

## **Circolare n. 23 del 23/12/1999 concernente “Norme per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera - Anno 2000”**

L'anno 2000 costituisce un importante spartiacque nell'ambito della compilazione e gestione della Scheda Nosologica Individuale / Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

A far data dal primo gennaio dell'anno 2000, si rende obbligatorio per tutte le strutture pubbliche e private l'adozione del sistema di Classificazione Internazionale delle Malattie, Modificazione Clinica relativa all'anno 1997, ovvero l'ICD9CM.

L'introduzione del sistema di classificazione dei DRGs, ha sostanzialmente sempre adottato l'ICD 9 CM, ma non essendo disponibile in Italia una traduzione ufficiale dei volumi dell'ICD 9CM, si ricorreva alla codifica delle diagnosi riportate sulla scheda di dimissione in ICD 9 e all'utilizzo di una tabella di conversione per la transizione da ICD 9 ad ICD9 CM.

La recente pubblicazione a cura del Ministero della Sanità, della traduzione dei due volumi dell'ICDM 9 CM, versione 1997, ha costituito la prima tappa di un processo che prevede la revisione del disciplinare tecnico “D.M. 26 luglio 1993 “Disciplina del flusso informativo dei dimessi dagli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati”.

La normativa ministeriale, a tutt'oggi in essere, relativamente all'utilizzo del sistema di classificazione da adottare per la compilazione e la codifica delle informazioni riportate nella SDO, è riportata nel disciplinare tecnico succitato ed è in tale vigente decreto che si indica quale sistema di Classificazione Internazionale per le diagnosi l'ICD9 (Classificazione delle malattie, traumatismi e cause di morte 9<sup>a</sup> Revisione 1975)

Pertanto, pur non essendo stato emanato il Decreto atto a modificare i contenuti del D.M. del 26 Luglio 1993, finalizzata all'introduzione dell'ICD9 CM a partire dal 1 gennaio 2000 su tutto il territorio nazionale, questa Regione darà avvio all'utilizzo del nuovo sistema di classificazione.

Quest'ultimo, consentirà in virtù della maggior specificità clinica data dal maggior numero di codici, un indubbio progresso nel codificare in modo più preciso e consono al linguaggio medico di quanto consentisse il sistema ICD 9, nonché una migliore descrizione della casistica trattata.

L'Agenzia Sanitaria Regionale per supportare il cambiamento ha già realizzato un primo momento formativo destinato agli operatori delle Aziende Sanitarie pubbliche e private, formazione che continuerà nel 2000 con l'organizzazione di seminari di approfondimento per garantire, nell'ambito regionale, il più omogeneo ed adeguato utilizzo del sistema ICD 9 CM.

Alla luce dell'evolutive contesto di riferimento la revisione del tracciato record e l'introduzione di nuovi campi, pur rispondendo all'esigenza di giungere ad una ricomposizione organica della gestione della SDO, non prevederà radicali modifiche in attesa della normativa Nazionale e della sua applicazione a decorrere dalla data di pubblicazione.

Si sottolinea la necessità di adeguarsi a quanto previsto dalla Legge del 31/12/96 N° 675 “Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali” entrata in vigore l'8/05/97, e successive integrazioni in merito alla riservatezza dei dati.

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

Distinti saluti.

L'ASSESSORE ALLA SANITA'  
Giovanni Bissoni

# NORME PER LA GESTIONE DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

ANNO 2000

## INDICE

### PARTE PRIMA

La Scheda di Dimissione Ospedaliera: compilazione e codifica delle variabili	<b>PAG.1</b>
Elenco della modalità di codifica di tutte le informazioni	<b>PAG.4</b>
Tracciato SDO 2000	<b>PAG.16</b>

### PARTE SECONDA

Sistemi di controllo	<b>PAG.18</b>
Scadenze	<b>PAG.21</b>
Modalità d'invio	<b>PAG.23</b>

## PARTE PRIMA

### LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

#### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE VARIABILI

#### Introduzione

La SDO, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati è parte integrante della cartella clinica di cui assume le stesse valenze di carattere medico-legale, costituendo, pertanto, una rappresentazione sintetica e coerente delle informazioni contenute nella cartella clinica stessa.

Si sottolinea la valenza della corretta codifica delle informazioni cliniche e si ribadisce che la codifica deve essere effettuata da personale, preferibilmente , sanitario adeguatamente formato poiché tale compito richiede un'accurata conoscenza delle classificazioni adottate e della terminologia usata.

I compilatori devono scrivere in modo leggibile e con una terminologia comprensibile ed uniforme per permettere una corretta codifica. La revisione di tutti i casi di dubbia codifica deve essere concordata con il sanitario che ha formulato la diagnosi e compilato la scheda.

La necessità di porre la massima attenzione nei confronti della propria organizzazione interna, da parte di ogni singola struttura sia pubblica sia privata, ai fini della corretta gestione del flusso, conferma l'esigenza che tutte le SDO vengano completate, sotto la responsabilità del Dirigente medico responsabile dell'Unità operativa, non oltre 10 gg dalla data di dimissione del paziente.

La 10° versione del Grouper, attualmente in uso, rappresenta la versione ufficiale fornita dal Ministero e rimane tuttora valida per i flussi informativi intercorrenti tra la Regione ed il Ministero, nonché ai fini degli scambi di mobilità sia interregionale sia infraregionale.

La tabella di transcodifica finora adottata, che consentiva di convertire i codici ICD9 in codici ICD9CM pertanto non verrà più utilizzata, e si dovrà adottare dal 1 gennaio del nuovo anno la codifica diretta in ICD 9 CM versione 1997.

In attuazione alla legge del 31/12/96 N° 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" entrata in vigore l'8/05/97 e successive integrazioni, viene garantita la riservatezza dei dati nel rispetto dell'adozione di misure di sicurezza per salvaguardare le banche dati.

Per quanto concerne le Linee Guida generali alla selezione e codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e / o procedure diagnostiche e terapeutiche, si rinvia alla revisione marzo 1999 delle Linee Guida a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

Per garantire l'adeguato supporto tecnico e la corretta codifica le Linee Guida sopra citate saranno integrate ed inviare alle Aziende Sanitarie.

Alla luce del contesto di riferimento e al fine di giungere ad una ricomposizione organica della gestione della SDO, si evidenziano i sottoelencati punti, alcuni dei quali rappresentano delle innovazioni, altri la riaffermazione di quanto esplicito in precedenti documenti.

