

DISCIPLINARE TECNICO

SPECIFICHE TECNICHE RELATIVE ALLA TRASMISSIONE E TRACCIATO DEL FLUSSO RELATIVO
ALLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) - ANNO 2013

ADEGUAMENTI E MODIFICHE

Con la D.G.R. n. 354/2012 la Regione Emilia Romagna ha emanato le linee di indirizzo in materia di controlli sulle prestazioni sanitarie erogate dai produttori pubblici e privati. Con tale documento, oltre all'aggiornamento delle tempistiche e delle modalità dei controlli, si è disposto che l'attività è pianificata attraverso il P.A.C. (Piano Annuale dei Controlli), definito con Determina del Direttore Generale n. 10449/2012, con il quale vengono dettagliate le tipologie di controllo da eseguire.

A partire dai dimessi del 2013 nel tracciato SDO sono richieste nuove informazioni relative ai vari tipi di controllo, sia concernenti la documentazione sanitaria che le altre tipologie al fine di tracciare l'intero processo del controllo compresa la sua rendicontazione.

E' opportuno ricordare che la codifica delle variabili sui controlli sono responsabilità del produttore, che dovrà rendicontare, oltre alle schede oggetto di controllo interno, anche quelle selezionate dal controllo esterno.

Al fine di allineare il flusso informativo SDO con le risultanze dei controlli esterni relativi al quarto trimestre di attività, che per loro tempistica erano esclusi dall'acquisizione in banca dati, la Regione ha disposto una modifica del calendario degli invii, inserendo un ulteriore invio (14° invio) da effettuarsi **entro il 10 ottobre**, per la sola posizione contabile 3.

Si rammenta che la compilazione di tutti i campi pertinenti l'attività di controllo, è prevista per le sole schede nosologiche inserite nei verbali di controllo.

Inoltre, a partire dal 2013, la componente residenziale psichiatrica (accordo AIOP - DGR n. 1920/2011) e i dimessi dai reparti riabilitativi ex art.26 delle Case di cura non utilizzeranno il medesimo canale e modalità di trasmissione del flusso informativo SDO, ma saranno oggetto di un flusso dedicato normato attraverso una prossima circolare.

In sintesi, le variazioni previste da questa circolare riguardano essenzialmente:

- Campi aggiuntivi: Documentazione Sanitaria interna ed esterna, Motivo controllo interno ed esterno
- Campi modificati: Flag controllo
- Nuovo invio: 14° scadenza 10 ottobre
- Componente residenziale psichiatrica e riabilitativa ex art.26: non sarà più inviata attraverso il flusso SDO ma attraverso un flusso dedicato
- Ritorno informativo: nuovo tracciato alle Aziende USL per i controlli esterni

INTRODUZIONE

La scheda nosologica 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.

La responsabilità della corretta compilazione della SDO compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dal medico responsabile della dimissione oppure da personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato. Il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

Il seguente documento si pone l'obiettivo di fornire informazioni utili alla compilazione della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) per l'anno 2013 secondo le caratteristiche e le modalità descritte nei seguenti punti:

1. Ambito di applicazione
2. Contenuti e codifica delle variabili
3. Tracciato record e controlli
4. Modalità per l'invio dei dati e Scadenze
5. Controllo e validazione delle informazioni
6. Ritorno informativo

La rilevazione è sempre costituita da 2 tabelle, per motivi di riservatezza legati al Decreto Legislativo 196 del 30/6/2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e successive modifiche:

Dati del paziente (Tabella A)

Dati riguardanti il ricovero (Tabella B)

1- AMBITO DI APPLICAZIONE

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi, compresi i neonati sani, dagli istituti di ricovero / day surgery pubblici e privati accreditati e non.

Il ricovero comprende anche le fasi diagnostiche/terapeutiche pre e post ricovero così come indicato nella DGR 1296/98 e circolare n°9 del 1999 e successive integrazioni.

TRASFERIMENTI

Per i trasferimenti di pazienti fra stabilimenti afferenti allo stesso Presidio, o per eventuali trasferimenti da un'unità operativa all'altra dello stesso stabilimento, deve essere compilata un'unica SDO che costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica ospedaliera coincidente con la storia della degenza del paziente. Il numero identificativo caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti.

CAMBIO REGIME DI RICOVERO

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) , per i quali si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO, ad esempio, nel caso in cui un ricovero diurno necessiti di pernottamento, occorre chiudere la scheda di day hospital ed aprire una scheda di ricovero ordinario.

DAY HOSPITAL

In caso di ricovero diurno, la cartella clinica e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero trattamento; ogni singolo accesso del paziente è conteggiato come una giornata di degenza, la data di ammissione e la data di dimissione corrispondono rispettivamente alla data del **primo** e dell'**ultimo** contatto con la struttura. Per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero continuare nell'anno successivo, la cartella clinica e la corrispondente SDO, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, e dar luogo a una nuova cartella e a una nuova SDO che si riaprono il 1° gennaio dell'anno successivo.

Relativamente al D.H. medico è importante compilare il campo "Altri interventi e/o procedure".

2-CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

Tabella A

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

CODICE AZIENDA

Codice dell'Azienda nel cui territorio è ubicata la struttura.

Codifica: Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n°36 Anno 1994 e successive modifiche (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

CODICE PRESIDIO

Codice di identificazione dell'istituto.

Codifica: Codice Ministero della Sanità Modelli HSP a 6 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

SUB-CODICE STABILIMENTO DI DIMISSIONE

Sub-codice dello stabilimento. Questo campo va compilato solo da parte delle strutture pubbliche nel caso in cui più stabilimenti facciano parte di un unico presidio .

Codifica: Codice Ministero della Sanità Modelli HSP a 2 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

NUMERO DELLA SCHEDA

Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.

Codifica: le prime 2 cifre identificano l'anno di ricovero, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno indipendentemente dal regime di ricovero.

La numerazione progressiva è **univoca all'interno del Presidio e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno**.

ES: 1° ricovero del 2013 numero della scheda: 13000001

NOME E COGNOME

Fornire se disponibile. È obbligatorio solo per:

- i non residenti in Italia
- i neonati non in possesso del codice fiscale ufficiale.

La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO e l'omissione del codice fiscale è riservata ai seguenti casi previsti dalla normativa vigente:

1. Legge 135/90 per i casi di **HIV e AIDS**,
2. DPR 309/90 per i pazienti affetti da **dipendenza a sostanze stupefacenti**,
3. Decreto Ministero della Sanità n°349 del 16/07/2001 "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni". per le **donne che vogliono partorire in anonimato**
4. Legge 194/78 per i ricoveri di **IVG**

I ricoveri sono individuabili dal codice di diagnosi principale o secondaria=042 o V08 (punto 1) oppure dalla categoria diagnostica 303 o 304 (punto 2), dal campo flag Decreto 349/2001 impostato con DRG 370-375 (punto 3) o dalla categoria diagnostica principale o secondaria=635 (punto 4).

Per garantire il rispetto delle norme sopra citate si chiede anche di non individuare il paziente tramite C.F.

GENERE

Codifica:

1= maschio
2= femmina

DATA DI NASCITA

La data di nascita va riportata, riempiendo tutti gli otto caratteri previsti: i primi due caratteri indicano il giorno, i successivi due il mese, gli ultimi quattro l'anno.

Codifica: Scrivere nella forma GGMMAAAA.

La data di nascita non deve essere successiva alla data del ricovero. La differenza tra la data di nascita e la data di dimissione non può essere superiore a 124 anni.

Per i neonati la data di nascita deve coincidere con la data di ricovero.

Una SDO corrisponde ad un scheda di **neonato sano** quando il paziente viene dimesso dal Nido (codice 31), non ha effettuato alcun trasferimento durante il ricovero, la data di nascita è uguale alla data di ammissione e la modalità di dimissione deve risultare diversa da deceduto o trasferito ad altro ospedale per acuti pubblico o privato.

I campi proposta di ricovero e tipo di ricovero non si compilano per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi.

Nel caso in cui il neonato torni in ospedale a causa del ricovero della mamma non va compilata la SDO del bambino.

FLAG NEONATO TRASFERITO

Quando un neonato viene trasferito lo stesso giorno in cui è nato (data ammissione = data di nascita) l'ospedale che accoglie il bambino deve tipizzare questa SDO con il flag 1 nel filler della sezione II - N°campo 8.2, posizione 038-038 e compilare i campi proposta di ricovero e tipo ricovero e non indicare il peso alla nascita.

