

Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

*Il Direttore Generale*

**Franco Rossi**

Protocollo N° ASS/DIR/05/12626

Data 25.03.2005

**CIRCOLARE N. 7**

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

Ai 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 2005*

A partire dal 1 gennaio 2005 la regione Emilia-Romagna ha adottato l'aggiornamento del sistema di classificazione ICD IX CM 2002 per la classificazione delle diagnosi ed interventi utilizzati nella scheda di dimissione ospedaliera. Il 16 dicembre su proposta del Ministero della Salute è stato raggiunto un accordo Stato-Regioni che prevede l'adozione dell'aggiornamento sull'intero territorio nazionale dal 1 gennaio 2006, dando la possibilità alle Regioni di sperimentare la nuova versione anche nel 2005.

Il progetto "Mattoni" del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato alla costruzione di un linguaggio comune del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), vede la Regione Emilia-Romagna capofila del mattone "Evoluzione del sistema DRG nazionale" i cui obiettivi sono quelli di garantire l'omogeneità e l'attualizzazione del sistema su tutto il territorio nazionale. Nell'ambito di tale progetto la nostra Regione, assieme ad altre che fanno parte del gruppo di lavoro, ha deciso di effettuare la sperimentazione dell'introduzione dell'aggiornamento ICD IX CM 2002 che supporta la 19° del Grouper.

Si trasmette la circolare recante le: "Norme per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera - Anno 2005" con la quale si sistematizzano le indicazioni date per la corretta compilazione della SDO nel corso del biennio 2003- 2004 e si recepiscono alcune modifiche derivanti da nuove modalità organizzative all'interno dell'ospedale (ad esempio l'introduzione dell'Osservazione Breve Intensiva - Delibera di Giunta 24/2005)

Si ribadisce l'importanza della rilevazione, oltre che ai fini della remunerazione dell'attività di ricovero, anche per la valutazione e monitoraggio del livello di assistenza ospedaliera.

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.

F.to  
FRANCO ROSSI

All.n.1

## FLUSSO INFORMATIVO DI 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 2002 e è stata adottata la versione 19<sup>a</sup> DRG 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 2005 secondo le caratteristiche e le modalità descritte nei seguenti punti:

- Ambito di applicazione
- Contenuti e codifica delle variabili
- Tracciato record e controlli
- Modalità per l'invio dei dati e scadenze
- Ritorno informativo

La rilevazione, come per gli anni precedenti, si caratterizza con periodicità trimestrale ed è costituita da 2 tabelle per motivi di riservatezza legati alla legge n. 196 del 30 giugno 2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali":

Dati del paziente (Tabella A)

Dati riguardanti il ricovero (Tabella B)

### AMBITO DI APPLICAZIONE

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 e successive integrazioni.

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 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.

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.

Con la Delibera N° 24 del 17/01/2005 si è proceduto all'approvazione delle linee di indirizzo per il miglioramento delle cure urgenti e della accessibilità ed appropriatezza delle attività di Pronto Soccorso e si sono tracciate le linee caratterizzanti l'attività di **Osservazione Breve Intensiva (OBI)**. Quando il paziente accede al Pronto Soccorso e, dopo un periodo di OBI, viene ricoverato la data di ammissione coinciderà con il termine dell'OBI. Nella SDO tale informazione va codificata nel campo Tipo di ricovero con la voce 5 "Ricovero d'urgenza in OBI"

## CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

### Tabella A

#### DATI 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.

##### **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/](http://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 [http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle\\_riferimento.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle_riferimento.htm)).

##### **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 2005 numero della scheda: 05000001

##### **COGNOME**

Fornire se disponibile

E' obbligatorio solo per i non residenti in Italia, gli stranieri con codice STP e per i neonati sprovvisti di codice fiscale ufficiale.