#### ➤ **TRASFERIMENTI**

I trasferimenti di pazienti fra stabilimenti afferenti allo stesso Presidio devono essere considerati come trasferimenti interni fra le varie unità operative e non come accettazioni dall'esterno.

In questo caso deve essere compilata un'unica Scheda di Dimissione Ospedaliera.

#### ➤ **LA SCHEDA DI CONTINUAZIONE**

Per una corretta descrizione del caso trattato si conferma quanto indicato con nota Prot. n. 41510 del 9 ottobre 1997, avente per oggetto " Scheda nosologica di continuazione". Si evidenzia inoltre, che la scheda di continuazione può essere attivata anche per le diagnosi secondarie.

#### ➤ **RILEVAZIONE DELLE INFEZIONI INSORTE DURANTE IL RICOVERO**

Le infezioni ospedaliere sono infezioni che insorgono durante il ricovero in ospedale, o in alcuni casi dopo che il paziente è stato dimesso, e che non erano manifeste clinicamente, né in incubazione al momento dell'ammissione (Moro 1993).

L'incidenza delle infezioni ospedaliere di cui allo stato attuale non si ha una precisa stima, in virtù della disomogenea o carente rilevazione delle stesse, impone, alla luce dei recenti riferimenti normativi (Piano Sanitario Nazionale e Regionale), l'attivazione di un sistema di sorveglianza, in quanto eventi frequenti (interessa il 5-10% dei ricoverati. Fonte PSN 98-2000), con rilevanti implicazioni economiche e danno, anche grave, sulla salute del paziente.

L'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, ha previsto per la definizione degli obiettivi di salute nelle aree prioritarie di intervento individuate dal PSR 1999-2001 e dal PSN 1998-2000, la costituzione di gruppi di lavoro tra cui rientra anche quello per le infezioni ospedaliere.

In tale contesto di riferimento, si sottolinea l'importanza nell'ambito della descrizione del caso trattato di riportare sulla SDO le infezioni insorte durante il ricovero, fermo restando

l'assunto che sono deputati al monitoraggio delle stesse, i sistemi di sorveglianza e controllo attivati all'interno delle Aziende.

#### ➤ **SCORE**

Nell'ambito dell'audit clinico avviato dalla Regione Emilia Romagna relativamente alle strutture cardiocirurgiche regionali accreditate, è stata istituita una Commissione (composta da 5 cardiologi, 1 cardiocirurgo ed 1 anestesista appartenenti a strutture pubbliche e private) con il mandato di verificare i seguenti ambiti:

1. Valutazione della mortalità ospedaliera rapportata alla severità dei casi
2. Individuazione di comportamenti opportunistici
3. Valutazione di alcune tappe del processo terapeutico.

La medesima Commissione Cardiologica Regionale ha deciso per l'anno 2000 che le strutture cardiocirurgiche regionali accreditate - Azienda Ospedaliera di Parma e Azienda Ospedaliera di Bologna, per il privato Salus di Reggio Emilia, Hesperia Hospital di Modena, Villa Torri di Bologna, Villa Maria Cecilia di Cotignola (RA) - rilevino, oltre lo score di J.V. Tu e coll., 1995 (score di severità di riferimento adottato che è stato fino ad oggi rilevato su scheda ad hoc prevista nella documentazione clinica e che continuerà ad essere riportato nella cartella clinica,) un ulteriore score, **l'Euroscore**, da inserire nell'apposito campo della SDO.

#### ➤ **MODALITA' PER GESTIRE LE TEMPORANEE ASSENZE**

Dal 2000 è possibile identificare quando il paziente interrompe il decorso della degenza per temporanea assenza, ascrivibile sia a fattori organizzativi che a fattori legati alla natura del percorso terapeutico.

La gestione del fenomeno è possibile attraverso l'utilizzo di un codice di unità operativa fittizio (codice 9901). (Vedi unità operativa di trasferimento)

#### ➤ **DATA DI PRENOTAZIONE**

Al fine di monitorare le liste di attesa dei ricoveri ospedalieri si introduce un nuovo campo nella SDO, che è finalizzato a rilevare la data con la 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.

#### ➤ **ANNULLAMENTO IMPORTI**

Nell'ambito dell'attività di controllo interno relativamente ai ricoveri ripetuti 0/1giorno, e nel caso in cui la struttura autocertifichi l'annullamento dell'importo della scheda, è data la possibilità alle Aziende Sanitarie e Case di Cura di comunicare l'avvenuto annullamento dell'importo attraverso un nuovo campo "flag di annullamento".

#### ➤ **DAY SURGERY / ONE DAY SURGERY**

Il campo Motivo del ricovero è stato ampliato inserendo due nuove modalità di codifica: 5 Day Surgery e 6 One Day Surgery.

Con l'accezione Day Surgery si indica " la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero a ciclo diurno, in anestesia locale, locoregionale o generale.

Si indica, invece, con one day surgery l'osservazione postoperatoria comprendente il pernottamento. " Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, aprile 1996.

L'introduzione di quest'ultima modalità prevede l'adozione di un'unica Scheda di Dimissione Ospedaliera, ed il campo n. 35 (Numero di Accessi in ricovero Diurno) continua ad

essere compilato riportando il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatto con la struttura.

➤ **RICOVERO PROGRAMMATO CON PREOSPEDALIZZAZIONE**

Il campo Tipo di Ricovero è stato ampliato prevedendo la modalità del ricovero programmato con preospedalizzazione.

Le prestazioni erogate nel prericovero e connesse al ricovero programmato, possono essere inserite e riportate in cartella clinica come da Legge 23 Dicembre 1996, n.662 collegata alla finanziaria per il 1997, art. 1, comma 18.

Pertanto, sulla SDO possono essere trascritte le procedure eseguite in data precedente all'ammissione.

➤ **MODALITA' DI DIMISSIONE**

In questo campo sono state previste delle sottospecifiche, in particolare nell'ambito della modalità:

2 Dimissione ordinaria al domicilio del paziente, si indica di codificarlo anche per identificare i casi in cui la struttura erogante la prestazione non è giunta al completamento dell'iter diagnostico e terapeutico e prevede in conformità alla normativa in atto (Delibera Giunta regionale n. 1296 del 27/7/98 e Circolare n. 9 del 14/6/99) il continuum dell'iter in regime di non ricovero.

Per tale fattispecie, pertanto, sulla SDO possono essere trascritte le procedure eseguite in data posteriore alla data di dimissione.

