

# **Circolare SDO**

**Specifiche per la gestione della  
scheda di dimissione ospedaliera  
SDO – Anno 2017**

# Circolare Regione Emilia Romagna 2017

## Decreto Ministeriale *(in via di pubblicazione)*

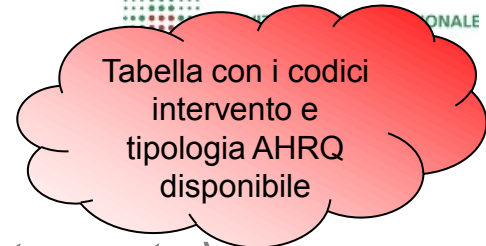
- Attenzione alla chirurgia (informazioni utili al calcolo degli indicatori Piano Nazionale Esiti)



codice fiscale chirurgo e anestesista, ora intervento, service, complicanze insorte durante il ricovero, parametri clinici

- Controllo del codice fiscale del paziente su SOGEI

# DECRETO



- **2 SDO** (*ricovero acuto e ricovero post acuto*)



Codice fiscale chirurgo (max 3) e anestesista (1) e  
Check list Sala Operatoria (*su una lista di interventi:  
**procedure terapeutiche maggiori** come indicato nella  
classificazione AHRQ*)  
Service

- **Variabili aggiuntive alle diagnosi** (*su tutte le diagnosi occorre rilevare se già presente al momento del ricovero, la stadiazione condensata per i tumori e Lateralità*) **e interventi** (*Lateralità*)
- **Parametri clinici**

# DECRETO

- Codice fiscale chirurgo OBB
- Codice fiscale anestesista **FAC**
- Check list Sala operatoria OBB

*Compilare per tutte le **procedure terapeutiche maggiori** come indicato nella classificazione AHRQ su tutti i campi degli interventi (sia principale che secondari)*

# Interventi e procedure

## Procedure terapeutiche maggiori (Classificazione AHRQ tipo 4)

- Obbligatorio Codice fiscale 1 chirurgo
- Facoltativo *Codice fiscale Anestesista*

Esempio

864 - ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE

Non sempre è presente l'anestesista

- Obbligatorio Checklist

Negli altri casi **facoltativo** AHRQ tipo 1,2,3

# Classificazione AHRQ

2015

Interventi presenti in SDO

- 1 Diagnostica minore (45%)
- 2 Terapeutica minore (36%)
- 3 Diagnostica maggiore (1%)
- 4 **Terapeutica maggiore (18%)**

Totale interventi/procedure 2.632.510

Intervento				
cod_int	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
00.66 ANGIOPLASTICA PERCUTANEA CORONARICA TRANSLUMINALE (PTCA) O ATRECTOMIA CORONARIA	11333	2.44	11333	2.44
80.6 ASPORTAZIONE DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO	10991	2.36	22324	4.80
68.29 ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'UTERO	8925	1.92	31249	6.72
86.4 ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	8009	1.72	39258	8.45
81.51 SOSTITUZIONE TOTALE DELL'ANCA	7881	1.70	47139	10.14
51.23 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	7797	1.68	54936	11.82
81.54 SOSTITUZIONE TOTALE DEL GINOCCHIO	7034	1.51	61970	13.33
38.59 LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE	6916	1.49	68886	14.82
57.49 ALTRA RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA	6237	1.34	75123	16.16
77.51 ASPORTAZIONE DI BORSITE CON CORREZIONE DEI TESSUTI MOLLI ED OSTEOTOMIA DEL PRIMO METATARSO	5815	1.25	80938	17.41
53.04 RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE INDIRECTA CON INNESTO O PROTESI	5588	1.20	86526	18.62
83.63 RIPARAZIONE DELLA CUFFIA DEI ROTATORI	5160	1.11	91686	19.73
38.69 ALTRA ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO INFERIORE	4956	1.07	96642	20.79
69.51 RASCHIAMENTO DELL'UTERO MEDIANTE ASPIRAZIONE PER INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA	4890	1.05	101532	21.84
79.35 RIDUZIONE CRUENTA DI FRATTURA DEL FEMORE, CON FISSAZIONE INTERNA	4538	0.98	106070	22.82
74.0 TAGLIO CESAREO TRADIZIONALE	4306	0.93	110376	23.75
81.45 ALTRA RIPARAZIONE DEI LEGAMENTI CROCIATI	4202	0.90	114578	24.65
86.22 RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	4036	0.87	118614	25.52
85.22 QUADRANTECTOMIA DELLA MAMMELLA	3846	0.83	122460	26.35
40.23 ASPORTAZIONE DI LINFONODI ASCELLARI	3824	0.82	126284	27.17
54.59 ALTRE LISI DI ADESIONI PERITONEALI	3423	0.74	129707	27.91
54.51 LISI LAPAROSCOPICA DI ADESIONI PERITONEALI	3364	0.72	133071	28.63
64.0 CIRCONCISIONE	3263	0.70	136334	29.33
39.50 ANGIOPLASTICA O ATRECTOMIA DI ALTRO/I VASO/I NON CORONARICO/I	3254	0.70	139588	30.03
74.4 TAGLIO CESAREO SPECIFICATO	3087	0.66	142675	30.70