Codifica:

0= neonato non trasferito ad altro ospedale il giorno in cui è nato
1= neonato trasferito ad altro ospedale il giorno in cui è nato

COMUNE DI NASCITA

Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre, di cui le prime 3 indicano la provincia e le altre 3 il comune (file TCOMNOS disponibile sul sito internet all'indirizzo: www.saluter.it/siseps cliccando Schede di dimissione ospedaliera (SDO)).

Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS).

Per i comuni cessati tale campo va valorizzato se il codice esiste nella tabella TCOMNOS.

STATO CIVILE

Identifica lo stato civile del paziente al momento del ricovero.

Codifica:

1=celibe/nubile

2=coniugato/a

3=separato/a

4=divorziato/a

5=vedovo/a

6=non dichiarato

COMUNE DI RESIDENZA

Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Codifica: Per i pazienti residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS).

Per i residenti all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri, (file TCOMNOS).

Per gli irreperibili codificare : 999999

Per i neonati si ricorda che il comune di residenza è quello della madre fatto salvo quanto previsto dalla legge n.127 del 15 maggio 1997.

Per gli stranieri extracomunitari non residenti ma **iscritti al SSN** indicare il comune di effettiva dimora (domicilio), in modo analogo vanno compilate le informazioni sulla Azienda USL e Regione.

Non devono mai essere utilizzati i codici dei comuni cessati.

CITTADINANZA

Per i dimessi con cittadinanza italiana utilizzare il codice 100 mentre per i dimessi con cittadinanza straniera compilare con il codice a tre caratteri dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT. Riportare la cittadinanza tenendo presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza.

Per gli apolidi utilizzare il codice "999".

Codifica: codice a 3 cifre (file TCOMNOS).

CODICE FISCALE

Non deve essere mai calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici.

Questa variabile va compilata:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri)
con il Codice Fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (DLgs 326/2003 art.50)
ovvero quello riportato nella tessera sanitaria;

- per gli stranieri temporaneamente presenti
con il codice STP, (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri, ai sensi del D.P.R. 31/8/1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24/4/2000, n.5;
- per i cittadini neocomunitari residenti in Bulgaria e Romania privi di copertura sanitaria nel paese di provenienza,
con il codice ENI (Europei non iscritti). Questo codice è di 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con ENI – vedi note Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2009/96745 del 27.04.2009 – e PG/2008/50529 del 20/02/2008;
- per gli immigrati destinati al soggiorno temporaneo nel territorio regionale (D.G.R. 11 704/2011 n. 487) ed in particolare per i rifugiati provenienti dai paesi del Nord Africa
con il codice PSU (Permesso di Soggiorno per motivi Umanitari). Anche questo codice è composto da 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con le lettere PSU vedi nota Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2011/96394 del 15.04.2011;
- per gli immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa che hanno richiesto il permesso di soggiorno per asilo
con il codice regionale AS a 16 caratteri costruito come previsto nella nota regionale P.G./2011/215405 dell'08/09/2011.

Il codice fiscale può essere omesso per i neonati.

Nei casi protetti dalla normativa vigente (vedi nome e cognome), si chiede di non individuare il paziente tramite C.F.

FLAG CODICE FISCALE

Qualora la scheda di dimissione ospedaliera, dopo essere stata sottoposta al programma di simulazione di caricamento, non superasse i controlli logico-formali, tra C.F. e il comune di nascita, data di nascita e sesso (codice errore 604 e 915), è possibile segnalare con questo flag se l'incongruenza è dovuta, non ad un errore proprio, ma alla sbagliata attribuzione da parte del Ministero delle Finanze o all'incongruenza tra i documenti (carta d'identità e tessera sanitaria).

Codifica:

0=C.F./dati congruenti

1= C.F./dati incongruenti

REGIONE DI RESIDENZA

La regione di residenza identifica la regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente.

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. (file TCOMNOS)

Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, va indicato il codice dello Stato estero. (file TCOMNOS)

Per gli stranieri non residenti ma iscritti al SSN (domiciliati in Italia) indicare la regione di domicilio.

AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA

Deve essere indicata l'Azienda unità sanitaria locale che comprende il comune in cui risiede il paziente.

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri (file TCOMNOS)

Questa variabile non si compila per i residenti all'estero.

Per gli stranieri non residenti ma iscritti al SSN (domiciliati in Italia) indicare l'Azienda USL che comprende il comune di domicilio.

LIVELLO DI ISTRUZIONE

Dal 2013 è obbligatorio rilevare questa informazione:

0= nessun titolo

1= licenza elementare

2=diploma scuola inferiore

3=diploma scuola media superiore

4=diploma universitario o laurea breve

5=laurea

Questo campo va codificato con **0** nei soli casi in cui il paziente non abbia conseguito alcun diploma (bambini e anziani). Fino al 2012 il valore 0 assumeva un altro significato (**non rilevato**).

FLAG DECRETO 349/2001

Nel caso in cui una donna decide di partorire in anonimato, scrivere ANONIMO nel cognome e nome e tipizzare con 1 questo flag.

Codifica:

0= Donna che non vuole partorire in anonimato

1= Donna che vuole partorire in anonimato

Tabella B

DATI SANITARI

CODICE AZIENDA

Codice dell'Azienda nel cui territorio è ubicata la struttura.

Codifica: Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n°36 Anno 1994 (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

CODICE PRESIDIO

Codice di identificazione dell'istituto.

Codifica: Codice Ministero della Sanità Modelli HSP 11 a 6 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

SUB-CODICE STABILIMENTO DI DIMISSIONE

Sub-codice dello stabilimento. Questo campo va compilato solo da parte delle strutture pubbliche nel caso in cui più stabilimenti facciano parte di un unico presidio .

Codifica: Codice Ministero della Sanità Modelli HSP 11 a 2 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

NUMERO DELLA SCHEDA

Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.

Codifica: le prime 2 cifre identificano l'anno di ricovero, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno indipendentemente dal regime di ricovero.

La numerazione progressiva è **univoca all'interno del Presidio e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno**.

ES: 1° ricovero del 2013, numero della scheda: 13000001

IDENTIFICATIVO MEDICO PRESCRITTORE

Codice fiscale del medico che prescrive il ricovero

REGIME DI RICOVERO

Distingue i ricoveri in regime ordinario da quelli in regime diurno.

Codifica: 1=ricovero ordinario; 2=ricovero day-hospital

DATA DI RICOVERO

Data dell'ammissione, nel formato giorno, mese ed anno.

In day-hospital, la data è quella del 1° accesso.

Per i nati nella struttura la data di ricovero coincide con la data di nascita.

Nel caso di ricoveri programmati con preospedalizzazione, la data di ricovero deve comunque coincidere con la data di inizio della degenza ospedaliera.

Codifica: Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

UNITÀ OPERATIVA DI AMMISSIONE

Individua l'unità operativa presso la quale il paziente viene ricoverato.

Codifica: Codice Ministero della Sanità Modelli HSP a 4 cifre. Le prime due cifre identificano la disciplina la terza e la quarta sono utilizzate come progressivo all'interno del Presidio per identificare le divisioni (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

TIPO DI RICOVERO

Utilizzare questa variabile per tutti i ricoveri in regime ordinario.

Codifica:

1=ricovero programmato, non urgente

2=ricovero d'urgenza

3=ricovero per T.S.O. (T.S.O.=Trattamento sanitario obbligatorio, artt. 33, 34, 35, 64 della legge 833/78)

4=ricovero programmato con preospedalizzazione

5=ricovero d'urgenza in OBI

Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi.

È possibile inserire accertamenti pre-operatori precedenti alla data di ammissione nel caso di ricovero programmato con preospedalizzazione (4) e nel ricovero d'urgenza in OBI (5). Solo in tali casi possono essere riportate le procedure eseguite in data antecedente la data di ricovero.

ONERE DELLA DEGENZA

Con l'onere della degenza si intende specificare su chi ricade l'onere del ricovero dei costi relativi al ricovero.

Codifica:

1=ricovero a totale carico del SSN per i

cittadini residenti in Italia e iscritti al S.S.N

lavoratori di diritto italiano residenti all'estero

cittadino italiano iscritto all'AIRE, per urgenze, in assenza di polizza

cittadini stranieri iscritti al S.S.N., in quanto aventi permesso di soggiorno che ne consente l'iscrizione volontaria

neonati figli di madri iscritte al SSN

cittadini stranieri che nell'ambito dei progetti umanitari arrivano in Italia per cure medico-ospedaliere

2=ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera)

3=ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN; (codice non utilizzabile)

4=ricovero senza oneri per il SSN (solvente)

5=ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione)

6=ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera)

7=ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi UE e convenzionati (Paesi U.E., SEE, Svizzera e Paesi convenzionati, in possesso degli attestati di diritto che consentono l'iscrizione al SSN)

8=ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza (STP)

A =ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza (STP)

9=altro (ENI, PSU, AS etc)

Nelle strutture dove le prestazioni vengono erogate senza oneri per il SSN (onere della degenza=4) non è obbligatorio il codice fiscale.