➤ **IMPORTO TICKET**

L'introduzione di questo nuovo campo è finalizzato alla più adeguata definizione dell'importo tariffario del caso trattato. Infatti sottraendo alla tariffa la valorizzazione dell'importo del ricovero diagnostico soggetto a ticket si giunge al valore netto della tariffa.

## ELENCO DELLA MODALITÀ DI CODIFICA DI TUTTE LE INFORMAZIONI

L'articolazione in sezioni delle informazioni contenute nella SDO è finalizzata ad una migliore fruizione del documento, la sequenza del tracciato resta, invece, invariata ed i nuovi campi sono stati aggiunti alla fine.

### ◆ PRIMA SEZIONE

Indicazioni relative alla parte anagrafica della SDO che rileva i dati identificativi dell'istituto di ricovero e del paziente.

### ◆ SECONDA SEZIONE

Indicazioni relative alle modalità del ricovero ed in misura più ampia dell'accettazione.

### ◆ TERZA SEZIONE

Indicazioni relative alle modalità di trasferimento e dimissione del paziente.

### ◆ QUARTA SEZIONE

Indicazioni relative in senso specifico ai dati strettamente sanitari.

### ◆ QUINTA SEZIONE

Indicazioni relative in senso specifico a dati strettamente economici.

## PRIMA SEZIONE

### 1. CODICE AZIENDA

Codice dell'Azienda su cui insiste il presidio ospedaliero/casa di cura.

*Codifica:* Codice Circolare regionale n°36 Anno 1994.

### 2. CODICE PRESIDIO

Codice di identificazione dell'istituto o presidio/casa di cura

*Codifica:* Codice Ministero della Sanità Modelli HSP a 6 cifre.

### 3. SUB-CODICE CHE IDENTIFICA LO STABILIMENTO DI DIMISSIONE

Sub-codice dello stabilimento. Questo campo va compilato solo da parte delle strutture pubbliche laddove insiste sullo stesso presidio più di uno stabilimento.

*Codifica:* Codice Ministero della Sanità Modelli HSP a 2 cifre.

### 4. NUMERO PROGRESSIVO DI SCHEDA

Numero di identificazione del ricovero che corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.

*Codifica:* le prime 2 cifre identificano l'anno, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno che deve coincidere con il n. di cartella clinica.

Il n. di pratica è univoco all'interno del Presidio e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno. La numerazione dei ricoveri in regime ordinario e di quelli in regime day-hospital non deve sovrapporsi.

ES. 2 cifre per l'anno, 6 cifre per il n. di pratica (es. 1° ricovero del 2000: 00000001).

### 5. COGNOME

Tale informazione va fornita obbligatoriamente solo per gli stranieri non residenti e per i neonati sprovvisti di codice fiscale ufficiale.

### 6. NOME

vedi cognome.

## 7. SESSO

*Codifica:*

1=maschio

2=femmina

## 8. 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. Riportare giorno, mese ed anno di nascita (l'anno deve essere a 4 cifre).

*Codifica:* Scrivere nella forma GGMMAAAA.

## 9. 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 server della SDO che sostituisce il file messo a disposizione il 7/10/99 con nota Prot.40457/AGS).

Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato (come scritto nella nota sovracitata)

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

## 10. STATO CIVILE

Si identifica lo stato civile del paziente al momento del ricovero.

*Codifica:*

1 = celibe/nubile

2 = coniugato/a

3 = vedovo/a

4 = separato/a

5 = divorziato/a

**6= non dichiarato**

## 11. COMUNE DI RESIDENZA ANAGRAFICA

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.

## 12. CITTADINANZA

Riportare la cittadinanza tenendo presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza (molti residenti in Emilia Romagna hanno cittadinanza diversa da quella italiana).

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

## 13. CODICE FISCALE

Identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed è costituito dal codice fiscale ufficiale, ovvero quello del Ministero delle Finanze ( legge 412/91). Per gli stranieri non residenti non viene compilato il campo codice fiscale e vanno obbligatoriamente indicati il nome e cognome. Anche per quanto riguarda il neonato, qualora non si disponesse del codice fiscale ufficiale si ricorre alla compilazione del nome e cognome. **Qualora il codice fiscale attribuito dal Ministero delle Finanze fosse incongruente con il comune di nascita il sesso e la data di nascita inviare via fax contestualmente all'invio dei dati la fotocopia del codice fiscale ed eventualmente la**

**Carta d'identità (oscurando Nome e Cognome) con il numero progressivo della scheda nosologica.**

*Codifica:* AAAAAANNANNANNA (codice fiscale); A=carattere alfabetico  
N=carattere numerico.

**14. REGIONE DI ASSISTENZA**

E' la Regione in cui il soggetto è iscritto per l'assistenza medico generica. Tenere presente che la Regione di assistenza può essere diversa da quella di residenza.

*Codifica:* Codice Ministero Sanità a 3 cifre.

**15. AZIENDA SANITARIA DI ASSISTENZA**

E' l'Azienda unità sanitaria locale che comprende il comune o frazione di comune nelle cui liste il paziente è iscritto per l'assistenza medico generica.

*Codifica:* Codice Ministero Sanità a 3 cifre.

**Per gli stranieri non iscritti al SSN: non compilare.**

**N.B.: Per le città multi USL non è più resa obbligatoria la rilevazione, in quanto il campo in oggetto è reso facoltativo, come già contemplato nella circolare n. 9 del 1999 avente per oggetto "La compensazione della mobilità sanitaria".**

**16. CODICE DEL MEDICO DI BASE**

E' il codice fiscale identificativo del medico di base del paziente, al momento del ricovero.

*Codifica:* AAAAAANNANNANNA (codice fiscale); A=carattere alfabetico  
N=carattere numerico.

*Questo campo se non è rilevabile non deve essere compilato e va riempito con spazi.*

## **SECONDA SEZIONE**

### 17. REGIME DI RICOVERO

Distingue i ricoveri in regime ordinario da quelli in regime day-hospital.

*Codifica:*

1= ricovero ordinario

2=ricovero in day-hospital

### 18. DATA DI AMMISSIONE

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

In day-hospital, la data è quella del 1° accesso anche per ciclo programmato.

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

*Codifica:* Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

### 19. UNITA' OPERATIVA DI AMMISSIONE

Individua l'unità operativa presso il quale il paziente è ricoverato.

*Codifica:* Codice Ministero della Sanità Modelli HSP a 4 cifre. Le prime due cifre identificano la disciplina, la terza e la quarta sono utilizzate come progressivo all'interno del Presidio per identificare le divisioni.

### 20. ONERE DELLA DEGENZA

Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero.