4 Terapeutica maggiore

# CHECK LIST

Il decreto Ministeriale prevede l'informazione

Check List      1 SI      2 NO      9 NON APPLICABILE

(la codifica 9 non applicabile è da utilizzare per gli  
interventi/procedure non di sala operatoria)

su tutti gli interventi (*principale e secondari*) della  
classificazione AHRQ 4 (*procedure terapeutiche  
maggiori*)

Per la RER è obbligatoria almeno nella  
classificazione AHRQ 4



# SOSnet

## File txt invio tramite FTP

- 2015

080207 OSP. PRIVATO HOSPITAL PICCOLE FIGLIE – PR

080210 OSP. PRIVATO HOSPITAL VAL PARMA

080212 OSP. PRIVATO VILLA VERDE – RE

080213 OSP. PRIVATO HESPERIA HOSPITAL - MO

080219 OSP. PRIVATO VILLA CHIARA - BO

080221 OSP. PRIVATO VILLA ERBOSA - BO

080222 OSP. PRIVATO NIGRISOLI - BO

080239 OSP. PRIVATO VILLA MARIA CECILIA - RA

080245 OSP. PRIVATO MALATESTA NOVELLO - CE

- 2016

080207 OSP. PRIVATO HOSPITAL PICCOLE FIGLIE - PR

080212 OSP. PRIVATO VILLA VERDE – RE

080214 OSP. PRIVATO PROF. FOGLIANI - MO

080239 OSP. PRIVATO VILLA MARIA CECILIA - RA

080245 OSP. PRIVATO MALATESTA NOVELLO - CE

2017

Circolare

Flusso informativo  
con collegamento  
chiave sdo

<b>N invio</b>	<b>Scadenza invio</b>	<b>Dati (periodo di riferimento)</b>
1	30 aprile 2016	Consolidamento 2015 e 1° trimestre 2016
2	31 luglio 2016	2° trimestre 2016 e eventuali integrazioni
3	31 ottobre 2016	3° trimestre 2016 e eventuali integrazioni
4	31 gennaio 2017	4° trimestre 2016 e eventuali integrazioni

### 1) Istruzioni per l'utilizzo dell'FTP

Le indicazioni per l'FTP regionale si trovano in questa pagina <http://www.regione.emilia-romagna.it/extranet/ftps> .

E' necessario installare sul proprio computer un'applicazione gratuita che si scarica da Internet chiamata Filezilla.

Nella sezione "Materiale da scaricare" che si trova nel link sopra indicato, c'è il link per scaricare il software e si trovano anche i parametri da impostare in Filezilla per fare il collegamento alla Regione (manuale FTPS).