PROPOSTA DI RICOVERO

La proposta di ricovero identifica le modalità di accesso alla struttura al momento del ricovero.

Codifica:

1=paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico (ricorso diretto)

2 =paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico di base

3=ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura

4=paziente trasferito da un istituto di cura pubblico

5=paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato

6=paziente trasferito da istituto di cura privato non accreditato

7=paziente trasferito da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto

8=paziente inviato da altra assistenza (ADI, Hospice etc)

9=paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico specialista

Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi. Qualora il paziente acceda alla struttura su proposta della guardia medica utilizzare il codice "2" – "Paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico di base".

Se il paziente va in ospedale su proposta del medico specialista del Dipartimento di Salute Mentale va utilizzato il codice 9.

TRAUMA O INTOSSICAZIONE

Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il **ricovero ordinario** sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione e nella SDO va inserita **solamente nel primo ricovero**.

Il campo trauma può essere compilato solamente in regime ordinario e le codifiche della patologia principale o secondarie devono essere presenti nel capitolo 17 – Traumatismi e avvelenamenti ICD9 CM (800-904 e 910-999). Sono escluse dal range i codici di postumi di trauma per cui se un paziente torna di nuovo in Ospedale, sempre a seguito di un trauma, incidente o intossicazione, il campo trauma non va compilato e vanno utilizzate le categorie dei codici di postumi o sequele.

Per trauma è da intendersi una lesione avvenuta per causa accidentale e non patologica; infatti se un paziente arriva al pronto soccorso con una frattura e durante il ricovero si certifica che la causa è dovuta ad un aspetto patologico (es. ictus, metastasi ossee) sarà l'aspetto patologico ad essere codificato e non dovrà quindi essere codificato il campo trauma nella SDO.

Codifica:

1=infortunio sul lavoro

2=infortunio in ambiente domestico

3=incidente stradale

4=violenza altrui

5=autolesione o tentativo di suicidio

6=altro tipo di incidente o di intossicazione

DATA 1°, 2°, 3° TRASFERIMENTO

Solo per trasferimenti interni al presidio e/o stabilimento. Riportare la data in cui il paziente viene trasferito in un'altra unità operativa. Codifica: Scrivere nella forma GGMMAAAA

1°, 2°, 3° UNITÀ OPERATIVA DI TRASFERIMENTO

Codice identificativo dell'unità operativa in cui viene trasferito il paziente.

Codifica : codice 4 cifre (vedi codifica unità operativa di ammissione).

Per una corretta descrizione del caso trattato qualora si debbano codificare più di 3 reparti di trasferimento è possibile ricorrere all'uso della scheda di continuazione.

Per gestire le temporanee assenze occorre utilizzare il codice AT nei campi di trasferimento
Non può essere utilizzato tale codice né nel reparto d'ammissione né in quello di dimissione

UNITÀ OPERATIVA DI DIMISSIONE

Indica l'Unità operativa che dimette il paziente.

Codifica : vedi variabile unità operativa di ammissione.

DATA DI DIMISSIONE O DI MORTE

Riportare giorno, mese ed anno.

In regime di ricovero diurno la data corrisponde a quella dell'ultimo accesso presso la struttura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Si ricorda che il 31 dicembre di ogni anno è convenzionalmente la data di chiusura dei cicli ancora aperti.

Codifica: Scrivere nella forma GGMMAAAA.

MODALITÀ DI DIMISSIONE

Individua la destinazione del paziente dimesso dall'ospedale e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.

Codifica:

1=deceduto

2=dmissione ordinaria al domicilio del paziente

3=dmissione protetta presso strutture extraospedaliere – (RSA, Casa Protetta, Hospice)

4=dmissione protetta al domicilio del paziente (codice non utilizzabile)

5=dmissione volontaria

6=trasferito ad altro ospedale per acuti pubblico o privato

7=trasferito ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto

8=trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione (per riabilitazione è da intendersi sia quella intensiva (codice 56) sia quella estensiva (codice 60)

9=dmissione protetta con attivazione di assistenza domiciliare integrata.

Questa modalità va utilizzata ogni qualvolta viene richiesta l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare (ADI) o l'attivazione dei Servizi Territoriali (Dipartimento Salute Mentale, SERT, Neuropsichiatria Infantile)

RISCONTRO AUTOPTICO

Compilare solo e sempre in caso di decesso.

Codifica:

1=SI (riscontro autoptico effettuato)

2=NO (riscontro autoptico non effettuato)

TIPO DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL

Compilare solo se regime di ricovero=2

Codifica:

1=ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up)

2=ricovero diurno chirurgico (day surgery)

3=ricovero diurno terapeutico

4=ricovero diurno riabilitativo

NUMERO DI ACCESSI IN DAY HOSPITAL

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in day hospital e indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di ricovero nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale.

Il 31 dicembre va convenzionalmente considerato come la fine del ciclo. Si adotta una scheda cumulativa unica per l'intero ciclo .

Codifica: NNN (N = carattere numerico).

PESO ALLA NASCITA IN GRAMMI

Questa informazione identifica il peso in grammi rilevato al momento della nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.

Il peso va espresso in grammi. L'informazione deve essere coerente con eventuali codici delle diagnosi compresi nelle categorie 764-766, relativi a problemi di crescita fetale, prematurità, immaturità e postmaturità. (segnalazioni 306 e 985)

Codifica : NNNN (N = carattere numerico).

DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche - modificazione clinica versione italiana 2007 (ICD 9 CM 2007).

DIAGNOSI SECONDARIE

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: procedure diagnostiche eseguite, trattamento terapeutico, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.

Per le informazioni relative alle regole di selezione della diagnosi principale e secondarie si rimanda alle Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera disponibili sul sito internet all'indirizzo www.saluter.it/siseps cliccando Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche - modificazione clinica versione italiana 2007 (ICD 9 CM 2007).

Nel tracciato della SDO sono previste 4 diagnosi (compresa la diagnosi principale).

È possibile utilizzare la scheda di continuazione qualora sia necessario descrivere più di tre diagnosi secondarie (max 15 diagnosi).

Si ricorda però che il tracciato della mobilità interregionale è composto da una diagnosi principale, 5 diagnosi secondarie e quindi si raccomanda di inserire gerarchicamente le diagnosi a seconda dell'assorbimento di risorse.

Nella scheda di continuazione non va compilato il campo relativo alla diagnosi principale.

DATA INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE

Codifica: scrivere nella forma GGMMAAAA.

INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE O PARTO

L'intervento chirurgico principale è l'atto chirurgico maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e comunque quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di S.O., medico anestesista, equipe operatoria).

L'intervento principale non può essere anteriore alla data di ammissione o posteriore alla data di dimissione.

Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche - modificazione clinica versione italiana 2007 (ICD 9 CM 2007).

DATA ALTRI INTERVENTI O PROCEDURE

Codifica: scrivere nella forma GGMMAAAA

ALTRI INTERVENTI E/O PROCEDURE

Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta (Decreto Ministeriale 380/200)

1) nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;

2) quando nella cartella clinica vengono indicati più interventi e/o procedure la priorità da adottare per la scelta è la seguente:

- interventi chirurgici a cielo aperto;
- interventi per via endoscopica e/o laparoscopica;
- le seguenti procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

00.10 Impianto di agenti chemioterapici

00.15 Infusione di interleuchina-2 ad alte dosi

87.53 colangiografia intraoperatoria

88.52 angiocardiografia del cuore destro

88.53 angiocardiografia del cuore sinistro

88.54 angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro

88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo

88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio

88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica

88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo

92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi

92.30 radiochirurgia stereotassica

94.61 riabilitazione da alcool

94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool

94.64 riabilitazione da farmaci

94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci

94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci

94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci

95.04 esame dell'occhio in anestesia

96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata

96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive

96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più

98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica

99.10 iniezione o infusione di agente trombolitico

procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonoscopia diagnostica);

procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore codd. da 01._ a 86._ (es. gastroscopia);

altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore (codd. da 87._ a 99._, dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, NMR, litotripsia, radioterapia, ecc.).

