

Il Direttore Generale

Prot. n. ASS/INS/02/ 6400

Bologna, 7 febbraio '02

CIRCOLARE N. 4

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori Amministrativi
delle Aziende Sanitarie

Al Commissario Straordinario
Al Direttore Sanitario
Al Direttore Amministrativo
degli Istituti Ortopedici Rizzoli

Ai Responsabili dei Presidi Ospedalieri
Ai Responsabili dei Servizi Infermieristici
Ai Responsabili dei Sistemi Informativi
Ai Responsabili del Controllo di Gestione
Ai Referenti della Scheda di Dimissione Ospedaliera
Ai Referenti della Mobilità Sanitaria

delle Aziende Sanitarie
degli Istituti Ortopedici Rizzoli
della Regione Emilia-Romagna

Ai Direttori Sanitari delle
Case di Cura Private
Ai Presidenti delle Associazioni delle
Case di Cura Private AIOP e ARIS

Ai Direttori Sanitari di
Centro Don Gnocchi di Parma
Luce sul mare di Rimini

Società Antalgik - Bologna
Poliambulatorio Chirurgico Modenese - Modena
Primus Forlì Medical Center
Ravenna Medical Center
Centro Salus - Bologna
Centro Nuova Ricerca - Rimini
Poliambulatorio Columbus - Cesena
Poliambulatorio CIDIEMME - Ravenna
Poliambulatorio MPM - Bologna
SISMER - Bologna
Centro Medico Simonetta - Parma
COR - Reggio Emilia
Villa delle Orchidee - Forlì

LORO SEDI

Oggetto: Norme per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera - Anno 2002

Si trasmette la circolare recante le: "Norme per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera - Anno 2002" con la quale si adegua il contenuto informativo della scheda di dimissione ospedaliera a quanto previsto dal D.M. 380 del dicembre 2000 – l'adeguamento alle norme sulla riservatezza e sicurezza dei dati è stato attivato nel 2001. Si confermano sostanzialmente le regole di compilazione e trasmissione già in atto, ribadite nel presente allegato.

Dal 01/01/2002 si introduce l'aggiornamento del sistema di classificazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti (HCFA-DRG) secondo la versione 14° del Grouper, già disponibile presso le Aziende Sanitarie.

In linea con le norme nazionali e regionali, a partire dal 01/01/2002, la valorizzazione dell'attività sarà effettuata in Euro, anche ai fini della mobilità sanitaria infraregionale ed interregionale.

Si ribadisce l'importanza della rilevazione, oltre che ai fini della remunerazione dell'attività di ricovero, anche per la valutazione e monitoraggio previsti all'art. 2, comma 5 della L. 405/2001.

Si invitano pertanto le SS.LL alla puntuale applicazione delle norme contenute nell'allegato tecnico, parte integrante della presente circolare sia in termini di puntuale invio dei dati sia di qualità dell'informazione.

Distinti saluti.

FRANCO ROSSI

Referenti regionali:

Servizio Sistemi Informativi del SSR
Assessorato alla Sanità
Viale Aldo Moro 30
40127 Bologna

Giuseppina Lanciotti 051283327 glanciotti@asr.regione.emilia-romagna.it

Monica Merlin 051283143 mmerlin@asr.regione.emilia-romagna.it

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

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 avere obiettivo riscontro e verifica su quest'ultima.

Si ribadisce la necessità di porre la massima attenzione nei confronti della propria organizzazione interna, da parte di ogni singola struttura sia pubblica che privata, ai fini della corretta gestione del flusso informativo.

Per la codifica delle diagnosi e degli interventi il sistema di classificazione da utilizzare è l' ICD 9 CM versione italiana del 1997, e, a partire dal 2002, verrà utilizzata la versione 14^a del Grouper.

Il seguente documento si pone l'obiettivo di fornire informazioni utili alla compilazione del tracciato record relativo alla rilevazione delle Schede di dimissione ospedaliere (SDO) per l'anno 2002. Vengono confermate le innovazioni introdotte per l'anno 2001, in cui si recepivano alcuni adempimenti derivanti dal D.M. 380 del 27/10/2000 (separazione del file contenente i dati anagrafici dal file con i dati sanitari). Con questa circolare si provvede ad adeguare i contenuti delle variabili della SDO secondo il suddetto decreto.

Inoltre con il D.M. n.349 del 16/7/2001 è stato istituito, a partire dal 1° gennaio 2002, il nuovo certificato di assistenza al parto (CEDAP) da compilarsi per ogni nato e quindi, al fine di evitare duplicazioni nelle rilevazioni sono state eliminate dalla SDO quasi tutte le informazioni strettamente connesse all'evento nascita ed è stato previsto il collegamento CEDAP-SDO al fine di poter effettuare analisi epidemiologiche. In futuro, a seguito delle verifiche sulla completezza dei dati, si procederà alla completa eliminazione delle duplicazioni.

I punti che verranno esaminati nel seguente documento sono:

1. Disciplinare tecnico
2. Contenuti e codifica delle variabili
3. Tracciato record e controlli
4. Modalità per l'invio dei dati e scadenze
5. Ritorno informativo

1. Disciplinare tecnico

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura 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.