### 2) Identificazione della cartella di propria competenza

Dopo aver effettuato il collegamento con Filezilla, comparirà una lista di cartelle.

La cartella d'interesse è chiamata /SOSNET/ e contiene diverse sottocartelle.

Sarà possibile aprire soltanto la cartella di propria competenza che avrà come nome il codice della propria azienda.

Al suo interno, si troveranno la cartella INVII\_IN\_BDRER e la sottocartella con l'anno di riferimento.

Esempio:

percorso cartella di competenza dell'Ausl di Piacenza per l'invio dei dati relativi all'anno 2016: **/SOSNET/A101/ INVII\_IN\_BDRER/2016/**

### 3) Salvataggio dei file nella cartella di competenza

Il file contenente i dati da trasmettere, che deve essere necessariamente in formato txt, andrà quindi salvato nel suddetto percorso secondo le seguenti specifiche:

**CodiceAzienda\_Ttrimestre\_Aanno.txt**

Esempio di invio dati PRIMO trimestre 2016 da parte dell'Azienda USL di Piacenza (080101):  
nome file: **080101\_T1\_A2016.txt**

FTPS-RER - ftpes://lanciotti\_g@ftps.regione.emilia-romagna.it:22222 - FileZilla

File Modifica Visualizza Trasferimento Server Segnalibri Aiuto

Host: Nome utente: Password: Porta: Connessione rapida

Stato: Recupero elenco cartella di "/SOSNET/80207/INVII\_IN\_DBRER/2015" ...  
 Stato: Elenco cartella di "/SOSNET/80207/INVII\_IN\_DBRER/2015" completato  
 Stato: Recupero elenco cartella di "/SOSNET/80207/INVII\_IN\_DBRER/2016" ...  
 Stato: Elenco cartella di "/SOSNET/80207/INVII\_IN\_DBRER/2016" completato

Sito locale: L:\checklist(dati2015)\80207\

Sito remoto: /SOSNET/80207/INVII\_IN\_DBRER/2015

Nome file	Dimensione file	Tipo file	Ultima modifica	Perm
201510208020720160427142241A.txt	80.562	Documento di testo	29/04/2016 10:41:43	adfr

Nome file    Dimensi...    Tipo file    Ultima mod

201510208020720160427142241A.txt    81.025    Documento...    02/05/2016

1 file. Dimensione totale: 81.025 byte

1 file. Dimensione totale: 80.562 byte

File server/locale    Direzi...    File remoto    Dimensi...    Priorità    Stato

File in coda    Trasferimenti non completati    Trasferimenti riusciti

Coda: vuota

Dopo aver caricato i dati tramite FTP inviare una mail a  
[giuseppina.lanciotti@regione.emilia-romagna.it](mailto:giuseppina.lanciotti@regione.emilia-romagna.it)

# INTERVENTI

- Intervento principale
- 10 interventi/procedure secondarie

11 interventi o procedure in totale **incluso** il Service

- **Variabile nuova Campo ASA** (RER)

*Classificazione che valuta il rischio anestesiologicalo in base alle condizioni del paziente*

*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*

# DECRETO

## ■ Service


Le informazioni sono le medesime dell'intervento eseguito internamente (data, ora, codice fiscale chirurgo, anestesista, check list, stabilimento e reparto)

Il service è un intervento/procedura effettuato **fuori dal presidio** di dimissione (all'interno del presidio è un **trasferimento**)

Esempio:

PTCA per paziente degente e dimesso da Imola erogata a Villa Maria Cecilia (Service)

PTCA per paziente degente e dimesso da San Giovanni in Persiceto erogata al Maggiore (NO service occorre però inserire in SDO il trasferimento al Maggiore)



Fino ad ora scarsa qualità della descrizione del trasferimento nei ambulatori di emodinamica all'interno del presidio (reparti di cardiologia)

# DIAGNOSI

- Diagnosi principale
- 5 diagnosi secondarie
- Su tutte le diagnosi c'è l'informazione se presente nel momento del ricovero



Variabili nuove  
Stadiazione condensata (tumori)  
Lateralità

# Stadiazione condensata (tumori)

**OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio in presenza di codice diagnosi  
*principale e secondarie*

ICD-9-CM comprese fra '140.0'-'190.9' e '190'-'199.1'(E).