In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90) si indichi "ANONIMO" (codice di diagnosi principale o secondaria=042)

##### **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.

Una SDO corrisponde ad una scheda di **neonato sano** quando il paziente viene dimesso dal Nido (codice 31), non ha effettuato nessun 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**

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

[http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle\\_riferimento.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle_riferimento.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.

Segue:

**Tabella A**

**DATI del PAZIENTE**

**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 Economia e 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, 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 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.**

**DATI del RICOVERO****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/](http://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 [http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle\\_riferimento.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle_riferimento.htm)).

**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 2005 numero della scheda: 05000001

**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.

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 nella sezione dedicata alla SDO al seguente indirizzo [http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/flussimin/posti\\_letto/](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/flussimin/posti_letto/)), la terza e la quarta sono utilizzate come progressivo all'interno del Presidio per identificare le divisioni.

**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 antecedente l'ammissione o posteriore alla data di dimissione)

5=ricovero d'urgenza in OBI

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

Segue:

## Tabella B

### DATI del RICOVERO

#### 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;

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

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.

Se il paziente accede all'ospedale su proposta del medico specialista del Dipartimento di salute Mentale va utilizzato il codice 9.

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.

#### 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 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 910-995). 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 (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.

Segue:

## Tabella B

### DATI del RICOVERO

#### 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 **protetta** presso strutture extraospedaliere – (RSA, Casa Protetta, Hospice)

4=dimissione protetta al domicilio del paziente (**modalità da non utilizzare**)

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 **protetta** con attivazione di assistenza domiciliare integrata (ADI).

Per dimissione protetta si intende la dimissione concordata tra la struttura ospedaliera e la rete dell'assistenza extraospedaliera.

Significato di alcune codifiche:

4: Dimissione protetta al domicilio del paziente (ospedalizzazione domiciliare): l'ospedalizzazione domiciliare è una tipologia di dimissione protetta presso il domicilio del paziente in cui la continuità della cura e la gestione del caso è assicurata dal medico ospedaliero (modalità da non utilizzare).

8: Trasferito ad altro istituto pubblico o privato di riabilitazione: è da intendersi sia i pazienti trasferiti presso un reparto di riabilitazione intensiva (codice 56) sia presso la lungodegenza e riabilitazione estensiva (codice 60) di altra struttura pubblica o privata accreditata.

9: dimissione protetta con attivazione di assistenza domiciliare integrata (ADI): questa modalità va utilizzata ogni qualvolta viene richiesta l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare o l'attivazione dei Servizi Territoriali Paziente psichiatrico (Dip.Salute Mentale) Paziente tossicodipendente (SERT) Bambino con grave handicap psico-fisico (Neuropsichiatria Infantile)

#### 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.

Segue:

## Tabella B

### DATI del RICOVERO

#### 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 2003" disponibili sul sito internet della SDO al seguente indirizzo [http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere\\_circ/lineecod/index.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere_circ/lineecod/index.htm).

Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie, - modificazione clinica versione italiana 2002. (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 2003" disponibili sul sito internet della SDO al seguente indirizzo

[http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere\\_circ/lineecod/index.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere_circ/lineecod/index.htm)

Codifica: vedi DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE.

**Nel tracciato della SDO sono previste 4 diagnosi (compresa la diagnosi principale) e 4 interventi o procedure.**

**E' possibile utilizzare la scheda di continuazione qualora si ravvisi la necessità di descrivere ulteriormente il caso non superando 15 diagnosi e 15 interventi.**

**Si ricorda però che il tracciato della mobilità interregionale è composto da una diagnosi principale, 5 diagnosi secondarie e un intervento principale e 5 interventi secondari; si raccomanda quindi di inserire nei primi sei campi di diagnosi e nei primi sei di intervento quelli che influiscono sulla attribuzione del DRG**

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

Segue:

## Tabella B

### DATI del RICOVERO

#### 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.

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

Codifica: Classificazione degli Interventi Chirurgici. "ICD9 CM versione italiana 2002. Per ulteriori approfondimenti si faccia riferimento alle "Linee guida per la codifica delle diagnosi - revisione 2003" disponibili sul sito internet della SDO al seguente indirizzo [http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere\\_circ/lineecod/index.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere_circ/lineecod/index.htm).