Per le informazioni relative alle regole di selezione di interventi e procedure si rimanda alle Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera disponibili sul sito internet all'indirizzo www.saluter.it/siseps cliccando Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Codifica: vedi INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE O PARTO.

Per una corretta descrizione del caso trattato qualora gli altri interventi o procedure secondari siano superiori a tre è possibile ricorrere all'uso della scheda di continuazione (max 15 interventi/procedure ad eccezione delle SDO con DRG 410 e 492 in regime di ricovero DH (Nota P.G./2010/33533 del 9/02/2010).

Si ricorda che il tracciato della mobilità interregionale è composto da un intervento principale e 5 interventi secondari perciò si raccomanda di tener presente i criteri sopra citati.

Nella scheda di continuazione non va compilato il campo relativo all'intervento chirurgico principale.

DRG

Versione 24 del Grouper.

Codifica : Codice calcolato dal Grouper versione 24

IMPORTO

PARTE INTERA

Importo del ricovero espresso in EURO (calcolato secondo la Normativa regionale/nazionale vigente o da contratti interaziendali).

Codifica : NNNNNNN (N = carattere numerico)

ES: Importo del ricovero 1962,54 EURO. Questo campo contiene 1962

PARTE DECIMALE

Cifre decimali

Codifica : NN (N = carattere numerico)

ES: Importo del ricovero 1962,54 EURO. Questo campo contiene 54

POSIZIONE CONTABILE

Questa variabile viene utilizzata per indicare la posizione delle schede: informazione necessaria per indicare che tipo di operazione tecnica si vuol eseguire sul record.

Codifica :

1=scheda appartenente al mese di competenza – **inserimento**

Questa codifica viene utilizzata per inserire in Banca dati regionale le SDO il cui mese di dimissione è uguale a quello d'invio.

2=scheda recuperata dal mese/i precedenti a quello d'invio (max tre mesi) – **integrazione**

Viene utilizzata per inserire in Banca dati regionale le SDO il cui mese di dimissione è antecedente (max tre mesi) quello d'invio. Si tratta di integrazioni frutto di ritardi nell'invio dei dati o di scarti prodotti dai controlli di 1° livello.

3=scheda già entrata in banca dati ma che si intende modificare (entro l'anno) – **variazione**

4=scheda già entrata in banca dati ma che si vuole eliminare definitivamente (entro l'anno) – **eliminazione**

Per tutti i nati nella struttura (data di ammissione = data di nascita) è necessario compilare i seguenti campi che permettono il collegamento tra la scheda del neonato e la SDO della madre, con successivo collegamento al CedAP.

CODICE PRESIDIO DELLA SCHEDA DI PARTO DELLA MADRE

Vedi codice presidio

SUB-CODICE STABILIMENTO DELLA SCHEDA DI PARTO DELLA MADRE

Vedi Sub-Codice stabilimento

NUMERO DELLA SCHEDA DI PARTO DELLA MADRE

Vedi Numero Scheda

SCORE

Lo score di severità adottato nell'ambito dell'audit clinico relativamente alle strutture di cardiochirurgia, deve essere rilevato esclusivamente dalle strutture cardiochirurgiche accreditate.

Codifica: AA (Euroscore) A = carattere alfanumerico

DATA PRENOTAZIONE

Data nella quale la richiesta di ricovero programmato è pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione dello stesso ricovero con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art.3 comma 8 della Legge 724/94.

Con il Decreto ministeriale 135/2010 è stato inserito questo campo anche a livello nazionale.

Codifica: Scrivere nella forma GGMMAAAA

Dal 2003 sul campo data di prenotazione è stato attivato un controllo scartante che riguarda i ricoveri per acuti programmati erogati da tutti gli ospedali pubblici e privati accreditati in regime di ricovero ordinario o di day-hospital per interventi chirurgici chemioterapia, radioterapia, coronarografia.

In relazione alla patologia oncologica, l'Accordo tra Governo e Regioni dell'11.7.2002, recita che l'inizio del trattamento chemioterapico e/o radioterapico per neoplasia e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, debba verificarsi entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista. Data la peculiarità dei trattamenti di chemioterapia e radioterapia, si rileva la necessità di indicare quale data di prenotazione la data di avvio del trattamento che lo specialista indica a conclusione della visita nel corso della quale viene posta l'indicazione al trattamento stesso.

Poiché il vincolo dei 30 giorni costituirà elemento di monitoraggio a livello nazionale, tale precisazione è finalizzata ad una corretta rilevazione del tempo di attesa.

CLASSI DI PRIORITÀ

A partire dai dimessi del 1° gennaio 2008 è stato inserita la variabile classe di priorità, adottata localmente per l'inserimento dei pazienti in lista d'attesa e compilata per tutti i ricoveri per i quali è già obbligatoria la data di prenotazione.

Con il Decreto ministeriale 135/2010 è stato inserito questo campo anche a livello nazionale.

A = CLASSE A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti o da determinare una compromissione della prognosi

- B = CLASSE B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente
- C = CLASSE C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né può, l'attesa, diventare una pregiudiziale per la prognosi
- D = CLASSE D - Ricovero che non richiede la definizione di una attesa massima: casi clinici senza dolore o disfunzione o disabilità. La prestazione va comunque garantita entro i 12 mesi.

FLAG CONTROLLO

Questo campo, già presente dal 2011, è stato modificato e ora sono utilizzabili solamente alcuni codici. Va compilato, a seguito di un controllo interno o esterno (tipologia controllo), per i soli casi in cui c'è una modifica/annullamento dell'importo senza alcuna variazione delle variabili sanitarie (patologie, interventi, DRG)

Codifica :

- 1 = scheda controllata con annullamento importo (imp_rg=0)
- 2 = scheda controllata con modifica solamente nell'importo (imp_azi=imp_rg)
- 9 = scheda controllata con iter non concluso (imp_rg)

DOCUMENTAZIONE SANITARIA (CONTROLLO INTERNO)

Va indicato se è la cartella clinica è stata oggetto di controllo interno per quanto riguarda la documentazione sanitaria

- 1 = Sì
- 2 = No

DOCUMENTAZIONE SANITARIA (CONTROLLO ESTERNO)

Va indicato se è la cartella clinica è stata oggetto di controllo esterno per quanto riguarda la documentazione sanitaria

- 1 = Sì
- 2 = No

TIPOLOGIE CONTROLLO INTERNO

Per questa variabile è prevista una sola codifica che esplicita il tipo di controllo interno effettuato.

- 01 = DRG Maldefiniti
- 02 = DRG Chirurgico con CC in DH
- 03 = DRG Chirurgico con CC in Ordinario 0-1 giorno
- 04 = DRG con CC Ordinari >1
- 05 = DRG Medico con CC in DH >3 accessi
- 06 = DRG Medico in DH senza procedure
- 07 = DRG potenzialmente inappropriati
- 08 = Ricoveri ripetuti 0-1
- 09 = Omnicomprensività della tariffa
- 10 = DRG 223 associato a m.p.r. 81.83
- 11 = DRG 233-234
- 12 = Procedura 03.6
- 13 = DRG 488

14 = DRG 544 e procedura 81.54

15 = Procedura 86.69

16 = Controlli di appropriatezza clinica

17 = Altri controlli

TIPOLOGIE CONTROLLO ESTERNO

Per questa variabile è prevista una sola codifica che esplicita il tipo di controllo esterno effettuato.

01 = DRG Maldefiniti

02 = DRG Chirurgico con CC in DH

03 = DRG Chirurgico con CC in Ordinario 0-1 giorno

04 = DRG con CC Ordinari >1

05 = DRG Medico con CC in DH >3 accessi

06 = DRG Medico in DH senza procedure

07 = DRG potenzialmente inappropriati

08 = Ricoveri ripetuti 0-1

09 = Omnicomprensività della tariffa

10 = DRG 223 associato a m.p.r. 81.83

11 = DRG 233-234

12 = Procedura 03.6

13 = DRG 488

14 = DRG 544 e procedura 81.54

15 = Procedura 86.69

16 = Controlli di appropriatezza clinica

17 = Altri controlli

3-TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

Le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera riguardano essenzialmente:

- l'anagrafica dell'Istituto erogante le prestazioni in regime di ricovero – Tabella A
- le caratteristiche del paziente (dati anagrafici, residenza) – Tabella A
- i trasferimenti del paziente all'interno della struttura (iter sanitario) – Tabella B
- dati sanitari alla dimissione – Tabella B

Nel tracciato di seguito descritto sono riportati in forma tabellare i campi che costituiscono il nuovo tracciato record delle SDO a partire dai dimessi del 1° gennaio 2013.