**FORMATO:** A

**DOMINIO:**

Valori ammessi (E):

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



# Lateralità

Variabile su tutte le diagnosi e tutti gli interventi

**OBBLIGATORIETÀ:** Dato facoltativo

**FORMATO:** A

**DOMINIO:**

Valori ammessi (E)

1 = Destra

2 = Sinistra

3 = Bilaterale

# Parametri clinici

- Rilevazione del dolore
- Pressione arteriosa sistolica (infarto)
- Creatinina serica (interventi by-pass aortocoronarico, valvole cardiache, frattura del femore)
- Frazione di eiezione (interventi by-pass aortocoronarico, valvole cardiache)

# Rilevazione del 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.

**OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio (E)

**FORMATO:** A

**DOMINIO:**

Valori ammessi (E):

0 = NO

1 = SI

# Pressione arteriosa sistolica (*infarto*)

Indica *il primo valore* di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica.

**OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio se esiste una diagnosi **ICD-9-CM** (principale o secondaria)

che inizia per '410' (Infarto acuto del miocardio) (E)

**FORMATO:** NNN

**DOMINIO:**

Valori ammessi (E):

Deve essere compreso tra 30 e 300

**ALTRI CONTROLLI:**

- Da non valorizzare se le diagnosi non rientrano tra quelle previste (E)
- Non valorizzare in tutti gli altri casi (E)

# Creatinina serica

*(interventi by-pass aortocoronarico, valvole cardiache, frattura del femore)*

Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL).

**OBBLIGATORIETÀ:** Dato 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 (E).

**FORMATO:** NN.NN

**DOMINIO:**

Valori ammessi (E):

Deve essere maggiore di 00.00

**ALTRI CONTROLLI:**

- Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).

# Ricoveri programmati

## Giornate di sospensione

- Nuovo campo RER

Numero totale di giornate di sospensione a partire dall'agenda di prenotazione

# Modifica variabili già presenti

Tipo di ricovero

Provenienza del paziente

Modalità di dimissione

Onere della degenza

# Tipo ricovero

Valori ammessi(E):

1 = Programmato

2 = D'urgenza

3 = T.S.O.

4 = Programmato con preospedalizzazione

5 = Ricovero D'urgenza da OBI

6 = Parto non urgente

7 = T.S.O. in corso di ricovero



# Proposta di ricovero (provenienza del paziente)

Valori ammessi(E):

01 = Ricorso diretto (Pronto soccorso)

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**

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

12 = *Ricovero al momento della nascita*

13 = Carcere

99 = Altro

# Onere della degenza

Valori ammessi(E):

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

S = ricovero a carico di progetti di ricerca (sperimentazione)

# Modalità di dimissione

Valori ammessi(E):

1 = Deceduto

2 = Ordinaria a domicilio

3 = Protetta c/o strutture extraospedaliere

5 = Volontaria

6 = Trasm. ad istituto per acuti

7 = Trasm. ad altro regime di ricovero

8 = Trasm. ad istituto riabilitazione

9 = Protetta con attivazione A.D.I.