#### 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.** Per ulteriori approfondimenti si faccia riferimento alle "Linee guida per la codifica delle diagnosi - revisione 2003" disponibili sul sito internet della SDO al seguente indirizzo [http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere\\_circ/lineecod/index.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere_circ/lineecod/index.htm).  
**Nella scheda di continuazione non va compilato il campo relativo all'intervento chirurgico principale.**

#### DRG

Dai dimessi del 1° gennaio 2005 utilizzare la versione 19 del Grouper.

Codifica : Codice calcolato dal Grouper versione 19

#### IMPORTO

##### 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

Segue:

**Tabella B**

**DATI del RICOVERO**

**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

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.

**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

## TRACCIATO RECORD

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

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).

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 2005.

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. 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.

TRACCIATO TABELLA A (informazioni anagrafiche del paziente)

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	RESIDENTI/DOMICILIATI IN ITALIA (italiani e stranieri e neonati sani con C.F. ufficiale): 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 GMMMAAAA Valorizzato Formalmente valido Non posteriore a data ricovero Non posteriore a data dimissione Congruente con codice fiscale Età massima 124 anni alla data ricovero	914 700 620 616 915 216
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	RESIDENTI/DOMICILIATI IN ITALIA Facoltativo  NON RESIDENTI IN ITALIA STRANIERI NON IN REGOLA (STP) NEONATI senza codice fiscale ufficiale Valorizzato	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	

TRACCIATO TABELLA B (informazioni del ricovero)

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 proposta di ricovero <> 1	906 806 793 742 742 746 772
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 Patologia principale o concomitante=800-904 e 910-995: Se Valorizzato Valido Congruente con regime di ricovero/Patologie	814 748
8.2	Flag neonato trasferito	038-038	N	1		Se valorizzato: Valido Congruente data nascita = data ammissione	768 769
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 Se onere della degenza=7 Comune di residenza <> comune italiano	922 818 731 732 732 774
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	924 710 609 628 620
11.2	Unità operativa di ammissione (U.O.)	048-051	AN	4	OBB V	Valorizzato Codice disciplina: Valorizzato Valido Diverso da '99' assenza temporanea Codice divisione Valorizzato Valido Solo per PUBBLICO: Aperto alla data ricovero e congruente con regime di ricovero Appartenente ad uno stabilimento del presidio della scheda	926 973 881 791 815 815 820 629
12.2	Tipo di ricovero	052-052	N	1	OBB	Se nato nella struttura non valorizzare Se regime di ricovero =2 non valorizzare Se regime di ricovero=1: Valorizzato Valido	743 744 928 822
13.2	Proposta di ricovero	053-053	N	1	OBB	Se nato nella struttura non valorizzare Valorizzato Valido Se proposta di ricovero=1 tipo di ricovero=2, 3 e 5	745 930 824 606
14.2	Motivo di ricovero in DH	054-054	N	1	OBB	Se regime di ricovero=2: Valorizzato Valido Congruente con regime di ricovero	932 826 793