Al fine di garantire il rispetto della privacy ai sensi del Decreto Legislativo 196 del 30/6/2003 sulle misure di sicurezza per il trattamento dei dati personali il record relativo ad ogni episodio di ricovero è diviso in due parti: la sezione A contiene i dati anagrafici e la sezione B riguarda i dati sanitari del ricovero.

I contenuti delle colonne sono:

Numero campo

Le prime due cifre indicano il numero progressivo del campo all'interno della sezione, la cifra dopo il punto indica la sezione a cui appartiene il campo.

Nome Campo

Termine ufficiale che identifica il campo

Posizione

Posizione del primo carattere e dell'ultimo carattere del campo nell'ambito del tracciato

Tipo

Definisce il formato del campo:

AN = alfanumerico

N = numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero".

Lunghezza

Numero dei caratteri del campo

Grado di obbligatorietà

Codice che identifica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBB V: campo obbligatorio e vincolante. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato il record viene scartato.

OBB: campo obbligatorio in determinate circostanze. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato.

FAC: campo facoltativo. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato

Controlli logico formali

Controlli a cui le schede sono sottoposte prima di entrare in banca dati. I controlli sono di 1° livello (scarto) e di 2° livello (segnalazioni).

Tutti campi obbligatori vincolanti devono essere valorizzati e validi.

Tutti i campi obbligatori se valorizzati devono essere validi.

Tutti i campi Facoltativi se se valorizzati devono essere validi.

Il programma regionale dei controlli inoltre fornisce errori di 2° livello (segnalazioni), questi errori non producono scarto.

Ogni singolo record anagrafico deve essere collegato a un record riguardante dati di ricovero e viceversa ogni singolo record riguardante dati di ricovero deve essere collegato ad un solo record anagrafico.

Tutte le tabelle utili al Flusso sono disponibili nel sito internet del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali:

www.saluter.it/siseps

cliccando Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

ALL. TRACCIATO TABELLA A (dati anagrafici del paziente)

N° CAMPO	NOME CAMPO	POSIZ.	TIPO	LUN	GRADO DI OBB	CONTROLLI LOGICO FORMALI	SEGNALAZIONI
1.1	Codice Azienda	001-003	N	3	OBB V	Valorizzato Valido	
2.1	Codice Presidio	004-009	N	6	OBB V	Valorizzato Numerico Valido e congruente con Codice Azienda	
3.1	Sub codice	010-011	N	2	OBB V	Solo se la struttura di ricovero è uno stabilimento di un'Azienda Pubblica: Se valorizzato numerico Valido e congruente con il Codice Presidio	
4.1	Numero della scheda	012-019	N	8	OBB V	Valorizzato Numerico e diverso da zero Anno scheda = Anno ricovero (2 cifre) Univoco nel presidio	
5.1	Codice fiscale (C.F.)	020-035	AN	16	OBB	<ul style="list-style-type: none"> RESIDENTI/DOMICILIATI IN ITALIA (italiani e stranieri): valorizzato valido congruente con comune di nascita congruente con data nascita/sesso NON RESIDENTI Se valorizzato Valido (Codice Fiscale, STP, PSU, ENI, AS) Valorizzato Cognome e nome 	
6.1	Genere	036-036	N	1	OBB V	Valorizzato Valido Congruente con codice fiscale	
7.1	Stato civile	037-037	N	1	FAC	Se Valorizzato: Valido	
8.1	Comune di nascita	038-043	N	6	OBB V	Valorizzato (se cessato impostare con codice ISTAT della Tab.TCOMNOS, qualora non fosse presente il codice ISTAT mettere 000000) Valido Congruente con codice fiscale	
9.1	Data di nascita	044-051	N	8	OBB V	Formato GGMMAAAA Valorizzato Formalmente valido Non posteriore a data ricovero Non posteriore a data dimissione Congruente con codice fiscale Età massima 124 anni alla data ricovero	
10.1	Comune di residenza	052-057	N	6	OBB V	Valorizzato Valido Non cessato	
11.1	Regione di residenza	058-060	N	3	OBB V	Valorizzato Valido	
12.1	Azienda di residenza	061-063	N	3	OBB	Se Valorizzato Valido per le Aziende della Regione VALIDO PER LE AZIENDE DI FUORI REGIONE	989 (SEG)
13.1	Cittadinanza	064-066	N	3	OBB V	Valorizzato Valido	
14.1	Cognome	067-096	AN	30	OBB	Obbligatorio se NON RESIDENTI IN ITALIA NEONATI senza codice fiscale ufficiale	
15.1	Nome	097-116	AN	20	OBB	Vedi Cognome	
16.1	Flag Codice Fiscale	117-117	AN	1	OBB	Se valorizzato Valido Congruente con controllo C.F./dati anagrafici	
17.1	Livello d'istruzione	118-118	N	1	OBBV	Valorizzato Valido	
18.1	Flag_decr349	119-119	AN	1	OBB	Se valorizzato Valido Congruente con DRG 370-375	
19.1	Filler	120-130	AN	11		Impostare a spazi	

ALL. TRACCIATO TABELLA B (dati sanitari)

N° CAMPO	NOME CAMPO	POS	TIPO	LUN.	GRADO DI OBB	CONTROLLI LOGICO FORMALI	SEGNALAZIONI
1.2	Codice Azienda	001– 003	N	3	OBB V	Valorizzato Valido	
2.2	Codice Presidio	004– 009	N	6	OBB V	Valorizzato Numerico Valido e congruente con Codice Azienda	
3.2	Sub codice	010–011	N	2	OBB	Solo se la struttura di ricovero è uno stabilimento di un'Azienda Pubblica: Se valorizzato numero Valido e congruente con il Codice Presidio	
4.2	Numero della scheda	012–019	N	8	OBB V	Valorizzato Numerico e diverso da zero Anno scheda = Anno ricovero (2 cifre) Univoco nel presidio	
5.2	Regime di ricovero	020–020	AN	1	OBB V	Valorizzato Valido e congruente con la Struttura Congruente con motivo di ricovero Se regime di ricovero=1: disciplina <>02 e 98 Se regime di ricovero = 2: disciplina <> 60 anno di ricovero = anno dimissione proposta di ricovero <> 1 congruente con i posti letto	
6.2	Identificativo medico	021–036	AN	16	FAC	Se valorizzato: Valido	
7.2	Eventuale trauma	037–037	AN	1	OBB	Se regime di ricovero=1 e Codice Patologia principale o concomitante=800-904 e 910-999: Se Valorizzato Valido Congruente con regime di ricovero/Patologie	
8.2	Flag neonato trasferito	038–038	AN	1	OBB	Se valorizzato: Valido Congruente data nascita = data ammissione e regime di ricovero=1	
9.2	Onere della degenza	039–039	AN	1	OBB V	Valorizzato Valido Congruente con struttura se: PUBBLICO deve essere diverso da 3 PRIVATO accr. deve essere diverso da 3,5 o 6 PRIVATO non accreditato deve essere = 4 Congruente con Codice Fiscale: 8 e A se C.F. è STP 9 se C.F. è ENI, PSU, AS	
10.2	Data di ricovero	040–047	N	8	OBB V	Formato GGMMAAAA Valorizzato Formalmente valido Anno ricovero = prime due cifre del campo "numero della scheda" Non posteriore a data dimissione Non anteriore a data nascita paziente	
11.2	Unità operativa di ammissione (U.O.)	048–051	N	4	OBB V	Codice disciplina: Valorizzato Valido Aperto alla data ricovero Diverso da 'AT' assenza temporanea Codice divisione Valorizzato Valido solo nel PUBBLICO Congruente con TSO	
12.2	Tipo di ricovero	052–052	AN	1	OBB	Se nato nella struttura non valorizzare Se regime di ricovero =2 non valorizzare Se regime di ricovero=1: Valorizzato Valido	
13.2	Proposta di ricovero	053–053	AN	1	OBB	Se nato nella struttura non valorizzare Valorizzato Valido Se proposta di ricovero=1 tipo di ricovero=2, 3 e 5	
14.2	Motivo di ricovero in DH	054-054	AN	1	OBB	Se regime di ricovero=2: Valorizzato Valido Congruente con regime di ricovero	
15.2	Data 1° trasferimento	055–062	AN	8	OBB	Formato GGMMAAAA Valorizzato se impostato relativo reparto Se valorizzato valido Non anteriore alla data Ricovero	