**A = Episodio di allontanamento**

**B = Deceduto per suicidio avvenuto in ospedale**

# CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI

## RER

- **Flag controllo** *(nel 2017 una codifica nuova accordi tra aziende)*
- **Documentazione sanitaria interna**
- **Documentazione sanitaria esterna**
- **Tipologia controllo interno** *(possibilità di inserire più di una codifica)*
- **Tipologia controllo esterno** *(possibilità di inserire più di una codifica)*

**14 invio 3 e 4 trim controlli esterni**

# IMPORTO

## Accordi tra aziende

## Cercare di allineare l'importo aziendale all'importo regionale

Flag controlli

1 = scheda controllata con annullamento importo

2 = scheda controllata con modifica importo

**3 = scheda con importo aziendale < importo regionale per accordi**

9 = scheda controllata in corso di verifica

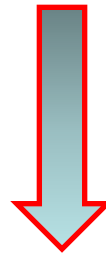
# CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI

Dal 2017 è possibile inserire nella SDO **tutti** i controlli che vengono effettuati (controlli interni e controlli esterni)



# CONTROLLI INTERNI ED ESTERNI

Tipologie controlli



PAC

A partire dai dati di attività 2017 verrà disaggregata la voce **ALTRI CONTROLLI**

- 01 = DRG maldefiniti
- 02 = DRG Chirurgico con CC in DH
- 03 = DRG Chirurgico con CC in ordinario 0-1 giorno
- 04 = DRG con CC in ordinario > 1 giorno
- 05 = DRG Medico con CC in DH > 3 accessi
- 06 = DRG Medico diagnostici in DH
- 07 = DRG Medico senza procedure
- 08 = DRG potenzialmente inappropriati
- 09 = Ricoveri ripetuti 0-1 giorno
- 10 = Ricoveri ripetuti 2-7 giorni
- 11 = Ricoveri ripetuti 8-30 giorni
- 12 = Omnicomprensività della tariffa
- 13 = Controlli appropriatezza clinica
- 14 = Interventi sulla colonna (DRG 496 497 498 520 546)
- 15 = Congruità SDO - Cartella
- 16 = Errore di codifica
- 17 = Prestazione erogabile in altra intensità di cura  
(eccetto i 108 DRG potenzialmente inappropriati)
- 18 = Ricoveri oltre soglia
- 19 = Ricoveri ordinari con durata della degenza =2 oppure con durata di degenza =3 con DRG C con MPR in data <> ammissione
- 20= Documentazione clinica carente
- 99= Altri controlli

Ritorno informativo  
in simulazione  
e  
post caricamento



E' previsto un  
tracciato con le  
informazioni sui  
controlli



# Post acuto

## Discipline

28-UNITA' SPINALE

56-RECUPERO E RIABILITAZIONE

60-LUNGODEGENTI

75- NEURO-RIABILITAZIONE



**Scale di valutazione**

# Assenze temporanee AT

- Assenze temporanee ( $\leq 3$  giorni)
- Se degenza netta=1 e ci sono assenze temporanee scarto
- Non devono essere usate le AT per assenze diurne (0 giorni)

Al ministero mandiamo i dati senza AT  
GG degenza del ministero <> gg di degenza rer

# Post acuti AT e PD

- Assenze temporanee ( $\leq 3$  giorni)
- PD solo sui reparti 28, 56 e 75 ( $\leq 12$  giorni)
- Non devono essere usate le PD per assenze diurne (0 giorni)
- Non devono essere usate le AT per assenze diurne (0 giorni)

Al ministero mandiamo i dati senza AT  
GG degenza del ministero <> gg di degenza rer

# Codice Fiscale

- Nel 2017 verrà verificata la validità del C.F. in SOGEL per i residenti in Italia
- I campi Comune di nascita, Sesso e Data di nascita in presenza di incongruità incrociata con il cf (segnalazione)