N° CAMPO	NOME CAMPO	POS	TIPO	LUN.	GRADO DI OBB	CONTROLLI LOGICO FORMALI	CODICE ERRORE
15.2	Data 1° trasferimento	055-062	N	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	943, 945, 947, 901 720, 730, 740, 741 621, 608, 665, 655 657, 658, 659, 656 610 676
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 transf. Diverso da rep.ammissione Reparti transf. 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 dimissione Se non esistono trasferimenti, il reparto di ammissione deve essere uguale al reparto dimissione Per PUBBLICO: Aperto alla data Trasferimento e congruente con regime di ricovero  se diverso da '99' deve essere congruente con il Presidio	942, 944, 946, 903  883, 884, 885, 801 878, 879, 851, 803 610 611 612, 613, 677  721  723  722  828, 830, 832, 805 635, 636, 637, 630
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	Formato GGMMAAAA Se intervento impostato: Valorizzato Valido  Non deve essere anteriore alla data di ricovero Non deve essere posteriore alla data di dimissione	950 750  624 617
22.2	Codice intervento principale	099-102	AN	4	OBB	Se valorizzata data intervento: Valorizzato Valido Sottocategorie presenti Compatibile con sesso	951 834 751 645, 650
23.2	Data altro intervento chirurgico 1	103-110	N	8	OBB	Formato GGMMAAAA Se valorizzato intervento 1°: Valorizzato  Valido  Se tipo ricovero diverso da 4: 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	952, 954, 956, 958  760, 770, 780, 781  625, 626, 627, 643  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

N° CAMPO	NOME CAMPO	POS	TIPO	LUN.	GRADO DI OBB	CONTROLLI LOGICO FORMALI	CODICE ERRORE
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 Numero interventi >15	776
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=1 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 anonimato	936 846 739 660, 666 672, 678, 683, 687 599
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	848, 850, 852, 821 756, 757, 758, 759 661, 662, 663, 664, 667, 668, 669, 670, 599 749
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° Numero diagnosi >15	775
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 <= data Dim. - data 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 Peso nascita incongruente per non nato nella struttura	964 876 765
39.2	Filler	180-181	AN	2		Impostare a spazi	
40.2	DRG	182-184	AN	3	FAC	Versione 19 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

N° CAMPO	NOME CAMPO	POS	TIPO	LUN.	GRADO DI OBB	CONTROLLI LOGICO FORMALI	CODICE ERRORE
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 Dati SDO madre incongruenti per scheda non di nascita	728,827 764
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	728 829, 727 764
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	728 843 764
47.2	Filler	211-216	AN	6		Impostare a spazi	
48.2	Score	217-218	AN	2	FAC	Punteggio Euroscore Se valorizzato: Numerico	737
49.2	Data prenotazione	219-226	N	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 V58.1 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 V58.1 Data formalmente corretta GGMMAAAA Data ammissione >= data prenotazione	773 773 734 736
50.2	Annullamento importo	227-227	AN	1	FAC	Flag annullamento importo	738
51.2	Filler	228-250	AN	23		Impostare a spazi	

## MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE

Nel 2001 è stato introdotto un sistema di simulazione e caricamento che ha permesso il miglioramento in termini di tempestività e completezza della banca dati SDO. Si è pertanto automatizzata la fase di simulazione: ciascuna azienda può verificare on line il risultato del caricamento simulato e provvedere alle eventuali correzioni (controlli formali).

E' stato ideato un meccanismo, fruibile da WEB browser, capace di consentire alle **Aziende Pubbliche** una autonoma elaborazione dei propri dati.

E' possibile cioè accedere alle funzionalità di simulazione della procedura che verifica i controlli, inviare i dati definitivi per il caricamento e scaricare i files del ritorno informativo.

Dal 2003 sono disponibili ulteriori funzionalità a supporto delle Aziende per il miglioramento della qualità della rilevazione: oltre al file con le schede scartate (controlli di primo livello), l'Azienda ha a disposizione anche un file con le segnalazioni di secondo livello, un file con i DRG e un file con l'importo calcolato dalla Regione secondo le normative vigenti.

Invece ogni Casa di Cura associata all'AIOP dovrà inviare le SDO alla propria Associazione che si occuperà di unire i dati di tutte le strutture ed effettuare un unico invio, tramite FTP nella intranet regionale, al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali del SSR che effettuerà le simulazioni **nei dieci giorni precedenti la scadenza del trimestre**; il termine ultimo per l'invio definitivo dei dati resta pertanto fissato dalle scadenze sotto indicate.