Si conferma l'obbligo di compilazione della SDO per l'attività ex art.26 della legge 833/78 svolta dalle Case di Cura P.J. Don Gnocchi di Parma, Villa Salus e Luce sul Mare di Rimini. Al fine di distinguere l'attività ex.art.26, si utilizza il progressivo di divisione **02** nell'ambito della stessa disciplina (es. Ricoveri effettuati nei posti letto di **riabilitazione** codice disciplina **56**

codice divisione **01**, Ricoveri effettuati nei posti letto a tutt'oggi riconducibili **all'ex art.26** codice disciplina **56** codice divisione **02**).

Per i **trasferimenti** di pazienti fra stabilimenti afferenti allo stesso Presidio, o per eventuali trasferimenti da un'unità operativa all'altra dello stesso istituto di ricovero, 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.

Vanno invece trattati come episodi di ricovero separati i casi di passaggio da una modalità di erogazione del ricovero ad un'altra (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.

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 successivo.

2. Contenuti e codifica delle variabili

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.

CODICE PRESIDIO

Codice di identificazione dell'istituto.

Codifica: Codice Ministero della Sanità Modelli HSP a 6 cifre (tabella disponibile sul sito internet della SDO al seguente indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/).

SUB-CODICE CHE IDENTIFICA LO 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 (tabella disponibile sul sito internet della SDO al seguente indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/).

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 2002 numero della scheda: 02000001

COGNOME

Tale informazione va fornita **obbligatoriamente** solo per i non residenti in Italia, gli stranieri con codice STP e per i neonati sani sprovvisti di codice fiscale ufficiale.

NOME

vedi cognome.

SESSO

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.

COMUNE DI NASCITA

Codifica: 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 della SDO al seguente indirizzo: www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/index.htm).

Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS). Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non esiste.

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 i senza fissa dimora 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 non residenti ma iscritti al SSN (domiciliati in Italia) indicare il comune di domicilio.

CITTADINANZA

Riportare la cittadinanza tenendo presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza.

Codifica: codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per gli apolidi codificare 999.

CODICE FISCALE

Questa variabile va compilata:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il codice fiscale ufficiale, ovvero quello attribuito dal Ministero delle Finanze (legge 412/91).
- per gli stranieri non residenti (domiciliati in Italia) ma iscritti al servizio sanitario nazionale con il codice fiscale calcolato dalla routine di calcolo.
- per gli stranieri temporaneamente presenti con il codice regionale 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 questa tipologia è obbligatorio anche il Cognome e Nome.

Per quanto riguarda il neonato sano, qualora non si disponesse del codice fiscale ufficiale, si ricorre alla compilazione del nome e cognome.

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.

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 UNITÀ SANITARIA LOCALE 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.

CODICE DEL MEDICO PRESCRITTORE

Costituisce l' identificativo del medico che prescrive il ricovero. Deve essere compilato con il codice fiscale; nel caso in cui **proposta di ricovero=2** (medico di medicina generale) può essere utilizzato il codice regionale a 5 cifre.

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.

Codifica: Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

UNITA' 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 (tabella disponibile sul sito internet della SDO al seguente indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/), la terza e la quarta sono utilizzate come progressivo all'interno del Presidio per identificare le divisioni.

ONERE DELLA DEGENZA

Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto/i su cui ricade l'onere del ricovero

Codifica:

1=ricovero a totale carico del SSN; (questa codifica è valida sia per i residenti in Italia che per gli stranieri non residenti ma iscritti al SSN)

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 attualmente non utilizzabile ai sensi della Legge Finanziaria per il 2002 n° 448/2001)

4=ricovero senza oneri per il SSN;

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 convenzionati con SSN;

8=ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; (ricoveri non essenziali né urgenti)

A= ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; (ricoveri essenziali e urgenti)

9=altro.

Nelle strutture private 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 o ospedalizzazione domiciliare) nello stesso istituto;

8= paziente inviato da altra assistenza (ADI)

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.

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 (in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione)

Per i neonati sani questa variabile non si compila

TRAUMA O INTOSSICAZIONE

Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione.

Codifica:

1=infortunio sul lavoro;

2=infortunio in ambiente domestico;

3=incidente stradale;

4=violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);

5=autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);

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° UNITA' 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.

UNITA' 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, se la scheda è cumulativa, 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.

MODALITA' DI DIMISSIONE

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

Codifica:

1=deceduto

2=dimissione ordinaria al domicilio del paziente

3=dimissione ordinaria presso strutture extraospedaliere – (RSA, Casa Protetta, Hospice)

4=dimissione protetta al domicilio del paziente (anche ospedalizzazione domiciliare)

5=dimissione 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;

9=dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata (ADI).

RISCONTRO AUTOPTICO

Compilare *solo e sempre* in caso di decesso.

Codifica:

1=SI (riscontro autoptico effettuato)

2=NO (riscontro autoptico non effettuato)

MOTIVO DEL RICOVERO IN DAY HOSPITAL

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.