						Non posteriore alla data dimissione Deve essere rispettata la sequenza del tracciato Deve essere in ordine cronologico	
16.2	Unità operativa 1° trasferimento	063-066	AN	4	OBB	Valorizzato se impostata relativa data trasferimento Se valorizzato: Codice disciplina valido Codice divisione valido Deve essere rispettata la sequenza del tracciato 1° reparto trasf. Diverso da rep. ammissione Reparti trasf. Consecutivi devono essere diversi In regime ricovero = 2 Non possono esserci trasferimenti In regime ricovero =1 Se esistono trasferimenti, l'ultimo deve essere uguale al reparto di dimissione Se non esistono trasferimenti, il reparto di ammissione deve essere uguale al reparto di dimissione Aperto alla data Trasferimento e congruente con regime di ricovero	
17.2	Data 2°Trasfer..	067-074	AN	8	OBB	Vedi Data 1° trasferimento	
18.2	U. O. 2° Trasfer.	075-078	AN	4	OBB	Vedi Unità operativa 1° trasferimento	
19.2	Data 3°Trasfer.	079-086	AN	8	OBB	Vedi Data 1° trasferimento	
20.2	U.O. 3° Trasfer.	087-090	AN	4	OBB	Vedi Unità operativa 1° trasferimento	
21.2	Data intervento principale	091-098	AN	8	OBB	Formato GGMMAAAA Se intervento impostato: Valorizzato Valido Non deve essere anteriore alla data di ricovero Non deve essere posteriore alla data di dimissione	
22.2	Codice intervento principale	099-102	AN	4	OBB	Se valorizzata data intervento: Valorizzato Valido Sottocategorie presenti Compatibile con sesso DIAGNOSI/INTERVENTI INCONGRUENTI CON PARTO NORMALE CODIFICA STENT CORONARICO COMPLETA	984(SEG) 307(SEG)
23.2	Data altro intervento chirurgico 1	103-110	AN	8	OBB	Formato GGMMAAAA Se valorizzato intervento 1°: Valorizzato Valido Se tipo ricovero diverso da 4 e 5: Non deve essere anteriore a data ricovero Se motivo di ricovero in DH diverso da 2 Non deve essere anteriore a data ricovero Se modalità dimissione diversa da 2, 3, 4 e 9: Non deve essere posteriore a data dimissione	
24.2	Codice altro intervento chirurgico 1	111-114	AN	4	OBB	Se valorizzata data intervento 1°: Valorizzato Valido Sottocategorie presenti Compatibili con sesso INTERVENTI IN SEQUENZA	682(SEG)
25.2	Data altro inter. chirurgico 2	115-122	AN	8	OBB	Vedi Data altro intervento chirurgico 1	
26.2	Cod. altro inter. chirurgico 2	123-126	AN	4	OBB	Vedi Codice altro intervento chirurgico 1	
27.2	Data altro inter. chirurgico 3	127-134	AN	8	OBB	Vedi Data altro intervento chirurgico 1	
28.2	Cod. altro inter. chirurgico 3	135-138	AN	4	OBB	Vedi Codice altro intervento chirurgico 1 Numero interventi <=15 esclusi DRG 410 e 492	
29.2	Modalità di dimissione	139-139	N	1	OBB V	Valorizzato Valido Congruente con riscontro autoptico	
30.2	Riscontro autoptico	140-140	AN	1	OBB	Se modalità di dimissione=1 Valorizzato Valido Congruente con modalità di dimissione	
31.2	Codice diagnosi principale	141-145	AN	5	OBB V	Valorizzato Valido Sottocategorie/sottoclassificazioni presenti Compatibile con sesso Compatibile con età Compatibile con anonimato Episodio IMA specificato Diagnosi propria su neonato DIAGNOSI/INTERVENTI INCONGRUENTI CON PARTO NORMALE CODICE PATOLOGIA NON UTILIZZABILE IN NESSUNA POSIZIONE CODICE NON UTILIZZABILE IN DIAGNOSI PRINCIPALE MALATTIA INFETTIVA DI CLASSE PRIMA - NOTIFICA	984(SEG) 983(SEG) 880(SEG)

						OBBLIGATORIA IMMEDIATA CODICE E MANCANTE CON PATOLOGIA COMPATIBILE CON CODICE E	981(SEG) 352 (SEG)
32.2	Codice patologia concomitante 1	146–150	AN	5	FAC	Se valorizzato: Valido Sottocategorie/sottoclassificazioni Compatibile con sesso Compatibile con anonimato Non precedentemente segnalato DIAGNOSI SECONDARIE IN SEQUENZA CODIFICA DI PATOLOGIA NON SPECIFICA SU NEONATO	640(SEG) 305(SEG)
33.2	Cod. patologia Concomitante 2	151–155	AN	5	FAC	Vedi Codice patologia concomitante 1°	
34.2	Cod. pat. Conc.3	156–160	AN	5	FAC	Vedi Codice patologia concomitante 1° Numero diagnosi <=15	
35.2	N° di accessi in DH	161–163	AN	3	OBB	Congruente con regime di ricovero Se regime di ricovero=2: Valorizzato Valido < = 365 giorni N°accessi DH <= data Dim. – data Ricovero + 1	
36.2	Data di dimissione	164–171	N	8	OBB V	Formato GGMMAAAA Valorizzato Valido Anno dimissione = anno competenza Non anteriore a data ricovero Non anteriore a data nascita paziente SUPERATO N. MAX. ASSENZE TEMPORANEE SUPERATO N. MAX. GIORNATE ASSENZE TEMPORANEE RICOVERO BREVE CON ASSENZE TEMPORANEE	777(SEG) 778(SEG) 779(SEG)
37.2	Unità operativa di dimissione	172–175	N	4	OBB V	Valorizzato Codice disciplina: Valorizzato Valido Diverso da AT Codice divisione: Valorizzato Valido Solo per PUBBLICO: Aperto alla data dimissione e congruente con regime di ricovero Appartenente alla struttura che dimette INCONGRUENZA DIAGNOSI/REPARTO SU NEONATO	939(SEG)
38.2	Peso alla nascita in grammi.	176–179	AN	4	OBB	Se data ricovero = data di nascita Valorizzare Valido Peso nascita incongruente per non nato nella struttura CODICE 765.09 : NEONATO GRAVEMENTE IMMATURO CON PESO > 2500 GRAMMI CODIFICA DI PATOLOGIA NON CONGRUENTE CON IL PESO SU NEONATO	985(SEG) 306(SEG)
39.2	Filler	180–181	AN	2		Impostare a spazi	
40.2	DRG	182–184	AN	3	FAC	Versione 24 del Grouper Se valorizzato: Valido Congruente con Diagnosi V27 DRG MALDEFINITO DRG MEDICO IN DAY HOSPITAL SENZA PROCEDURA DRG INVVALIDO	783(SEG) 503 (SEG) 583 (SEG)
41.2	Importo in Euro parte intera	185–191	N	7	FAC	Se valorizzato: Numerico IMPORTO AZIENDALE VALORIZZATO CON FLAG-CONTROLLO=1	358(SEG)
42.2	Importo in Euro parte decimale.	192–193	N	2	FAC	Se valorizzato: Numerico	
43.2	Posizione contabile	194–194	AN	1	OBB V	Valorizzato Valido Congruente con il mese che si elabora Se = 1 Dt.dimissione compresa nel mese di elaborazione Non deve esistere la scheda in banca dati Se = 2 Non deve esistere la scheda in banca dati Data dimissione compresa nei tre mesi precedenti a quello di elaborazione Se = 3 La scheda deve esistere in banca dati Deve riferirsi allo stesso anno di competenza Se =4 La scheda deve esistere in banca dati	