**Nati nella struttura: codice fiscale non OBB**

# Modalità di invio dei dati

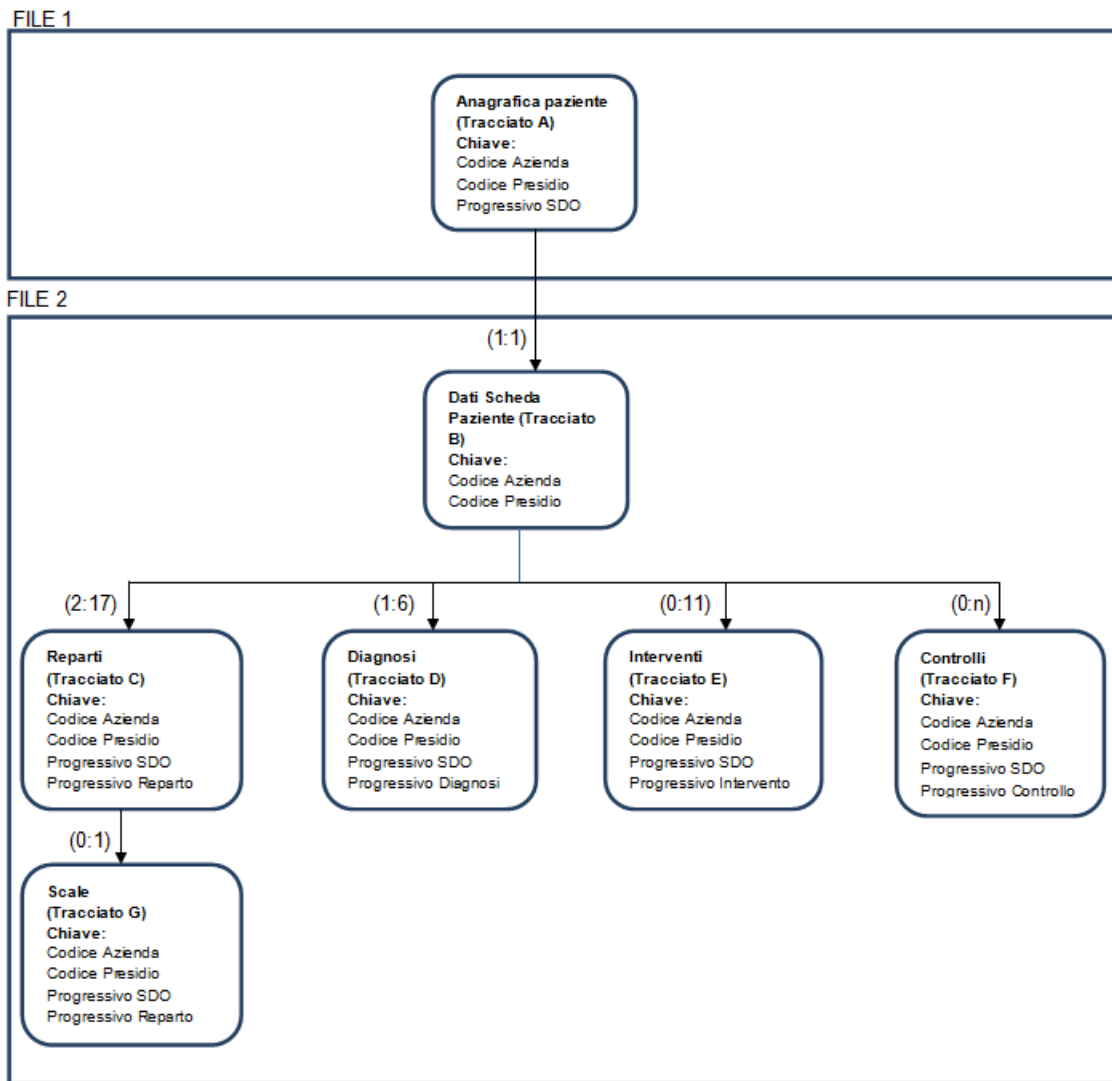


Fig. A – Schema relazionale

**Per l'invio dei dati sono previsti file con tracciati in formato XML per ognuno dei quali viene fornito il corrispondente schema di convalida XSD. I file devono avere estensione .XML ed essere compressi in un file con estensione .ZIP**