Codifica : NNNN ; (N = carattere numerico).

DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE

La diagnosi principale di dimissione costituisce la condizione morbosa che, dopo gli opportuni accertamenti, si è rilevata responsabile del ricovero, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento. Per ulteriori approfondimenti si faccia riferimento alle "Linee guida per la codifica delle diagnosi - revisione 2000" disponibili sul sito internet della SDO al seguente indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/.

Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie, - modificazione clinica versione italiana 1997. (ICD 9 CM). **Il codice da utilizzare deve essere di cinque cifre in tutti i casi previsti dalla ICD 9 CM.**

DIAGNOSI SECONDARIE

Le diagnosi secondarie sono le altre patologie concomitanti che coesistono al momento del ricovero o si sviluppano nel corso dello stesso ricovero e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. E' obbligatoria quindi la segnalazione delle complicanze con particolare attenzione a tutte le infezioni insorte durante il ricovero.

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

Nel caso siano presenti in cartella clinica più forme morbose, devono essere codificate quelle che a giudizio del sanitario che ha formulato la diagnosi, possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del

trattamento ricevuto dal paziente. Per ulteriori approfondimenti si faccia riferimento alle "Linee guida per la codifica delle diagnosi - revisione 2000" disponibili sul sito internet della SDO al seguente indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/.

Codifica: vedi DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE.

Per una corretta descrizione del caso trattato qualora si debbano codificare più di 3 diagnosi secondarie è possibile ricorrere all'uso della scheda di continuazione. Si ricorda che il tracciato della mobilità interregionale è composto da una diagnosi principale e 5 diagnosi secondarie perciò si raccomanda di inserire nelle prime 6 diagnosi quelle che influiscono sulla attribuzione del DRG.

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

Nel caso in cui siano state effettuate, nel corso dello stesso ricovero diverse procedure chirurgiche, selezionare e codificare quella che ha comportato il maggior peso assistenziale e/o maggiormente correlata con la diagnosi principale di dimissione anche se tale gerarchia non è indispensabile per il calcolo del DRG. Non necessariamente tale intervento è il primo eseguito in ordine di tempo.

In caso di parto, indicare la data ed il tipo di parto secondo quanto previsto dalla classificazione degli interventi.

Codifica: Classificazione degli Interventi Chirurgici. "ICD9 CM versione italiana 1997. Per ulteriori approfondimenti si faccia riferimento alle "Linee guida per la codifica delle diagnosi - revisione 2000" disponibili sul sito internet della SDO al seguente indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/.

DATA ALTRI INTERVENTI O PROCEDURE

Codifica: scrivere nella forma: GGMMAAAA

ALTRI INTERVENTI E/O PROCEDURE

Indicare gli altri eventuali interventi chirurgici effettuati nel corso dello stesso ricovero e/o le procedure diagnostico-terapeutiche più importanti fra quelle cui è stato sottoposto il paziente.

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

Si ricorda che il tracciato della mobilità interregionale è composto da un intervento principale e 5 interventi secondari perciò si raccomanda di inserire nella SDO nei primi 6 interventi quelli che possono influenzare l'attribuzione del DRG. Si vedano a questo proposito le indicazioni per la selezione contenute nelle "Linee guida per la codifica delle diagnosi - revisione 2000" paragrafo 13-pag.11, disponibili sul sito internet della SDO al seguente indirizzo www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/.

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

DRG

Dai dimessi del 1° gennaio 2002 utilizzare la versione 14 del Grouper.

Codifica : Codice calcolato dal Grouper locale versione 14

IMPORTO IN EURO

PARTE INTERA

Importo del ricovero espresso in EURO (cifre intere) 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

Questo campo viene utilizzato per indicare la posizione delle schede.

Codifica :

1=scheda appartenente al trimestre di competenza

2=scheda recuperata dal trimestre precedente non ancora inviata o inviata nel trimestre di competenza e non entrata in banca dati perché scartata (controlli di 1° livello)

3=scheda già entrata in banca dati ma che si vuole modificare (entro l'anno)

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

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 cardiocirurgia, deve essere rilevato esclusivamente dalle strutture cardiocirurgiche 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.

Codifica: Scrivere nella forma: GGMMAAAA

ANNULLAMENTO DELL'IMPORTO

Questo campo permette alle strutture di comunicare se l'importo della prestazione, a seguito di specifici controlli, deve essere annullato ai fini della remunerazione del ricovero.

Codifica :

1= importo annullato

2=importo non annullato

3. Tracciato record

Le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera riguardano essenzialmente:

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

Si ricorda che la SDO costituisce parte integrante della cartella clinica e ne assume la medesima valenza medico legale (D.M. 28/12/1991 articolo 1).

Nell'Allegato A sono riportati, in forma tabellare, i campi che costituiscono il nuovo tracciato record delle SDO a partire dai dimessi del 1° gennaio 2002.