						Deve riferirsi allo stesso anno di competenza Stabilimento/subcodice delle due schede devono essere uguali	
44.2	Codice Presidio madre	195-200	AN	6	OBB	Se valorizzato Numerico e valido alla data di dimissione del neonato Dati SDO madre incongruenti per scheda non di nascita	
45.2	Sub codice madre	201-202	AN	2	OBB	Se valorizzato Numerico Valido e congruente con il Codice Presidio madre Dati SDO madre incongruenti per scheda non di nascita	
46.2	N° della scheda madre	203-210	N	8	OBB	Se valorizzato Codice Presidio madre Numerico e diverso da zero Dati SDO madre incongruenti per scheda non di nascita	
47.2	Filler	211-216	AN	6		Impostare a spazi	
48.2	Score	217-218	AN	2	FAC	Punteggio Euroscore Se valorizzato: Numerico	
49.2	Data prenotazione	219-226	AN	8	OBB	Se regime di ricovero=1 Tipo di ricovero=1 o 4 DRG= 124 o 125 e Intervento principale o secondari=88.55, 88.56, 88.57 DRG = C Diagnosi principale=V58.0 o V58.11 o V58.12 Se regime di ricovero=2 DRG = 124 o 125 e Intervento principale o secondari=88.55, 88.56, 88.57 DRG = C Diagnosi principale=V58.0 o V58.11 o V58.12 Data formalmente corretta GGMMAAAA Data ammissione >= data prenotazione DATA RICOVERO-DATA PRENOTAZIONE > 365 GIORNI	361(SEG)
50.2	Flag controllo	227-227	AN	1	OBB	Se valorizzato: Valido	
51.2	Classe di priorità	228-228	AN	1	OBB	Se valorizzato: Valido	
52.2	Codice E	229-233	AN	5	OBB	Se valorizzato trauma Valido CODICE E MANCANTE CON PATOL COMPATIBILE CON CODICE E	352 (SEG)
53.2	Filler	234-234	AN	1			
54.2	Documentazione sanitaria interna	235-235	N	1	OBB V	Valorizzato Valido	
55.2	Documentazione sanitaria esterna	236-236	N	1	OBB V	Valorizzato Valido	
56.2	Tipologia controllo interno	237-238	AN	2	OBB	Se valorizzato: Valido	
57.2	Tipologia controllo esterno	239-240	AN	2	OBB	Se valorizzato: Valido	
58.2	Filler	241-250	AN	10		Impostare a spazi	

4-MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE

Tutte le Aziende dovranno trasmettere i file tramite un applicativo nel portale web del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali www.saluter.it/siseps cliccando Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

La gestione del flusso si articola in due fasi fondamentali: ELABORAZIONE FILE E RITORNO INFORMATIVO

Ogni azienda sanitaria o struttura privata invia i file (INVIO FILE) da sottomettere al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE), verifica l'esito dell'elaborazione, corregge gli eventuali errori e segnalazioni e successivamente invia i dati definitivi (CONSOLIDAMENTO).

Ogni azienda può richiedere la creazione di due utenze per la gestione del flusso informativo. L'utenza deve essere nominativa, cioè ad essa deve essere collegata una specifica persona, con la propria e-mail individuale e non può in nessun caso corrispondere ad una funzione (DLgs 196/2003).

La richiesta va indirizzata al Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali (e-mail glanciotti@regione.emilia-romagna.it) indicando per ciascun nominativo: nome, cognome, e-mail e telefono.

CALENDARIO DEGLI INVII

N° invio	Scadenze	Dati in inserimento	Dati in variazione
1° invio	Entro il 28 di Febbraio	Gennaio	
2° invio	Entro il 31 di Marzo	Febbraio, Gennaio,	Gennaio
3° invio	Entro il 30 di Aprile	Marzo, Febbraio, Gennaio	Gennaio -Febbraio
4° invio	Entro il 31 di Maggio	Aprile ,Marzo, Febbraio, Gennaio	Gennaio - Marzo
5° invio	Entro il 30 di Giugno	Maggio, Aprile, Marzo e Febbraio	Gennaio-Aprile
6° invio	Entro il 31 di Luglio	Giugno, Maggio, Aprile e Marzo	Gennaio - Maggio
7° invio	Entro il 31 di Agosto	Luglio, Giugno, Maggio e Aprile	Gennaio - Giugno
8° invio	Entro il 30 di Settembre	Agosto, Luglio, Giugno e Maggio	Gennaio -Luglio
9° invio	Entro il 31 di Ottobre	Settembre, Agosto, Luglio e Giugno	Gennaio - Agosto
10° invio	Entro il 30 di Novembre	Ottobre, Settembre, Agosto e Luglio	Gennaio - Settembre
11° invio	Entro il 7 di Gennaio	Novembre, Ottobre, Settembre e Agosto	Gennaio - Ottobre
12° invio	Entro il 7 Febbraio dell'anno successivo	Dicembre, Novembre, Ottobre e Settembre	Gennaio - Novembre
13° invio	Entro il 15 Marzo		Tutto l'anno
Ultimo invio 14° invio	Entro il 10 Ottobre		Solo controlli esterni dell'ultimo trimestre

N.B.: La posizione contabile 3 può essere inviata in tutti gli invii eccetto il primo e può riguardare le schede di tutto l'anno.

La posizione contabile 4 deve essere utilizzata esclusivamente se si vuole cancellare definitivamente una scheda già entrata in banca dati.

5-CONTROLLO E VALIDAZIONE DELLE INFORMAZIONI

ELABORAZIONE FILE

Attraverso le procedure informatiche adottate dalla Regione per il controllo e la validazione dei dati, vengono garantiti i requisiti minimi di qualità delle informazioni contenute su ogni singolo record.

Il processo di validazione effettuato su ogni file trasmesso mensilmente dalle Aziende sanitarie, verte fondamentalmente su una serie di controlli di tipo logico-formale e riguarda le informazioni anagrafiche e sanitarie dichiarate dalle strutture erogatrici.

L'assenza dei requisiti di qualità determina lo scarto e il mancato inserimento nell'archivio regionale del record relativo al ricovero errato.

SIMULAZIONE

Attraverso tale funzionalità ogni Azienda/struttura privata può verificare on-line il risultato del caricamento simulato e provvedere alle eventuali correzioni. E' cioè possibile in maniera autonoma simulare il risultato della procedura regionale di controllo dei dati per poi inviare i dati definitivi al portale regionale.

Al termine del processo di simulazione vengono restituiti all'Azienda i seguenti file:

- Statistiche elaborative e n° di record elaborati
 - Scarti
 - DRG
 - Importi
 - Segnalazioni

Scarti (**<nome del file inviato> ERR**)

Il file contiene i singoli record scartati per il mancato superamento dei controlli di 1° livello.

NOME CAMPO	POSIZ.	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice Azienda	1-3	AN	3	
Codice Presidio	4-9	AN	6	
Subcodice	10-11	AN	2	
Anno SDO	12-13	N	2	
Progressivo SDO	14-19	N	6	
Filler	20-25	AN	6	
Posizione contabile	26-26	AN	1	
Codice errore	27-29	AN	3	Vedi tabella errori di 1° livello
Descrizione errore	30-89	AN	60	Vedi tabella errori di 1° livello
Filler	90-90	AN	1	

DRG

(<nome del file inviato>_DRG)

Il file contiene schede "validate" ma con DRG attribuito dall'azienda diverso dal DRG attribuito centralmente

NOME CAMPO	POSIZ.	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice Azienda	1-3	AN	3	
Codice Presidio	4-9	AN	6	
Subcodice	10-11	AN	2	
Anno SDO	12-13	N	2	
Progressivo SDO	14-19	N	6	
Filler	20-25	AN	6	
Posizione contabile	26-26	AN	1	
DRG Azienda	27-29	AN	3	
DRG Regione	30-32	AN	3	
Filler	33-40	AN	8	

Importi

(<nome del file inviato>_IMP)

Il file contiene schede "validate" e importo calcolato centralmente secondo le normative vigenti

NOME CAMPO	POSIZ.	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice Azienda	1-3	AN	3	
Codice Presidio	4-9	AN	6	
Subcodice	10-11	AN	2	
Anno SDO	12-13	N	2	
Progressivo SDO	14-19	N	6	
Filler	20-25	AN	6	
Importo Regione	26-35	AN	10	
Tipo record	36-36	AN	1	1. Mobilità attiva infraregionale 2. Mobilità attiva extraregionale 3. Produzione propria 4. Cittadini residenti all'estero
DRG Regione	37-39	AN	3	
Filler	40-40	AN	1	

Segnalazioni

(<nome del file inviato>_SEG)

Il file contiene schede inviate con segnalazioni (errori di 2° livello)

NOME CAMPO	POSIZ.	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice Azienda	1-3	AN	3	
Codice Presidio	4-9	AN	6	
Subcodice	10-11	AN	2	
Anno SDO	12-13	N	2	
Progressivo SDO	14-19	N	6	
Filler	20-25	AN	6	
Posizione contabile	26-26	AN	1	
Codice segnalazione	27-29	AN	3	Vedi tabella errori di 2° livello
Descrizione segnalazione	30-89	AN	60	Vedi tabella errori di 2° livello
Filler	90-90	AN	1	

6 RITORNO INFORMATIVO

Ogni mese, dopo il consolidamento effettuato dall'Azienda/struttura, vengono messi a disposizione sul portale web del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali i seguenti tipi di file:

- Statistiche riepilogative del caricamento e diagnostica scarti e segnalazioni
- Scarti
- DRG
- Segnalazioni
- Ricoveri ripetuti
- Mobilità attiva infraregionale
- Mobilità attiva interregionale e residenti all'estero
- Mobilità passiva infraregionale
- Controlli esterni

I file da scaricare sono zippati ed hanno una denominazione così composta :

Tipo File : Statistiche riepilogative del caricamento e diagnostica scarti e segnalazioni, Scarti, DRG, Segnalazioni, Ricoveri ripetuti, Mobilità attiva infraregionale , Mobilità attiva interregionale e residenti all'estero, Mobilità passiva infraregionale , Attività residenziale riabilitativa ex art.26

uuu si intende il codice azienda erogante/di ubicazione territoriale (es. 101)

aaaa si intende l'anno

ii si intende il numero di invio (es. 01 per il primo invio)

ssssss si intende il codice Azienda USL/Ospedaliera (es 000101) o Casa di Cura/Day Surgery (080203)

Statistiche riepilogative del caricamento e diagnostica scarti e segnalazioni

(STATISTICHE.uuuaaaaii.ssssss.HTM)

Questo file contiene alcuni prospetti statistici sul risultato del caricamento dei record.