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 Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali - Assessorato alla Sanità - Regione Emilia Romagna

V.le Aldo Moro n°21, 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 e-mail all'attenzione di Giuseppina Lanciotti, che ne attesti l'effettuazione, la data, il numero di record per singola tabella ed eventuali note esplicative. ([glanciotti@regione.emilia-romagna.it](mailto:glanciotti@regione.emilia-romagna.it))

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

I° invio entro il 30 aprile	dati del primo trimestre con posizione contabile 1
II° invio entro il 31 luglio	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	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	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	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.

## RITORNO INFORMATIVO

### SIMULAZIONI

Alle Aziende Sanitarie dopo la simulazione di caricamento vengono restituiti 5 files:

File **.drg** Schede che presentano il DRG diverso da quello calcolato dalla Regione, File **.err** Schede che non hanno superato i controlli logico-formali di 1° livello e quindi scartate, File **.imp** Il sistema centrale per ogni SDO simulata calcola la tariffa in base alla normative vigenti e il DRG versione 19 per i pazienti residenti in regione Emilia Romagna e 10 per i fuori regione, File **.segnal** Schede che presentano errori di 2° livello e File **.stat** Statistiche riassuntive della simulazione.

#### Tracciato DRG

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
Posizione contabile	26-26	N	1	
DRG Azienda	27-29	AN	3	
DRG Regione	30-32	AN	3	
Filler	33-40	AN	8	

#### Tracciato Scarti

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	
Posizione contabile	26-26	N	1	
Codice errore	27-29	AN	3	
Descrizione errore	30-89	AN	60	
Filler	90-90	AN	1	

#### Tracciato Importi

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
Importo Regione	26-35	AN	10	
Tipo record	36-36	AN	1	2. Mobilità attiva infraregionale 3. Mobilità attiva extraregionale (comprensiva di quella relativa alle case di cura ubicate sul territorio di competenza) 5. Produzione propria 6. Cittadini residenti all'estero
DRG Regione	37-39	AN	60	
Filler	40-40	AN	1	

SEGUE:

## RITORNO INFORMATIVO

### Tracciato Segnalazioni

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
Posizione contabile	26-26	N	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	

### CARICAMENTO

Il ritorno informativo alle strutture rappresenta una delle fasi cruciali del flusso informativo SDO. Una volta effettuate le operazioni di controllo e di caricamento dei dati in banca dati regionale, il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali restituisce alle strutture competenti, dopo circa 10 giorni dalla data di scadenza del rispettivo invio, 5 tipologie di file: Scarti, Segnalazioni, Ricoveri Ripetuti/sovrapposti, Mobilità, Statistiche.

File **.err** Schede che non hanno superato i controlli logico-formali di 1° livello e quindi scartate

File **.seg** Schede che presentano errori di 2° livello

File **.rip** Schede che rientrano nella categoria dei ripetuti e/o sovrapposti risultano ripetuti presentano il DRG diverso da quello calcolato dalla Regione

File **.mob** File differente a seconda che siano Aziende USL oppure Aziende Ospedaliere e Strutture Private

File **.stat** Statistiche riassuntive del caricamento

### RITORNO INFORMATIVO PER TUTTI

#### Tracciato Scarti

Stesso tracciato delle simulazioni

#### Tracciato Segnalazioni

Stesso tracciato delle simulazioni

### Tracciato Ricoveri ripetuti/sovrapposti

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 ricove	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 4. ricoveri sovrapposti all'interno del presidio

Il Flag 4 ricoveri sovrapposti sta ad indicare la sovrapposizione temporale di regime di ricovero diversi tra loro (ordinario e dh) o di stesso regime di ricovero.(dh e dh) all'interno dello stesso presidio.