Al fine di garantire il rispetto della privacy ai sensi della Legge 675/96 e successive modifiche e del decreto 318/99 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 I contiene i dati anagrafici e la sezione II riguarda i dati sanitari del ricovero. Le due parti sono ricomposte attraverso la chiave costituita dalle variabili : Codice Azienda, Codice presidio, Sub codice di stabilimento e Numero scheda.

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"; le posizioni non utilizzate devono comunque 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.

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.

Codice errore

Codice che identifica l'errore riscontrato dopo che la scheda è stata sottoposta al programma dei controlli logico formali.

ALLEGATO A Tracciato record contenente le informazioni anagrafiche – Sezione I

N° CAMPO	NOME CAMPO	POSIZ.	TIPO	LUN	GRADO DI OBB	CONTROLLI LOGICO FORMALI	CODICE ERRORE
1.1	Codice Azienda	001-003	AN	3	OBB V	Valorizzato Valido	900 800
2.1	Codice Presidio	004-009	N	6	OBB V	Valorizzato Numerico Valido e congruente con Codice Azienda	902 802 600
3.1	Sub codice	010-011	AN	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	899 601
4.1	Numero della scheda	012-019	N	8	OBB V	Valorizzato Numerico e diverso da zero Anno scheda = Anno ricovero Univoco nel presidio	904 804 609 634
5.1	Codice fiscale (C.F.)	020-035	AN	16	OBB	<ul style="list-style-type: none"> RESIDENTI/DOMICILIATI IN ITALIA (italiani e stranieri e neonati sani con C.F.uff.): Valorizzato Valido Congruente con comune di nascita Congruente con data nascita/sexo STRANIERI NON IN REGOLA Se onere della degenza=8 o A e comune di residenza non italiano Valorizzato codice regionale STP Valido codice regionale STP Valorizzato Cognome e nome 	960 889 604 915 931 927 929 961
6.1	Sesso	036-036	N	1	OBB V	Valorizzato Valido Congruente con codice fiscale	908 808 915
7.1	Stato civile	037-037	N	1	FAC	Se Valorizzato: Valido	810
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	913 919, 894 604
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	914 700 620 616

						Congruente con codice fiscale	915
						Età massima 124 anni alla data ricovero	216
10.1	Comune di residenza	052-057	N	6	OBB V	Valorizzato Valido Non cessato	916 886, 887 891 ,892
11.1	Regione di residenza	058-060	N	3	OBB V	Valorizzato Valido	948 787
12.1	Azienda di residenza	061-063	N	3	OBB V	Valorizzato Valido	949 788
13.1	Cittadinanza	064-066	N	3	OBB V	Valorizzato Valido	967 897
14.1	Cognome	067-096	AN	30	OBB	<ul style="list-style-type: none"> • RESIDENTI/DOMICILIATI IN ITALIA Facoltativo <ul style="list-style-type: none"> • STRANIERI NON IN REGOLA Valorizzato <ul style="list-style-type: none"> • NEONATI senza codice fiscale ufficiale Valorizzato	961 961
15.1	Nome	097-116	AN	20	OBB	Vedi Cognome	
16.1	Flag Codice Fiscale	117-117	N	1	OBB	Valido Congruente con controllo C.F./dati anagrafici	761 762
17.1	Filler	118-130	AN	13		Impostare a spazi	

ALLEGATO A Tracciato record contenente le altre informazioni riguardanti il ricovero – **Sezione II**

N° CAMPO	NOME CAMPO	POS	TIPO	LUN.	GRADO DI OBB	CONTROLLI LOGICO FORMALI	CODICE ERRORE
1.2	Codice Azienda	001- 003	AN	3	OBB V	Valorizzato Valido	900 800
2.2	Codice Presidio	004- 009	N	6	OBB V	Valorizzato Numerico Valido e congruente con Codice Azienda	902 802 600
3.2	Sub codice	010-011	AN	2	OBB	Solo se la struttura di ricovero è uno stabilimento di un'Azienda Pubblica: Se valorizzato numerico Valido e congruente con il Codice Presidio	899 601
4.2	Numero della scheda	012-019	N	8	OBB V	Valorizzato Numerico e diverso da zero Anno scheda = Anno ricovero Univoco nel presidio	904 804 609 634
5.2	Regime di ricovero	020-020	N	1	OBB V	Valorizzato Valido e congruente con la Struttura Congruente con motivo di ricovero Se regime di ricovero=1: disciplina <>02 Se regime di ricovero= 2: disciplina <> 60 anno di ricovero = anno dimissione	906 806 793 742 742 746
6.2	Identificativo medico	021-036	AN	16	FAC	Se valorizzato: Valido	898
7.2	Eventuale trauma	037-037	N	1	OBB	Se regime di ricovero=1 e Codice Pat. principale o concomitante=800-999: Valorizzato Valido Congruente con regime di ricovero/Patologie	968 814 748
8.2	Filler	038-038	N	1		Impostare a spazi	
9.2	Onere della degenza	039-039	N	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	922 818 731 732 732
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"	924 710 609