# Ritorno informativo

- Dopo le simulazioni

*Riepilogo dell'elaborazione, Scarti, Segnalazioni, Importi e DRG, campionamento controlli interni*

- Dopo il caricamento

*Riepilogo dell'elaborazione, Scarti, Segnalazioni, Importi e DRG, campionamento controlli interni*

+

***Ricoveri ripetuti, mobilità attiva, mob passiva e controlli esterni (solo Az USL)***

## **NOVITA'**

Verranno resi disponibili dei servizi WEB che consentiranno le operazioni di:

invio file

simulazione file

recupero della diagnostica post simulazione

consolidamento

recupero del ritorno informativo

# Diagnostica fornita in validazione flusso

*(simulazione)*

- Scarti
- Segnalazioni
- Importi e DRG
- **Campionamento controlli interni**

file disponibili nei formati XML, TXT, CSV

## Scarti (E) e Segnalazioni (W)

Tracciati uguali per gli scarti e per le segnalazioni



Nome campo	Lunghezza	Descrizione
tipoFile	1	Tipo File
codiceAzienda	3	Codice Azienda di ricovero
codicePresidio	6	Codice Presidio
progrSdo	8	Progressivo SDO
progrRep	2	Progressivo reparto
progressivoDiagnosi	2	Progressivo diagnosi
progressivoIntervento	2	Progressivo intervento/procedura
progressivoControllo	2	Progressivo controllo
codiceErrore	4	Codice Errore
decrErrore	200	Descrizione Errore
progressivoCampo	4	Progressivo del campo
descrCampo	200	Descrizione del campo
valoreCampo	30	Valore del campo
noteErrore	200	Note relative all'errore





## Importi e DRG

Il file contiene la chiavi dei record con l'importo e il DRG calcolati dalla Regione.

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
codiceAzienda	3	Codice Azienda di ricovero
codicePresidio	6	Codice Presidio
progrSdo	8	Progressivo SDO
importoRegionale	10	Importo calcolato dalla regione
drgRegionale	3	Drg
onereDegenza	3	Onere della degenza
tipoRecord	1	1. Mobilità attiva infraregionale 2. Mobilità attiva interregionale 3. Produzione propria (Aziende USL) 4. Mobilità internazionale (Residenti all'estero)

E' fornito l'importo anche per i ricoveri con onere della degenza 4=solventi.

## Campionamento controlli interni

Il file contiene la chiavi dei record con le informazioni utili per effettuare il campionamento di alcuni controlli interni

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
codiceAzienda	3	Codice Azienda di ricovero
codicePresidio	6	Codice Presidio
progrSdo	8	Progressivo SDO
TpControlli	2	Tipologia controlli
descrTpControlli	200	Descrizione

# Ritorno informativo

da fornire dopo il caricamento

## *Per invio*

- Riepilogo dell'elaborazione
- Scarti
- Segnalazioni
- **Campionamento controlli interni**

*Dato cumulato proponendo sempre l'ultima situazione presente in banca dati (totale invii)*

1. Mobilità passiva infraregionale
2. Mobilità attiva infraregionale
3. Mobilità attiva interregionale
4. Mobilità attiva interregionale delle strutture private (solo per le Aziende USL)
5. Mobilità internazionale (residenti all'estero)
6. Produzione propria (solo per le Aziende USL)
7. Produzione totale delle SDO (2,3,5,6) validate per Azienda/struttura privata
8. Ricoveri ripetuti
9. Controlli esterni (solo per le Aziende USL)

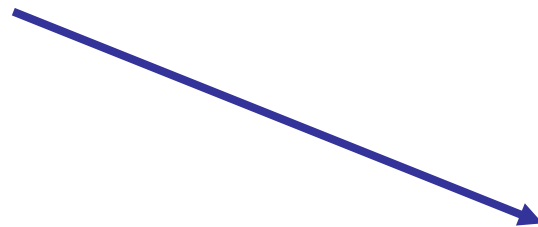
Tracciati di input + alcune informazioni

L'utente potrà selezionare la tipologia di file che intende scaricare,  
il periodo di riferimento, e il formato del file che vuole ottenere  
(i formati previsti sono: XML, TXT, CSV)

I file prodotti riproporranno sempre **l'ultima situazione della banca dati regionale**  
rispetto ai dati di competenza dell'utente.