*Codifica:*

1 = S.S.N. (ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale)

2=ricovero a carico del SSN con rimborso spese alberghiere a carico del paziente

3 =rimborso (ricovero con rimborso a carico SSN= assistenza indiretta)

4=solvente (ricovero a totale carico del paziente)

5=altro (ricovero di pazienti stranieri provenienti da paesi Convenzionati con il SSN o di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza , o altro)

6=libera professione intramuraria in strutture pubbliche

### 21. PROPOSTA DI RICOVERO

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

*Codifica:*

1=paziente inviato dal medico di base

2=guardia medica

3=paziente inviato da uno specialista ambulatoriale (compreso l'ambulatorio dell'ospedale)

4=ricorso diretto

5=trasferito da altro istituto pubblico

6=trasferito da altro istituto privato

7=Dipartimento Salute Mentale

**8=Paziente trasferito da altro Regime di ricovero (Regime diurno)**

#### **ESEMPI:**

- Per l'identificazione dei ricoveri presso gli Istituti privati di pazienti inviati dai PS degli istituti pubblici, si utilizza la modalità di codifica ricorso diretto.
- Per l'identificazione dei ricoveri presso gli Istituti pubblici di pazienti inviati dai PS di altri istituti pubblici, si utilizza la modalità di codifica ricorso diretto.

## 22. TIPO DI RICOVERO

Utilizzare questa variabile per tutti i ricoveri in regime ordinario.

*Codifica:*

1= ordinario

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= Trattamento sanitario Volontario

**5=Ricovero programmato con preospedalizzazione**

**Qualora sia attivata la modalità di ricovero n. 5 nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione.**

## 23. MOTIVO DEL RICOVERO

Da compilare per tutti i ricoveri, compresi i day-hospital.

*Codifica:*

1=primo ricovero per la specifica diagnosi (primo ricovero, nello stesso istituto di cura o in altri, per la specifica patologia)

2=ricovero successivo per la stessa diagnosi (se il paziente è stato precedentemente dimesso, con la medesima diagnosi principale, dallo stesso o da altro istituto di cura: comprende casi di esacerbazione, recidive.)

3 =ricovero elettivo per intervento chirurgico (usare questo codice solo se il ricovero è stato programmato per eseguire un intervento chirurgico)

4=controllo o ciclo di terapia programmata

**5=day surgery**

**6=one day surgery**

## 24. TRAUMA O INTOSSICAZIONE

Da compilare quando la diagnosi principale equivale a traumatismi o intossicazioni.

Da compilare anche in caso di ricoveri successivi al primo per lo stesso problema.

*Codifica:*

1=infortunio sul lavoro

2=incidente stradale

3=lesione accidentale

4=opera terzi

5=autolesione

6=morso animale

7=incidente sportivo

8=intossicazione

9=altra lesione accidentale

## 25. LUOGO

Da compilare solo in caso di traumatismi o intossicazioni.

*Codifica :*

1= domicilio

2= esterno

### **TERZA SEZIONE**

#### 26. 28. 30. DATA 1°, 2°, 3° TRASFERIMENTO

Riportare la data in cui il paziente viene trasferito in un'altra unità operativa.

*Codifica:* GGMMAAAA

#### 27. 29. 31. 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).

### **MODALITA' PER GESTIRE LE TEMPORANEE ASSENZE**

#### **1°Esempio**

Computo gg di degenza per temporanea assenza senza pernottamento in struttura

DATE	UNITA' OPERATIVE	GIORNATE
ammissione 12/01/2000	ammissione 2601	2
1 trasferimento 14/01/2000	1 trasferimento 0801	6
2 trasferimento (temporanea assenza) 20/01/2000	2 trasferimento 9901	2
3 trasferimento 22/01/2000	3 trasferimento 0801	4
dimissione 26/01/2000	Dimissione 0801	0

#### **2°Esempio**

Computo gg di degenza per temporanea assenza con pernottamento in struttura

DATE	UNITA' OPERATIVE	GIORNATE
ammissione 23/03/2000	ammissione 3601	4
1 trasferimento (temporanea assenza) 27/03/2000	1 trasferimento 9901	0
2 trasferimento 27/03/2000	2 trasferimento 3601	4
dimissione 31/03/2000	dimissione 3601	0

**Per una corretta descrizione del caso trattato qualora le unità operative di trasferimento siano superiori a tre, si conferma quanto indicato con nota Prot. n. 41510 del 9 ottobre 1997, avente per oggetto “ scheda nosologica di continuazione”.**

#### 32. UNITA' OPERATIVA DI DIMISSIONE

Indica l'Unità operativa che dimette il paziente.

*Codifica :* vedi variabile unità operativa di ammissione.

#### 33. DATA DI DIMISSIONE O DI MORTE

Riportare giorno, mese ed anno.

In regime di day-hospital, 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.

#### 34. 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 (**anche quando il paziente torna in ospedale per completare l'iter diagnostico/terapeutico come da Giunta regionale n.1296 del 27/7/98 e Circolare 9 del 14/6/99**)

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

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

5=dimissione volontaria

6=trasferito ad altro ospedale per acuti

7=trasferito ad altro regime di ricovero

8=dimissione presso una struttura residenziale per pazienti psichiatrici

**9=Dimissione Ordinaria presso Struttura per Lungodegenza – Riabilitazione (questa modalità di codifica equivale per il grouper alla modalità numero 3)**

#### 35. .NUMERO DI ACCESSI IN RICOVERO DIURNO

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno 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.

*Codifica:* Si adotta una scheda cumulativa unica per l'intero ciclo .

#### 36. RISCONTRO AUTOPTICO

Compilare solo e sempre in caso di decesso.

*Codifica:*

1=SI (riscontro autoptico effettuato)

2=NO (riscontro autoptico non effettuato)

## QUARTA SEZIONE

### 37. 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.

*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.

### 38. 39. 40. 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 la durata della degenza.

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.

*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**

### 41. DATA INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE

*Codifica:* scrivere la data dell'intervento nella forma GGMMAAAA.

### 42. DATA PRENOTAZIONE

Data con la 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 la data della prenotazione nella forma GGMMAAAA

### 43. INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE O PARTO

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero.

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.

### 44. 46. 48. DATA ALTRI INTERVENTI O PROCEDURE

*Codifica:* scrivere nella forma **GGMMAAAA**

### 45. 47. 49 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, si conferma quanto indicato con nota Prot. n. 41510 del 9 ottobre 1997, avente per oggetto “ scheda nosologica di continuazione”**

**50. PESO ALLA NASCITA IN GRAMMI**

(Da compilarsi per tutti i neonati)

Riportare il peso alla nascita espresso in grammi per neonati di età compresa tra 0 e 28 giorni.