						Non posteriore a data dimissione	628
						Non anteriore a data nascita paziente	620
11.2	Unità operativa di ammissione (U.O.)	048-051	AN	4	OBB V	Valorizzato	926
						Codice disciplina:	
						Valorizzato	973
						Valido	881
						Diverso da '99' assenza temporanea	791
						Codice divisione	
						Valorizzato	815
						Valido	815
						Solo per PUBBLICO :	
						Aperto alla data ricovero e congruente con regime di ricovero	820
						Appartenente ad uno stabilimento del presidio della scheda	629
12.2	Tipo di ricovero	052-052	N	1	OBB	Se neonato sano non valorizzare	743
						Se regime di ricovero =2 non valorizzare	744
						Se regime di ricovero=1:	
						Valorizzato	928
						Valido	822
						Se tipo di ricovero=2 proposta di ricovero =1	606
13.2	Proposta di ricovero	053-053	N	1	OBB	Se neonato sano non valorizzare	745
						Valorizzato	930
						Valido	824
						Se proposta di ricovero=1 tipo di ricovero=2	606
14.2	Motivo di ricovero in DH	054-054	N	1	OBB	Se regime di ricovero=2:	
						Valorizzato	932
						Valido	826
						Congruente con regime di ricovero	793
15.2	Data 1° trasferimento	055-062	N	8	OBB	Formato GGMMAAAA	
						Valorizzato se impostato relativo reparto	943, 945, 947, 901
						Se valorizzato valido	720, 730, 740, 741
						Non anteriore alla data Ricovero	621, 608, 665, 655
						Non posteriore alla data dimissione	657, 658, 659, 656
						Deve essere rispettata la sequenza del tracciato	610
						Deve essere in ordine cronologico	676
16.2	Unità operativa 1° trasferimento	063-066	AN	4	OBB	Valorizzato se impostata relativa data trasferimento	942, 944, 946, 903
						Se valorizzato:	

						<p>Codice disciplina valido 883, 884, 885, 801</p> <p>Codice divisione valido 878, 879, 851, 803</p> <p>Deve essere rispettata la sequenza del tracciato 610</p> <p>1° reparto transf. Diverso da rep.ammissione 611</p> <p>Reparti transf. Consecutivi devono essere diversi 612, 613, 677</p> <p>In regime ricovero = 2 Non possono esserci trasferimenti 721</p> <p>In regime ricovero = 1 Se esistono trasferimenti, l'ultimo deve essere uguale 723 al reparto dimissione</p> <p>Se non esistono trasferimenti, il reparto di 722 ammissione deve essere uguale al reparto dimissione</p> <p>Per PUBBLICO: Aperto alla data Trasferimento e congruente con regime di ricovero 828, 830, 832, 805</p> <p>se diverso da '99' deve essere congruente con il 635, 636, Presidio 637, 630</p>	
17.2	Data 2°Trasfer..	067-074	N	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	N	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	N	8	OBB	<p>Formato GGMMAAAA</p> <p>Se intervento impostato:</p> <p>Valorizzato 950</p> <p>Valido 750</p> <p>Se tipo ricovero diverso da 4: non deve essere anteriore a data ricovero 624</p> <p>Se modalità dimissione diversa da 2: non deve essere posteriore alla dt. dimissione 617</p>	
22.2	Codice intervento principale	099-102	AN	4	OBB	<p>Se valorizzata data intervento:</p> <p>Valorizzato</p> <p>Valido</p> <p>Sottocategorie presenti</p> <p>Compatibile con sesso</p>	
23.2	Data altro intervento chirurgico 1	103-110	N	8	OBB	<p>Formato GGMMAAAA</p> <p>Se valorizzato intervento 1°:</p> <p>Valorizzato 952, 954, 956, 958</p> <p>Valido 760, 770,</p>	

						Se tipo ricovero diverso da 4: Non deve essere anteriore a data ricovero Se modalità dimissione diversa da 2: Non deve essere posteriore a data dimissione	780, 781 625, 626, 627, 643 631, 632, 633, 644
24.2	Codice altro intervento chirurgico 1	111-114	AN	4	OBB	Se valorizzata data intervento 1°: Valorizzato Valido Sottocategorie presenti Compatibili con sesso	953, 955, 957, 959 836, 838 840, 841 752, 753, 754, 755 651, 652, 653, 654, 646, 647, 648, 649
25.2	Data altro inter. chirurgico 2	115-122	N	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	N	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	
29.2	Modalità di dimissione	139-139	N	1	OBB V	Valorizzato Valido Congruente con riscontro autoptico	934 842 607
30.2	Riscontro autoptico	140-140	N	1	OBB	Se modalità di dimissione=2 Valorizzato Valido Congruente con modalità di dimissione	607 844 607
31.2	Codice diagnosi principale	141-145	AN	5	OBB V	Valorizzato Valido Sottocategorie/sottoclassificazioni presenti Compatibile con sesso Compatibile con età Compatibile con trauma	936 846 739 660, 666 672, 678, 683, 687 748