SEGUE:

## RITORNO INFORMATIVO

### RITORNO INFORMATIVO PER AZIENDE USL

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

#### Tracciato Mobilità (Sezione I<sup>a</sup> dati anagrafici)

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 Mobilità (Sezione II<sup>a</sup> dati sanitari)

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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobilità passiva infraregionale</li> <li>2. Mobilità attiva infraregionale</li> <li>3. Mobilità attiva extraregionale (comprensiva di quella relativa alle case di cura ubicate sul territorio di competenza)</li> <li>4. DRG dichiarato dall'Azienda diverso dal DRG attribuito centralmente</li> </ol>
DRG Regione	262-264	AN	3	
Filler	265-265	AN	1	

### RITORNO INFORMATIVO PER LE AZIENDE OSPEDALIERE E LE STRUTTURE PRIVATE

#### Tracciato Mobilità

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	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mobilità attiva infraregionale</li> <li>3. Mobilità attiva extraregionale</li> <li>4. DRG dichiarato dall'Azienda diverso dal DRG attribuito centralmente</li> </ol>
DRG Regione	37-39	AN	3	
Filler	40-40	AN	1	

TABELLA ERRORI DI 2° LIVELLO (Segnalazioni)

Codice	Descrizione segnalazione
777	Scheda che ha più di 2 assenze temporanee in regime di ricovero ordinario
778	Scheda che ha + di 6 giorni in assenze temporanee in regime di ricovero ordinario
779	Ricoveri brevi con assenze temporanee in regime di ricovero ordinario (data di dimissione – data di ammissione al netto delle assenze temporanee = 3)
640	Diagnosi secondarie non in sequenza
682	Interventi non in sequenza
783	DRG maldefiniti (424, 468, 476, 477)
220	Codice 410_0 in qualsiasi posizione (Episodio non specificato)
222	Codici 758.9, 759.4, 759.7, 759.8_, 759.9 sconsigliati in diagnosi principale
880	Codici non utilizzabili in diagnosi principale
981	Malattia infettiva di classe Ia – Notifica obbligatoria immediata
939	Codice da V30 a V 39 in qualsiasi diagnosi neonato sano in dimessi da reparto <> 31
939	Dimesso da codice 31 con trasferimento con solamente un Codice da V30 a V 39
941	Codice V35 non deve essere utilizzato nei neonati (data ammissione = data di nascita)
941	Codice V33 aspecifica nei neonati (data ammissione = data di nascita) in qualsiasi posizione
941	Codice V37 aspecifica nei neonati (data ammissione = data di nascita) in qualsiasi posizione
941	Codice V39 aspecifica nei neonati (data ammissione = data di nascita) in qualsiasi posizione
941	In tutte le diagnosi Codice 765.09 Gravemente immaturo con peso > 2500 grammi
223	Neonato sano con DRG diversi da 389, 390, 391
305	Codifica di patologia non specifica su neonato
306	Codifica di patologia non congruente con il peso su neonato
782	DRG 370-375 (parto) senza V27._
782	DRG 376,377 (puerperio) con V27._
782	DRG 382 (falso travaglio) con V27._
782	DRG 383,384 (pre parto) con V27._
221	Euroscore non valorizzato su SDO cardiologiche (Commissione cardiologica regionale)
737	Euroscore invalido (campo alfanumerico che va da 0 a 30)
307	Codifica di Stent Coronario incompleta

## Referenti Regionali

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali  
 Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia Romagna  
 V.le Aldo Moro n. 21  
 40128 Bologna

Giuseppina Lanciotti  
 Tel 051/6397428  
[glanciotti@regione.emilia-romagna.it](mailto:glanciotti@regione.emilia-romagna.it)

Monica Merlin  
 Tel 051/6397429  
[mmerlin@regione.emilia-romagna.it](mailto:mmerlin@regione.emilia-romagna.it)

Cristiano Visser  
 Tel 051/6397416  
[cvisser@regione.emilia-romagna.it](mailto:cvisser@regione.emilia-romagna.it)