*Codifica* : NNNN ; (N = carattere numerico).

**51. ETÀ GESTAZIONALE**

(Da compilarsi per tutti i neonati)

Riportare l'età gestazionale espressa in settimane per neonati di età compresa tra 0 e 28 giorni.

*Codifica* : NN ; (N = carattere numerico).

**52. SEQUENZA DI NASCITA IN CASO DI PARTO GEMELLARE**

Riportare l'ordine di nascita del neonato. In caso di parto singolo riempire con zero.

*Codifica* : N ; (N = carattere numerico).

**53. CODICE PRESIDIO DELLA SCHEDA DI PARTO DELLA MADRE**

vedi Codice Presidio.

**54. CODICE STABILIMENTO DELLA SCHEDA DI PARTO DELLA MADRE**

vedi Codice Stabilimento

**55. NUMERO PROGRESSIVO DI SCHEDA DELLA SCHEDA DI PARTO DELLA MADRE**

Vedi Numero progressivo

**56. GIORNATE DI DEGENZA IN TSO**

Questo campo va compilato nei seguenti casi :

- a) Un paziente entra nella struttura per effettuare un TSO e durante il ricovero non viene modificata la tipologia di trattamento per cui occorre indicare il N° di giornate di degenza relative a tutto il ricovero che in questo caso coincide con la differenza tra la data di dimissione e quella di ammissione
- b) Un paziente entra nella struttura per effettuare un TSO e durante il ricovero viene modificata la tipologia di trattamento (da TSO a TSV) ; in questo caso occorre indicare il N° di giornate di degenza relative al TSO nel campo TSOGG
- c) Un paziente entra nella struttura per effettuare un TSV e durante il ricovero viene modificata la tipologia di trattamento (da TSV a TSO) ; in questo caso occorre indicare il N° di giornate di degenza relative al TSO nel campo TSOGG

Nel caso in cui la modifica del tipo di ricovero da Trattamento Sanitario Obbligatorio a Trattamento Sanitario Volontario, avvenga nell'ambito della stessa giornata di ricovero, va indicato 1 nel campo GIORNATE DI DEGENZA IN TSO anche se la differenza fra le date è zero.

*Codifica*: NNN (N = carattere numerico)

**57. SCORE**

Lo score di severità adottato nell'ambito dell'audit clinico relativamente alle strutture di cardiocirurgia, deve essere rilevato esclusivamente dalle strutture cardiocirurgiche accreditate come esplicitato nella parte iniziale del documento.

*Codifica*: AA (Euroscore) ; A=carattere alfanumerico

## **QUINTA SEZIONE**

### 58. DRG

Da compilare per verifica regionale.

*Codifica* : Codice calcolato dal Grouper locale versione 10, (si rinvia a pag 22 per le maggiori specificità)

### 59. IMPORTO

Tariffa del caso espressa in £ calcolata secondo la Normativa regionale/nazionali vigenti o particolari contratti interaziendali.

*Codifica* : NNNNNNNNN ; N = carattere numerico

### 60. POSIZIONE CONTABILE

Questo campo viene utilizzato per indicare la posizione delle prestazioni nei confronti di eventuali contestazioni.

*Codifica* :

1=schede appartenenti al trimestre di competenza (primo invio)

2=schede recuperate dal **trimestre precedente** non ancora inviate o inviate nel trimestre di competenza e non entrate in banca dati perché scartate (controlli di 1° livello)

3=schede già entrate in banca dati ma modificate da parte delle Aziende entro l'anno

4=schede già entrate in banca dati che si vogliono eliminare definitivamente

**In merito al regime di ricovero Day-Hospital si precisa che, per problemi organizzativi a livello aziendale, possono essere inviate schede con posizione contabile 2 anche relative a trimestri precedenti.**

### 61. TICKET

Questo campo va compilato nel caso di **Day-hospital diagnostico**.

*Codifica* :

1=Ricovero diagnostico soggetto a ticket

2=Ricovero diagnostico non soggetto a ticket per qualsiasi motivo (patologia, età, reddito etc.)

### 62. LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA

Questo campo va compilato solo nel caso in cui l'onere della degenza assume valore 6.

*Codifica* :

1= solo assistenza sanitaria

2= intero ricovero in libera professione

### 63. ANNULLAMENTO DELL'IMPORTO

Questo campo risultante dall'attività di controllo interno relativamente ai ricoveri ripetuti 0/1giorno, permette alle strutture di comunicare l'annullamento dell'importo della scheda.

*Codifica* :

1= annullato importo

2= non annullato importo

#### **64. IMPORO TICKET**

Questo campo va compilato quando il campo 61 "Ticket" assume valore 1.

Si deve riportare il valore espresso in £ come previsto dalla Normativa vigente.

*Codifica* :NNNNNNNNN ; N = carattere numerico

Il tracciato record di seguito riportato costituisce l'unico modello di rilevazione valido, come base di riferimento per la valorizzazione economica delle prestazioni e titolo indispensabile per il pagamento delle stesse, pertanto tale tracciato ha validità sia per la compensazione infraregionale fra aziende sanitarie, che per la fatturazione diretta delle case di cura.

### TRACCIATO SDO 2000

POSIZIONE	FORMATO	DESCRIZIONE
001-003	A3	Codice azienda del presidio
004-009	N6	Codice presidio
010-011	A2	Sub codice
012-019	N8	N° progressivo di scheda
020-020	N1	Regime di ricovero
021-036	A16	Codice fiscale
037-037	N1	Sesso
038-038	N1	Stato civile
039-044	N6	Comune di nascita
045-052	N8	Data nascita
053-058	N6	Comune di residenza
059-061	N3	Regione assistenza
062-064	N3	Azienda di assistenza
065-080	A16	Codice fiscale medico di base
081-081	N1	Eventuale trauma
082-082	N1	Luogo del trauma
083-083	N1	Onere della degenza
084-091	N8	Data ricovero
092-095	A4	Unità operativa di ammissione
096-096	N1	Tipo di ricovero
097-097	N1	Proposta di ricovero
098-098	N1	Motivo di ricovero
099-106	N8	Data 1° trasferimento
107-110	A4	Unità operativa 1° trasferimento
111-118	N8	Data 2° trasferimento
119-122	A4	Unità operativa 2° trasferimento
123-130	N8	Data 3° trasferimento
131-134	A4	Unità operativa 3° trasferimento
135-142	N8	Data intervento principale
143-146	A4	Codice intervento principale
147-154	N8	Data altro intervento chirurgico 1°
155-158	A4	Codice altro intervento 1°
159-166	N8	Data altro intervento chirurgico 2°
167-170	A4	Codice altro intervento 2°
171-178	N8	Data altro intervento chirurgico 3°
179-182	A4	Codice altro intervento 3°
183-183	N1	Modalità di dimissione
184-184	N1	Riscontro autoptico
185-189	A5	Codice diagnosi principale
190-194	A5	Codice patologia concomitante 1
195-199	A5	Codice patologia concomitante 2
200-204	A5	Codice patologia concomitante 3
205-207	N3	N° di accessi in DH
208-215	N8	Data di dimissione