32.2	Codice patologia concomitante 1	146-150	AN	5	FAC	Se valorizzato: Valido Sottocategorie/sottoclassificazioni Compatibile con sesso Compatibile con trauma Non precedentemente segnalato	848, 850, 852, 821 756, 757, 758, 759 661, 662, 663, 664, 667, 668, 669, 670 748 749
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°	
35.2	N° di accessi in DH	161-163	N	3	OBB	Congruente con regime di ricovero Se regime di ricovero=2: Valorizzato Valido < = 365 giorni N°accessi DH <= dt. Dimm. - dt. Ricovero + 1	602 907 853 795 213
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	938 790 999 628 616
37.2	Unità operativa di dimissione	172-175	AN	4	OBB V	Valorizzato Codice disciplina: Valorizzato Valido Diverso da 99 Codice divisione: Valorizzato Valido Solo per PUBBLICO : Aperto alla data dimissione e congruente con regime di ricovero Appartenente alla struttura che dimette	940 974 882 792 817 817 854 615
38.2	Peso alla nascita in grammi.	176-179	N	4	OBB	Se data ricovero = data di nascita Valorizzare Valido	964 876
39.2	Filler	180-181	AN	2		Impostare a spazi	
40.2	DRG	182-184	AN	3	FAC	Versione 14 del Grouper	

						Se valorizzato: Valido	847
41.2	Importo in Euro parte intera	185-191	N	7	FAC	Se valorizzato: Numerico	849
42.2	Importo in Euro parte decimale.	192-193	N	2	FAC	Se valorizzato: Numerico	849
43.2	Posizione contabile	194-194	AN	1	OBB V	Valorizzato Valido Congruente con trimestre che si elabora Se = 1 Dt.dimissione compresa nel trimestre di elaborazione Non deve esistere la scheda in banca dati Se = 2 Non deve esistere la scheda in banca dati Se regime ricovero = 1 oppure regime di ricovero=2 con motivo di ricovero in DH=2: Data dimissione compresa nel trimestre precedente 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 Rispetto alla scheda già caricata non possono essere diversi i seguenti dati: DRG azienda codice fiscale paziente cognome/nome sesso data nascita comune nascita comune residenza	966 890, 697 618 619 698 698 696 699 998 699 998 715 638
44.2	Codice Presidio madre	195-200	N	6	OBB	Se valorizzato Numerico e valido alla data di dimissione del neonato	728 827
45.2	Sub codice madre	201-202	AN	2	OBB	Se valorizzato Numerico Valido e congruente con il Codice Presidio madre	728 829 727
46.2	N° della scheda madre	203-210	N	8	OBB	Se valorizzato Codice Presidio madre Numerico e diverso da zero	728 843
47.2	Filler	211-216	AN	6		Impostare a spazi	
48.2	Score	217-218	N	2	FAC	Punteggio Euroscore Se valorizzato:	

						Numerico	737
49.2	Data prenotazione	219-226	AN	8	FAC	Formato GGMMAAAA Se impostato: Valido Non posteriore alla data ricovero	734 736
50.2	Annul. importo	227-227	N	1	FAC	Flag annullamento importo	
51.2	Filler	228-250	AN	23		Impostare a spazi	

4. Modalità per l'invio dei dati e scadenze

Per rendere più veloci e sicure le operazioni di trasferimento e caricamento delle SDO nel data base regionale è stato predisposto, da giugno 2001, un programma di simulazioni di caricamento on line, accessibile da WEB browser. Le Aziende possono sottomettere i propri dati al programma regionale dei controlli logico formali, correggere gli eventuali errori e successivamente inviare, **sempre dallo stesso ambiente**, i dati definitivi (**non viene più utilizzata la trasmissione via FTP**).

Tale modalità è attualmente accessibile solo alle Aziende pubbliche, e diventerà disponibile anche alle Strutture private appena saranno attivati collegamenti in grado di garantire adeguati livelli di sicurezza e cifratura dei dati nel rispetto della normativa.

Pertanto per le Case di Cura associate all'AIOP si confermano le disposizioni relative alla trasmissione dei dati previste dalla Circolare 14/2001 mentre per le strutture private non associate all'AIOP (Case di Cura e strutture private autorizzate alla sola attività di Day Surgery) dovranno inviare i dati su **due dischetti** (tracciato dati anagrafici e tracciato dati sanitari) compressi e protetti da password di apertura a:

SERVIZIO SISTEMI INFORMATIVI DEL SSR
ASSESSORATO ALLA SANITA'
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
V.le Aldo Moro n°30, 40127 BOLOGNA
Alla attenzione di Giuseppina Lanciotti

con le seguenti modalità :

Caratteristiche fisiche del supporto

Dischetti per PC (3.50 720KB/1.44MB)

Formattazione MS-DOS

Codifica ASCII

Record a lunghezza fissa

Record separati da CR-LF (uno solo)

Ogni invio deve essere accompagnato con un fax o con e-mail al Servizio Sistemi Informativi del SSR dell'Assessorato alla Sanità, all'attenzione di Giuseppina Lanciotti, che ne attesti l'effettuazione, la data, il numero di record per singola tabella ed eventuali note esplicative.