Scarti (SCARTI.uuuaaaaii.ssssss.txt)

Il file contenente i singoli record scartati per il mancato superamento dei controlli di 1° livello, viene fornito mensilmente alle singole Aziende sanitarie (pubbliche e private) che dovrà provvedere alla correzione e all'invio con i mesi successivi secondo quanto previsto dalla Circolare Regionale.

tracciato : (vedi tracciato simulazioni)

DRG (DRG.uuuaaaaii.ssssss.txt)

Il file contiene schede "validate" con DRG diverso da quello attribuito centralmente

tracciato : (vedi tracciato simulazioni)

Segnalazioni (SEGNALAZIONI.uuuaaaaii.ssssss.txt)

Il file contiene schede inviate con segnalazioni (errori di 2° livello)

tracciato : (vedi tracciato simulazioni)

Ripetuti (RIPETUTI.uuuaaaaii.ssssss.txt)

Il file contiene SDO relative a ricoveri ripetuti o sovrapposti all'interno del presidio.

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice Azienda	1-3	AN	3	
Codice Presidio	4-9	AN	6	
Subcodice	10-11	AN	2	
Anno SDO	12-13	N	2	
Progressivo SDO	14-19	N	6	
Filler	20-25	AN	6	
N° che associa le coppie di ricoveri	26-30	N	5	Indice ripetuto
Tipo record	31-31	N	1	1. ricoveri ripetuti con finestra temporale 0-1 giorno 2. ricoveri ripetuti con stessa MDC e con finestra temporale 2-7 giorni 3. ricoveri ripetuti con stessa MDC e con finestra temporale 8-30 giorni 4. ricoveri sovrapposti all'interno del presidio

Mobilità attiva infraregionale (MOBATTINFRA.uuuaaaaii.ssssss.txt)

Questo file, fornito a tutte le Aziende/strutture private, contiene tutti i record validati relativi ai ricoveri riferiti a residenti in Emilia Romagna e soggetti a compensazione/fatturazione tra Aziende della Regione.

Per un corretto monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza non a carico del SSN, quindi valorizzati a zero) sono parte integrante del file.

Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente e il contenuto del file è cumulativo: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

Mobilità attiva interregionale e residenti all'estero (MOBATTEXTRA.uuuaaaaii.ssssss.txt)

Questo file, fornito a tutte le Aziende/strutture erogatrici, contiene tutti i record validati relativi ai ricoveri riferiti a residenti in altre regioni/estero oggetto di compensazione interregionale. Per un corretto monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza non a carico del SSN, quindi valorizzati a zero) sono parte integrante del file.

Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente. Soltanto le prestazioni accettate in banca dati concorrono a determinare l'importo da compensare.

Il file della mobilità interregionale contiene anche le prestazioni erogate ai residenti all'estero (comune di residenza 999+ codice nazione)

Per consentire alle Aziende USL il monitoraggio dell'attività dei produttori privati, ubicati sullo stesso territorio, nei confronti dei fuori regione, nel presente file viene certificata anche l'attività dei medesimi.

Il contenuto del file è cumulativo: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

Mobilità attiva infra e interregionale/residenti estero

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice Azienda	1-3	AN	3	
Codice Presidio	4-9	AN	6	
Subcodice	10-11	AN	2	
Anno SDO	12-13	N	2	
Progressivo SDO	14-19	N	6	
Comune residenza	20-25	AN	6	
Importo Regione	26-33	N	8	Parte intera
	34-35	N	2	Parte decimale
Onere della degenza	36-36	AN	1	
DRG Regione	37-39	AN	3	
Filler	40-40	AN	1	

Mobilità passiva infraregionale

Questo file, fornito solo alle Aziende USL, contiene tutti i record validati relativi ai ricoveri erogati da altre Aziende pubbliche e strutture private del territorio regionale a favore dei propri residenti.

Per un corretto monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza non a carico del SSN, quindi valorizzati a zero) sono parte integrante del file.

Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente e il contenuto del file è cumulativo: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

(MOBPASINFRA.uuuaaaaaii.ssssss.ANA.txt)

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Tabella A del tracciato (anagrafica del paziente)	1-130			È riportato l'intero tracciato record: è stata inserita la posizione contabile come primo carattere del filler (pos. 120-120)

(MOBPASINFRA.uuuaaaaaii.ssssss.RIC.txt)

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice Azienda	1-3	AN	3	
Codice Presidio	4-9	AN	6	
Subcodice	10-11	AN	2	
Anno SDO	12-13	N	2	
Progressivo SDO	14-19	N	6	
Comune residenza	20-25	AN	6	
Importo Regione	26-33	N	8	Parte intera
	34-35	N	2	Parte decimale
Onere della degenza	36-36	AN	1	
DRG Regione	37-39	AN	3	
Filler	40-40	AN	1	

Controlli esterni

Saranno inviate le SDO con campo "Motivo controllo esterno" compilato alle

- Aziende Usl di residenza del paziente
- Aziende USL di ubicazione delle Case di Cura e delle Aziende Ospedaliere per i fuori regione e i non residenti in Italia.

File ANAGRAFICO (CONTROLLI.uuuaaaaaii.ssssss.ANA.TXT):

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice Azienda	1-3	AN	3	
Codice Presidio	4-9	AN	6	
Subcodice	10-11	AN	2	
Anno SDO	12-13	N	2	
Progressivo SDO	14-19	N	6	
Codice fiscale	20-35	AN	16	
Genere	36-36	AN	1	
Stato civile	37-37	AN	1	
Comune di nascita	38-43	AN	6	
Data di nascita	44-51	N	8	GGMMAAAA
Comune di residenza	52-57	AN	6	
Azienda Usl di residenza	58-63	AN	6	
Cittadinanza	64-66	AN	3	
Cognome	67-96	AN	30	
Nome	97-116	AN	20	
Congruenza C.F.	117-117	AN	1	
Istruzione	118-118	AN	1	
Anonimato	119-119	AN	1	
Posizione contabile	120-120	AN	1	
Filler	121-130	AN	10	

Controlli esterni (CONTROLLI.uuuaaaaaii.ssssss.RIC.TXT):

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice Azienda	1-3	AN	3	
Codice Presidio	4-9	AN	6	
Subcodice	10-11	AN	2	
Anno SDO	12-13	N	2	
Progressivo SDO	14-19	N	6	
Comune residenza	20-25	AN	6	
Importo regionale parte intera	26-33	N	8	
Importo regionale parte decimale	34-35	N	2	
Flag controllo	36-36	AN	1	
Documentazione sanitaria esterna	37-37	AN	1	
Tipologie controllo esterno	38-39	AN	2	
Drg	40-42	AN	3	
Filler	43-70	AN	8	

REFERENTI REGIONALI:

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Referente per la gestione del flusso Giuseppina Lanciotti

Tel. 051 5277428

glanciotti@regione.emilia-romagna.it

Referente per le codifiche sanitarie e per i controlli Cristiano Visser

Tel. 051 5277416

cvisser@regione.emilia-romagna.it

Referente per le tariffe Monica Merlin

Tel. 051 5277429

mmerlin@regione.emilia-romagna.it

Servizio Presidi Ospedalieri

Maria Vizioli

Tel. 051 5277174

mvizioli@regione.emilia-romagna.it

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna

V.le Aldo Moro, 21 40127 Bologna

Eleonora Verdini

Eugenio Di Russo