POSIZIONE	FORMATO	DESCRIZIONE
216-219	A4	Unità operativa di dimissione
220-222	N3	Cittadinanza
223-226	N4	Peso alla nascita in grammi
227-228	N2	Età gestazionale in settimane
229-258	A30	Cognome assistito
259-278	A20	Nome assistito
279-281	A3	DRG attribuito dal grouper
282-290	N9	Importo attribuito
291-291	A1	Posizione contabile
292-292	N1	Ticket
293-295	N3	Giorni trascorsi in tso
296-296	N1	Libera prof. Intramoenia
297-297	N1	Sequenza nascite gemellari
298-303	N6	Codice presidio madre
304-305	A2	Codice stabilimento madre
306-313	N8	N° progressivo di scheda madre
314-315	A2	Punteggio Euroscore
316-323	N8	Data prenotazione
324-324	A1	Flag annullamento importo
325 - 333	N 9	Importo Ticket
334-340	A7	Campo riservato a spazi

I campi alfanumerici sono allineati a sinistra e riempiti con spazi, i campi numerici sono allineati a destra e riempiti con zero

## PARTE SECONDA

### **SISTEMI DI CONTROLLO**

La Scheda Nosologica Individuale rappresenta la base elementare di rilevazione indispensabile per accedere alla remunerazione per le prestazioni rese in regime di degenza.

L'utilizzazione di tali dati rende particolarmente importante definire puntuali sistemi per la verifica della qualità delle informazioni in termini di accuratezza e completezza affinché non ci siano casi non classificabili o mal descritti.

I controlli logico-formali (1° livello) sulle principali variabili della scheda nosologica, sviluppati presso tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati, garantiscono un uniforme livello di qualità dell'archivio regionale.

#### **Controlli di I livello**

Le schede nosologiche con errori formali anche in una sola variabile tra quelle ritenute fondamentali non verranno caricate nella banca dati centrale. Sono stati aggiunti nuovi campi e anche nuovi controlli ; è quindi indispensabile che venga aggiornato, presso i presidi ospedalieri, il sistema di controllo locale all'immissione dei dati che garantisca la trasmissione di schede che rispondano ai requisiti minimi concordati.

Viene di seguito riportata la lista dei controlli di I livello da aggiornare localmente.

Le schede che non supereranno i controlli di I livello (implementati anche a livello centrale) verranno restituite all'Azienda di competenza la quale apporterà le correzioni necessarie e provvederà a reinviarle insieme ai dati del trimestre successivo pena l'esclusione dall'archivio regionale (in un unico file). Un ulteriore controllo (solo centralmente) verrà implementato per la verifica dell'informazione relativa alla posizione contabile : tale variabile assume valore 1 se si tratta di una scheda inviata per la prima volta e relativa al trimestre di competenza, 2 se si tratta di una scheda inviata per la prima volta e relativa al trimestre precedente o già inviata e scartata, 3 se si tratta di una sostituzione di una scheda già presente in banca dati (quest'ultima verrà automaticamente annullata senza bisogno che le Aziende mandino contemporaneamente una scheda con posizione contabile 4)

### Lista dei controlli da effettuare localmente :

1. Codice fiscale presente e formalmente corretto per i cittadini residenti in Italia e Nome e Cognome obbligatori in caso di cittadini stranieri senza residenza e neonati non in possesso ancora del codice fiscale ufficiale
2. Codice dell'Azienda di ricovero presente e valido
3. Codice Presidio presente e valido e congruente con il codice Azienda
4. Sub-Codice Stabilimento valido e congruente con il codice Presidio (spazi per le Case di Cura, le Az.Ospedaliere e per i presidi con un unico stabilimento)
5. Numero progressivo della scheda presente e congruente con la data di ricovero e congruente con la posizione contabile
6. Regime di ricovero presente e valido
7. Giorni di Day-Hospital presenti e  $>0$  e  $<365$  per regime di ricovero=2
8. Sesso presente e valido
9. Data di nascita presente e valida e anteriore o uguale alle date di ricovero/dimissione
10. Comune di residenza presente e valido
11. Unità operativa di ammissione presente e valido rispetto ai flussi Ministeriali HSP e aperto alla data di ricovero
12. Unità operativa di dimissione presente e valido rispetto ai flussi Ministeriali HSP e aperto alla data di dimissione e appartenente all'ospedale individuato dal subcodice
13. Unità operative di trasferimenti validi rispetto ai flussi Ministeriali HSP e aperto alla data di trasferimento
14. Data di ricovero presente e valida e anteriore o uguale alla data di dimissione
15. Data di dimissione presente e valida e successiva o uguale alla data di ricovero/nascita
16. Data di trasferimento valida e congruente con la data di ricovero/dimissione. Ogni data di trasferimento deve essere successiva alla data del trasferimento precedente o alla data di ricovero
17. Onere della degenza presente e valido
18. Tipo di ricovero presente e valido
19. Motivo del ricovero presente e valido
20. Modalità di dimissione presente e valida
21. Riscontro autoptico presente e valido se modalità di dimissione=1
22. Codici intervento/ procedure validi e compatibili con sesso se intervento principale
23. Date intervento/procedura presenti e valide e congruenti con le date di ricovero/dimissione in presenza di codice intervento/procedura (**con tipo di ricovero = 5 le date intervento/procedura possono essere anteriori alla data di ammissione e con modalità di dimissione=2 le date intervento/procedura possono essere posteriori alla data di dimissione**)
24. Diagnosi principale presente e **valida**<sup>1</sup> e compatibile con sesso ed età
25. Diagnosi secondarie valide
26. Posizione contabile presente e congruente con il trimestre di invio
27. Trauma valido
28. Luogo trauma presente e valido se trauma è impostato
29. Se il neonato sano è dimesso dall'unità operativa 31 non ci possono essere trasferimenti e unità operativa di ammissione=31.
30. Se è compilato un campo relativo alla scheda della madre devono essere compilati tutti (codice presidio, subcodice e n° progressivo)
31. Nessun trasferimento in regime di ricovero=2 ; l'unità operativa di ammissione può essere diversa da quella di dimissione in caso di ricodifica delle unità operative
32. Se regime di ricovero=1 l'unità operativa di dimissione deve essere uguale a quella dell'ultimo trasferimento oppure all'unità operativa di ammissione se non ci sono trasferimenti ; nel caso di ricodifica delle unità operative operare un trasferimento
33. Se regime di ricovero=1 ticket=0
34. Comune di nascita presente e valido nel file **TCOMNOS**