fax n°051284102

asr_sisinfo@regione.emilia-romagna.it

La trasmissione deve avvenire con periodicità trimestrale rispettando le scadenze sotto indicate:

I° invio entro il 30 aprile 2002

dati del primo trimestre con posizione contabile 1

II° invio entro il 31 luglio 2002

dati del secondo trimestre con posizione contabile 1 ed integrazioni (schede mai inviate o scartate del primo trimestre con posizione contabile 2) e aggiornamento (modifiche di schede già entrate in banca dati nel trimestre precedente con posizione contabile 3 - tale valore consente al sistema di caricamento delle schede di sostituire la scheda errata già precedentemente inserita nell'archivio; se la scheda con posizione contabile 3 non è collegata ad una scheda già entrata in banca dati viene scartata).

III° invio entro il 31 ottobre 2002

dati del terzo trimestre con posizione contabile 1 ed integrazioni (schede mai inviate o scartate del secondo trimestre con posizione contabile 2 e aggiornamento (modifiche di schede già entrate in banca dati nei trimestri precedenti con posizione contabile 3)

IV° invio entro il 15 febbraio 2003

dati del quarto trimestre con posizione contabile 1 ed integrazioni (schede mai inviate o scartate del terzo trimestre con posizione contabile 2 e aggiornamento (modifiche di schede già entrate in banca dati nei trimestri precedenti con posizione contabile 3)

V° invio entro il 15 maggio 2003

Aggiornamento (modifiche di schede presenti in banca dati con posizione contabile 3)

Al fine di allineare l'archivio centrale con quelli aziendali a seguito di errori propri viene data la possibilità alle Aziende Sanitarie di modificare schede presenti in banca dati con posizione contabile 3. In questo invio va focalizzata l'attenzione su modifiche di schede nosologiche per pazienti provenienti da fuori regione ai fini della mobilità interregionale.

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

Ogni invio deve essere accompagnato con un fax o con e-mail al Servizio Sistemi Informativi del SSR dell'Assessorato alla Sanità, all'attenzione di Giuseppina Lanciotti, che ne attesti l'effettuazione, la data, il numero di record per singola tabella ed eventuali note esplicative

fax n°051284102

asr_sisinfo@regione.emilia-romagna.it

Fin a che non sarà attivo il collegamento tra Regione e singola struttura privata le simulazioni di caricamento, per tali strutture, verranno effettuate direttamente dal Servizio Sistemi Informativi del SSR **nei dieci giorni precedenti la scadenza del trimestre**; il termine ultimo per l'invio definitivo dei dati resta pertanto fissato dalle scadenze sopra indicate.

5. Ritorno informativo

Il ritorno informativo alle strutture rappresenta una delle fasi cruciali del flusso informativo SDO. Una volta effettuata le operazioni di controllo e di caricamento dei dati in banca dati regionale, l'Assessorato alla Sanità restituisce alle strutture competenti, dopo 20 giorni circa dalla data di scadenza del rispettivo invio, quattro tipologie di file: Scarti, Mobilità, Ricoveri Ripetuti, DRG Maldefiniti.

5.1 Scarti

Vengono inviate agli erogatori le schede che non hanno superato i controlli formali. Il file contiene le schede NON VALIDATE e pertanto SCARTATE, da correggere per entrare in banca dati, con il seguente tracciato:

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice regione	1-3	AN	3	
Codice AUSL/AOSP	4-9	AN	6	
Tipo Azienda	10-13	AN	4	
Codice presidio	14-19	AN	6	
Codice stabilimento	20-25	AN	6	
Subcodice	26-27	AN	2	
Reparto dimissione	28-32	AN	5	
Numero della scheda	33-40	AN	8	
Anno competenza	41-44	AN	4	Anno in cui viene elaborata la scheda
Trimestre di invio	45-47	AN	3	
Codice errore	48-50	AN	3	
Descrizione errore	51-110	AN	60	
Stato scheda	111-111	AN	1	C= Scheda controllata e scartata
Codice struttura	112-117	AN	6	
Posizione contabile	118-118	AN	1	
Filler	119-120	AN	2	

5.2 Mobilità

Il ritorno informativo per quanto riguarda la Mobilità è differenziato a secondo che la struttura sia un'Azienda USL oppure una Azienda Ospedaliera o una Struttura privata. Alle **Aziende USL** vengono restituiti **due file** con i due tracciati, sezione I e sezione II sotto riportato; nel tracciato contenente le informazioni sul ricovero sono state aggiunte le informazioni riguardanti l'importo e il DRG calcolato dalla Regione e un Flag che identifica il tipo di mobilità, come specificato di seguito. Le SDO in questione consentono all'Azienda USL di poter monitorare la propria mobilità attiva e **passiva** infraregionale e le prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione, consentendo inoltre di effettuare il pagamento delle prestazioni di propria competenza secondo l'importo attribuito a livello centrale, fatto salvo per quelle realtà in cui si siano stipulati specifici accordi locali di fornitura. Alle **Aziende Ospedaliere e alle Strutture private** viene restituito un **unico file** con i campi che servono per identificare la scheda più le informazioni riguardanti l'importo e il DRG calcolato dalla Regione e un Flag che identifica il tipo di mobilità, come specificato di seguito

Aziende USL

Tracciato record contenente le informazioni anagrafiche (I sezione)

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUNG	DESCRIZIONE
Tracciato SDO (I sezione)	1-130			E' riportato l'intero tracciato record: è stata inserita la posizione contabile come primo carattere del filler (pos. 118-118).