# Tipo operazione

*(Ex posizione contabile)*



Tipo Operazione	Obiettivo	Controlli
I –Inserimento	Se si intende inserire un record nella banca dati regionale.	Il record (identificato dai campi chiave) NON deve essere già presente in Banca Dati.
V –Variazione	Utilizzare per i record, già presenti nell’archivio regionale, esclusivamente per modificare le informazioni già inviate e acquisite dalla banca dati.	Il record (identificato dai campi chiave) deve essere già presente nella Base Dati Regionale.
C –Cancellazione	Utilizzare esclusivamente per cancellare definitivamente i record già presenti nell’archivio regionale.	Il record (identificato dai campi chiave) deve essere già presente nella Base Dati Regionale.

Posizione contabile
1 e 2
3
4

Per l’operazione I-Inserimento fare riferimento al calendario degli invii.

I tipi operazione V o C possono essere utilizzati in tutti gli invii eccetto il primo e possono riguardare schede di tutto l’anno.

Se si intende variare i campi della chiave occorre operare con una cancellazione della vecchia scheda e l’inserimento della nuova.

# SISEPS

## Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali

E-R | Salute | SISEPS > Area Sanità

### Schede di dimissione ospedaliera

Facebook Mi piace 0, LinkedIn Share, Twitter Tweet

La **Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)** è stata istituita, con decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991, quale parte integrante della cartella clinica e strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli ospedali pubblici e privati dell'intero territorio nazionale. Le informazioni minime che la SDO deve rilevare, specificate in tale decreto, sono state individuate a conclusione di un progetto sperimentale del Ministero della Salute che definiva la Regione Emilia-Romagna capofila per il programma di raccolta dati e per la messa a punto di nuovi indicatori statistici finalizzati alla valutazione dell'attività ospedaliera. Il D.M. 26 luglio 1993 ha attivato il flusso informativo SDO prevedendo la trasmissione delle informazioni in esse raccolte dai singoli istituti di cura alla Regione di appartenenza e, da questa, al Ministero della Salute.

Il decreto ministeriale **380** del 27/10/2000, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 19/12/2000, prevede l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, introducendo il sistema di classificazione delle diagnosi ICD-9-CM e l'adeguamento del flusso ai sensi della normativa sulla privacy e sulle misure di sicurezza per il trattamento dei dati personali, mediante la gestione separata delle informazioni anagrafiche e sanitarie.

Il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del **18/12/2008** pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 56 del 9/03/2009 "Aggiornamentodei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" sancisce che le informazioni di carattere clinico contenute nella SDO devono essere codificate, utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, **versione italiana 2007** della Internation of Diseases - 9 th revision - Clinical Modification (ICD9CM) a partire dai dimessi del **1 gennaio 2009**. Ai fini della remunerazione è adottata la versione 24 del sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere Diagnosis Related Groups (DRG)

Un quadro complessivo dell'Assistenza ospedaliera è offerto dalla **sezione** dedicata consultabile nel portale del Servizio sanitario regionale SALUTER

- » Gestione Flusso Informativo
  - » Documentazione
  - » Analisi Statistica
  - » Tabelle di Riferimento
  - » F.A.Q.
- 
- » SISEPS
  - » Area Sanità
  - » Area Politiche Sociali e Integrazione Socio-Sanitaria
  - » Mobilità
  - » Economico Finanziaria
  - » Anagrafi
  - » ReportER #OpenData
  - » Applicazioni
  - » Privacy