---

<sup>1</sup> Validità: il controllo verrà effettuato anche sulla corretta compilazione dei codici a 5 cifre dove previsti

**35.**Codice fiscale congruo con la data di nascita, sesso e il comune di nascita

**36.**Età < 124 anni

**37.**Numero accessi <= (data di dimissione - data di ammissione) in regime=2

**38.**Data di prenotazione se presente valida e non posteriore alla data di ammissione

**39.**Codice unità operativa di ammissione e dimissione  $\neq$  9901 (nel caso in cui il paziente esce per assenza temporanea e non rientra più in ospedale bisogna mettere come unità operativa di dimissione quella dove il paziente era presente quando ha interrotto il decorso della degenza)

**40.**Se motivo di ricovero= 5 o 6, regime di ricovero = 2

## **SCADENZE PER L'INVIO DEI DATI**

### **I° invio entro il 30 aprile 2000**

dati del primo trimestre con posizione contabile 1

### **II° invio entro il 31 luglio 2000**

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 2000**

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 31 gennaio 2001**

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 28 febbraio 2001**

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

### **VI° invio dal 1 al 15 maggio 2001**

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

### **VII° invio entro il 31 ottobre 2001**

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 contestazioni o di errori propri viene data la possibilità alle Aziende Sanitarie di modificare schede presenti in banca dati con posizione contabile 3.

In merito al regime di ricovero Day-Hospital si precisa che, per problemi organizzativi a livello aziendale, possono essere inviate schede con posizione contabile 2 anche relative a trimestri precedenti.

INVIO	SCADENZE	SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA DEL	POSIZIONE CONTABILE
I°	30 Aprile 2000	Primo Trimestre	1
II°	31 Luglio 2000	Secondo Trimestre	1
		Primo Trimestre (schede mai inviate o scarti)	2
		Primo Trimestre (schede già entrate in banca dati da modificare)	3
III°	31 Ottobre 2000	Terzo Trimestre	1
		Secondo Trimestre (schede mai inviate o scarti)	2
		Primo e Secondo Trimestre (schede già entrate in banca dati da modificare)	3
IV°	31 Gennaio 2001	Quarto Trimestre	1
		Terzo Trimestre (schede mai inviate o scarti)	2
		Primo, Secondo e Terzo Trimestre (schede già entrate in banca dati da modificare)	3
V°	28 Febbraio 2001	Quarto Trimestre (schede mai inviate o scarti)	2
		Primo, Secondo, Terzo e Quarto Trimestre (schede già entrate in banca dati da modificare)	3
VI°	15 Maggio 2001	Primo, Secondo, Terzo e Quarto Trimestre (schede già entrate in banca dati da modificare)	3
VII	31 Ottobre 2001	Primo, Secondo, Terzo e Quarto Trimestre (schede già entrate in banca dati da modificare)	3

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

## **MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI**

La trasmissione delle SDO, sia da parte delle Aziende sanitarie sia da parte dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP), dovrà avvenire via FTP con il CED regionale.

Le strutture private associate all'AIOP dovranno inviare i flussi trimestrali alla propria associazione regionale, che tempestivamente provvederà ad inviare i dati al CED della Regione.

Le strutture private non associate all'AIOP dovranno continuare a inviare alla Agenzia Sanitaria Regionale - V.le Aldo Moro n°38, 40127 BOLOGNA le schede su dischetto con le seguenti modalità :

### Caratteristiche fisiche del supporto

1. Dischetti per PC (3.50 72° KB/1.44MB)

Formattazione MS-DOS

Codifica ASCII

Records a lunghezza fissa

Records separati da CR-LF (uno solo)

Tutte le Aziende Sanitarie dovranno inviare una lettera di specifica sul contenuto del file via fax. La trasmissione deve avvenire con periodicità trimestrale rispettando le scadenze sopra indicate.

## **SPECIFICHE SULL' INTEGRAZIONE DA APPORTARE ALLA VERSIONE 10 DEL GROUPER**

**Come già esplicito in fase iniziale del documento lo standard HCFA in vigore per il Ministero della Sanità RESTA A TUTT'OGGI la versione Grouper 10.0.**

**Per poter garantire l'acquisizione delle informazioni codificate con il sistema ICD 9CM 97 attraverso il Grouper versione 10, le Aziende devono installare la 14° versione HCFA del Grouper ed abilitare la versione HCFA 10.0 con standard di codifica ICD 9 CM 97.**

## COMPETENZE CENTRALI

Il seguente paragrafo descrive le principali fasi che competono all'Agenzia Sanitaria Regionale

### CONTROLLI DI 1° LIVELLO

L'Agenzia Sanitaria Regionale a seguito della trasmissione trimestrale dei dati inviate dalle Aziende Sanitarie e Case di Cura, procede alla verifica della qualità e della completezza dei dati della SDO attraverso il sistema edit logico-formale.

Le schede nosologiche che presentano errori o omissioni, anche in una sola variabile ritenuta fondamentale e non superano i controlli di 1° livello, vengono restituite alle Aziende Sanitarie e Case di Cura che, apportate le correzioni necessarie, si attiveranno al rinvio nel trimestre successivo.

Una volta effettuati i controlli, l'Agenzia Sanitaria Regionale procede, per le schede entrate in banca dati, all'attribuzione del DRG e al calcolo dell'importo secondo le normative Regionali e/o Nazionali in materia di tariffe .

