICD9 la diagnosi posta..

5.

#### **LEGA LE PRESCRIZIONI CON LA DIAGNOSI**

Ricorda di **legare sempre le prescrizioni alla diagnosi** che le ha generate: per facilitare questa funzione attiva il legame automatico diagnosi/prescrizione: Settaggi>Generali>Personalità>Generalità>biffare il secondo parametro "Legame con Diagnosi sempre attivo" (**vedi il Tutorial Legame Diagnosi/Prescrizione** nell'Area CESPERnet di [www.cesper.org](http://www.cesper.org)).

6.

#### **REGISTRA SEMPRE I BILANCI DI SALUTE IN TESTATA**

I bilanci di salute (quelli previsti dal calendario regionale) vanno registrati in modo codificato come segue: nel **Motivo del contatto** inserire **Bilancio di salute**; in **Testata** inserire **Bilancio di salute** (sempre, anche in caso di riscontro di patologia o problema di salute durante la visita). Eventuali problemi di salute rilevati durante la visita vanno registrati nel diario in modo codificato utilizzando il Dizionario (**vedi il Tutorial Inserimento di più diagnosi** nell'Area CESPERnet di [www.cesper.org](http://www.cesper.org)).

**Nota:** l'eventuale aggiunta dell'età a fianco non disturba particolarmente.

Eventuali **visite di controllo generale** al di fuori dei Bilanci di salute previsti dal calendario regionale vanno inserite così: Motivo del contatto **Controllo generale** (vedi anche punto 2.), Testata **Visita Medica Generale** oppure **ESAME MEDICO GENERALE NON SPECIFICATO <V70.9>** oppure una **diagnosi codificata** se la visita mette in evidenza un problema di salute.

7.

#### **ACCESSO PER VISIONE/REGISTRAZIONE DI UN REFERTO O LETTERA DI DIMISSIONE**

- Motivo del contatto: **Visione lettera di dimissione e/o referti**
- Flusso informativo: **Accesso senza visita** (oppure **con visita o counselling** se il caso lo richiede)
- Testata: **Visita di controllo o follow up** (perchè di fatto la visione e la registrazione di un referto rappresenta un'azione tipica del follow up di un problema di salute visto in precedenza e per il quale è stato ritenuto necessario fare un approfondimento)

#### **CONTATTO PER REGISTRAZIONE REFERTI COMUNICATI TELEFONICAMENTE O VIA POSTA ELETTRONICA:**

- Motivo del contatto: **visione esami/referti**
- Flusso informativo: **accesso senza visita medica**
- Testata: la **diagnosi codificata** (se non già segnata in altra sede) o visita di controllo/follow-up

Lo definiamo un accesso in quanto i genitori, anche se non fisicamente, accedono al "servizio" e la valutazione della documentazione deve essere registrata in cartella.

## 8.

### **ACCESSO PER PRESCRIZIONE ESAMI O INDAGINI STRUMENTALI O TERAPIA RICHIESTI DA ALTRO COLLEGA**

- Motivo del contatto: **Visione lettera di dimissione e/o referti**
- Flusso informativo: **Accesso senza visita** (oppure **con visita o counselling** se il caso lo richiede)
- Testata:
  - se la richiesta da parte di un collega specialista è a seguito di una nuova diagnosi formulata dal collega specialista stesso in Testata va inserita la **nuova Diagnosi** in modo codificato
  - se la richiesta da parte di un collega specialista è per un ulteriore approfondimento diagnostico di una diagnosi già formulata in precedenza comportarsi come nel caso al punto 7.

## 9.

### **CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE A SCUOLA**

- Se rilasciato in occasione di prima visita di nuova malattia (oppure vista in ambulatorio per la prima volta anche se già vista da altro collega di Pronto Soccorso o Guardia Medica oppure già guarita):
  - Motivo del contatto: **malattia acuta, prima visita**
  - Flusso informativo: *accesso con visita*
  - Testata: **diagnosi codificata della patologia rilevata (oppure anche quella che emerge dalla diagnosi del PS o GM)**
  - Stampa certificato che va sul diario
- Se visita di controllo per una malattia già vista in precedenza:
  - Motivo contatto: **malattia acuta, controllo**
  - Flusso informativo: *accesso con visita*
  - Testata: **visita di controllo o di follow-up**
  - Stampa certificato che va sul diario

## 10.

### **CERTIFICATO SPORTIVO**

- Motivo del contatto: **rilascio certificato medico**
- Flusso informativo: *accesso con visita*
- Testata: **Visita medica generale** oppure **Esame Medico Generale non specificato <V70.9>** oppure *Bilancio di salute* se la visita coincide con un bilancio previsto negli accordi regionali.

## 11.

### **CONTATTO O VISITA PER CERTIFICATO INVALIDITÀ**

**Caso 1:** Condizione di malattia cronica/invalidante di cui veniamo a conoscenza **ex-novo** e per la quale viene rilasciato il certificato per la domanda di invalidità:

- **Motivo del contatto:** malattia cronica, primo contatto (+ aprire un "problema" con gestione problemi e legare tutte le successive prescrizioni e contatti di controllo/follow up)
- **Testata:** inserire la diagnosi codificata della malattia

**Caso 2:** Condizione di malattia cronica **già nota** (e, quindi, già almeno una volta registrata in passato come diagnosi codificata) per la quale viene richiesto il certificato per la domanda di invalidità:

- **Motivo del contatto:** rilascio di certificato medico

- **Testata:** RILASCIO DI CERTIFICATI MEDICI <V68.0> (è utile legare con il problema che già dovrebbe essere stato aperto in gestione problemi; se ancora non lo si è fatto si è sempre in tempo per farlo!)

**RICORDA:** la **diagnosi di malattia cronica** (ad esempio ENCEFALOPATIA METABOLICA oppure ASMA, etc.) va inserita in modo codificato **una sola volta** nella storia clinica del bambino: tutte le altre occasioni di accesso saranno VISITA DI CONTROLLO oppure RIPETIZIONE DI RICETTE, etc...