Tracciato record contenente le altre informazioni riguardanti il ricovero (II sezione)

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUNG	DESCRIZIONE
Tracciato SDO (II sezione)	1-250	AN		E' riportato l'intero tracciato record
Importo Regione intero	251-258	AN	8	Parte intera
Importo Regione decimale	259-260	AN	2	Parte decimale
Tipo record	261-261	AN	1	1. Mobilità passiva infraregionale 2. Mobilità attiva infraregionale 3. Mobilità attiva extraregionale (comprensiva di quella relativa alle case di cura ubicate sul territorio di competenza) 4. DRG dichiarato dall'Azienda diverso dal DRG attribuito centralmente
DRG Regione	262-264	AN	3	
Filler	265-265	AN	1	

Aziende Ospedaliere e Strutture private

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUNG	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 Stabilimento	20-25	AN	6	Utile per elaborazioni in SAS
Importo Regione intero	26-33	AN	8	Parte intera

Importo Regione decimale	34-35	AN	2	Parte decimale
Tipo record	36-36	AN	1	2. Mobilità attiva infraregionale 3. Mobilità attiva extraregionale 4. DRG dichiarato dall'Azienda diverso dal DRG attribuito centralmente
DRG Regione	37-39	AN	3	
Filler	40-40	AN	1	

Il tipo record= 4 mostra un disallineamento tra gli archivi locali con quello regionale. Si chiede pertanto alle strutture di prendere visione delle schede con questo valore, di revisionare le informazioni che contribuiscono alla formazione del DRG e di provvedere al rinvio per la modifica in banca dati (posizione contabile 3).

5.3 Ricoveri Ripetuti

A ciascun produttore viene inviato un file che contiene l'elenco dei ricoveri ripetuti (0/1 giorno; 2-7 giorni; 8-30 giorni) con il seguente tracciato:

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 Stabilimento	20-25	AN	6	Utile per elaborazioni in SAS
N° che associa le coppie di ricoveri	26-30	N	5	Indice ripetuto
Tipo record	31-31	N	1	1 ricoveri ripetuti 0-1 giorno 2 ricoveri ripetuti 2-7 giorni 3 ricoveri ripetuti 8-30 giorni

Le Strutture che non hanno effettuato una verifica per i ricoveri ripetuti 0-1 giorno prima dell'invio dei dati e quindi non hanno impostato il campo "Annullamento importo" potranno rinviare le schede nei trimestri successivi (posizione contabile 3) compilando il campo relativo all'annullamento sull'importo.

5.4 DRG Maldefiniti

A ciascun produttore viene inviato un file che contiene l'elenco dei DRGs maldefiniti con il seguente tracciato:

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 Stabilimento	20-25	AN	6	Utile per eventuali elaborazioni in SAS
DRG maldefinito	26-28	AN	3	DRG 424, 468, 476 e 477

Le Strutture, dopo una revisione sulla qualità della codifica, se riterranno di dover apportare delle modifiche in merito a quei DRG maldefiniti potranno rinviare le suddette schede nei trimestri successivi (pos. contabile 3).

5.5. Modalità per la ricezione dei file del ritorno informativo

- Le Aziende Pubbliche potranno scaricare trimestralmente i files dallo stesso ambiente delle "Simulazioni e Caricamento on line" con i seguenti nomi:

GSANITA.SNG.TA.UXXX.A2002.TK.C000XXX.mob (Az USL)

GSANITA.SNG.TR.UXXX.A2002.TK.C000XXX.mob (Az USL)

GSANITA.SNG.TO.UXXX.A2002.TK.C000XXX.mob (Az OSP)

GSANITA.SNG.TO.UXXX.A2002.TK.C000XXX.err

GSANITA.SNG.TO.UXXX.A2002.TK.C000XXX.mdf

GSANITA.SNG.TO.UXXX.A2002.TK.C000XXX.rip

(dove XXX è il codice dell'Azienda Sanitaria e K è il numero dell'invio)

- L'AIOP potrà scaricare i files tramite FTP con i seguenti nomi:

GSANITA.SNG.TO.AIOP.A2002.TK.mob

GSANITA.SNG.TO.AIOP.A2002.TK.err

GSANITA.SNG.TO.AIOP.A2002.TK.mdf

GSANITA.SNG.TO.AIOP.A2002.TK.rip

(K è il numero dell'invio)

- Le Case di Cura non associate all'AIOP e le strutture private autorizzate alla sola attività di Day Surgery, riceveranno su supporto magnetico i file del ritorno informativo contestualmente alla lettera di validazione delle SDO.