### RITORNO INFORMATIVO ALLE STRUTTURE

Il ritorno informativo nei confronti delle strutture rappresenta una delle fasi cruciali attraverso la quale viene gestito il flusso della SDO. Una volta effettuata la fase di controllo e di validazione delle schede , l'Agenzia Sanitaria Regionale provvede a restituire alle strutture competenti , via FTP dopo 20 giorni/un mese dalla data di scadenza del rispettivo invio, diverse tipologie di file:

<b>FILE DI MOBILITA'</b>	<i>schede entrate in banca dati centrale</i>
--------------------------	--

Ogni singolo record contenuto nel file "MOBILITA'" e nel file "SEGNALAZIONE", contiene DRG e importo rispettivamente attribuiti a livello centrale e un flag che consente l'individuazione delle diverse tipologie di schede :

- Mobilità passiva infraregionale (flag 1) - solo per le Aziende USL
- Mobilità attiva infraregionale (flag 2)
- Mobilità attiva extraregionale (comprensiva dei ricoveri effettuati dalle case di cura ubicate sul territorio di competenza) (flag 3)

Le SDO in questione consentono fundamentalmente all'Azienda USL di poter monitorare la propria mobilità passiva infraregionale e le prestazioni rese ai 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.

<b>FILE DI SEGNALAZIONE</b>	<i>schede già entrate in banca dati centrale</i>
-----------------------------	--

- DRG attribuito localmente diverso, da DRG attribuito centralmente (**flag 4**)  
Per consentire il massimo allineamento degli archivi si chiede alle strutture di prendere visione delle schede contenute in questo file relativamente ai DRG diversi , di revisionare le informazioni che contribuiscono alla formazione del DRG e di provvedere al rinvio per la modifica in banca dati.
- Ricoveri ripetuti 0/1g (**flag 5**)  
Le schede con flag 5 appartengono alla tipologia ricoveri ripetuti 0/1 giorno.  
Le Aziende Sanitarie e le Case di Cura che non hanno effettuato una verifica 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.
- Maldefiniti (**flag 6**)  
Per le schede con flag 6 ricoveri maldefiniti le Aziende Sanitarie e le Case di Cura, dopo una revisione sulla qualità della codifica, se riterranno di dover apportare delle modifiche in merito a quei DRG maldefiniti non autorizzati dal gruppo regionale per la codifica potranno rinviare le suddette schede nei trimestri successivi (posizione contabile 3).

**Le SDO relative ai ricoveri ripetuti con finestra temporale 0/1 giorno e ricoveri maldefiniti nel 2000 dovranno essere controllate dalla struttura secondo le modalità previste già per l'anno 1999 .**

**I verbali relativi ai controlli interni obbligatori non dovranno essere più inviati all'Agenzia Sanitaria.**

<i>FILE DEGLI SCARTI</i>
--------------------------

- Schede scartate per il mancato superamento dei controlli di 1° livello.  
Ogni singola scheda viene restituita con la rispettiva indicazione del tipo di errore riscontrato.

## **MOBILITA'**

Il tracciato record riportato nel presente documento costituisce l'unico modello di rilevazione valido e indispensabile per il pagamento delle prestazioni ospedaliere nell'ambito della mobilità infraregionale. IL DRG e l'importo attribuiti dall'Agenzia , fatta sempre eccezione per quei ricoveri oggetto di accordi locali di fornitura, costituiranno gli unici elementi validi per procedere alla fatturazione o alla compilazione del modello "A" per il settore DEGENZE (circolare n.9 "mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale 1999")

### *RICOVERI IN CASE DI CURA ACCREDITATE*

Le case di cura, per i cittadini residenti nelle altre Regioni, continueranno ad indirizzare le fatture, mensilmente, all'Azienda USL di ubicazione territoriale della struttura stessa e per i residenti in Emilia-Romagna continueranno ad inviare le fatture, accompagnate dal tracciato record riportato nella presente circolare contenente i dati analitici, all'Azienda USL di residenza del paziente.

Onde evitare il pagamento di prestazioni per importi non dovuti o contestabili , le Aziende sono tenute a controllare l'esatta corrispondenza tra le fatture ricevute e le SDO validate dall'Agenzia.

Si precisa che il file trimestrale di MOBILITA' contiene le SDO validate dalla scrivente Agenzia al netto di eventuali schede nosologiche scartate e non rese disponibili, al momento dell'invio del file, all'Azienda debitrice. (circolare n.9 "mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale 1999")

Tali schede (eliminate nel trimestre di competenza) tuttavia, se superano per la seconda volta i controlli di 1° livello, rientreranno nel successivo trimestre di validazione, diversamente la procedura di controllo provvederà allo scarto definitivo della SDO dall'archivio centrale, pena il mancato pagamento del relativo onere.

Per la consultazione della banca dati SDO il software messo a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna è il pacchetto di analisi statistiche SAS SYSTEM. Si ricorda che tutte le schede validate con i relativi importi contenute nei file di Mobilità sono contenute nell'archivio regionale della SDO, pertanto qualsiasi analisi sui flussi di mobilità può essere effettuata tramite interrogazione della banca dati.

Sono inoltre disponibili reports predefiniti:

- sia in Internet (dati consolidati degli anni precedenti) - [www.regione.emilia-romagna.it](http://www.regione.emilia-romagna.it) poi dal menù scegliere banche dati e successivamente schede nosologiche
- sia nella Intranet regionale (dati dell'anno in corso aggiornati trimestralmente) - [intra.regione.emilia-romagna.it](http://intra.regione.emilia-romagna.it) poi dal menù scegliere banche dati e successivamente schede nosologiche.



## REFERENTI REGIONALI PER LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Guastaroba Paolo	Tel. 051-283143	Procedure SAS	pguastaroba@asr.regione.emilia-romagna.it
Lanciotti Giuseppina	Tel. 051-283327	Gestione flusso	glanciotti@asr.regione.emilia-romagna.it
Merlin Monica (martedì e giovedì)	Tel. 051-283143	Tariffe	mmerlin@asr.regione.emilia-romagna.it
Santullo Antonella (lunedì, mercoledì e giovedì)	Tel. 051-283327	Formazione	asantullo@asr.regione.emilia-romagna.it
Tosetto Floriana	Tel. 051-283327	Codifiche	ftosetto@asr.regione.emilia-romagna.it
Vizioli Maria	Tel. 051-283327	Controlli	mvizioli@asr.regione.emilia-romagna.it

Il software del Modulo di aiuto alla codifica delle diagnosi, degli interventi e delle procedure secondo la classificazione ICD 9 CM è scaricabile dal seguente sito Internet:

<http://www.sanita.it/sdo/software/softmin.htm>

Sono disponibili, scaricabili tramite FTP, i seguenti Archivi Diagnosi (TPATOLG.A2000) e Interventi (TINTERV.A2000) ICD9CM con i relativi controlli incrociati.