
Norme per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2001

Il Ministero della Sanità, ritenuto di dover adeguare sulla base delle esperienze effettuate e della evoluzione dei sistemi di classificazione e codifica delle informazioni, il contenuto della Scheda Nosologica, ha emanato in data 27/10/2000 con D.M. n.380 (G.U. n. 295 del 19/12/2000) il nuovo provvedimento avente oggetto "Aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati".

D.M.
380/2000

La Regione Emilia-Romagna adotta, a partire dal 2° trimestre 2001, il decreto ministeriale nella indicazione di separare il file contenente i dati anagrafici dal file con i dati sanitari nel rispetto della legge 675/96 e del parere del Garante per la protezione dei dati personali del 4/10/99. Quindi la scheda di dimissione ospedaliera sarà composta di due sezioni di cui si riportano di seguito i tracciati record (si veda la sezione sulle REGOLE).

Novità
2001

Un' altra novità per il 2001, oltre alle separazione dei files, è costituita dall'ampliamento del ritorno informativo: oltre al file dei ricoveri ripetuti 0-1 giorno, si fornirà l'elenco dei ricoveri ripetuti con finestra temporale 2-7 giorni e 8-30 giorni (si veda la sezione RITORNO INFORMATIVO).

Infine, al fine di migliorare la completezza della banca dati trimestralmente, si attiva il sistema di simulazioni on line, ossia l'automatizzazione delle simulazioni del caricamento dei dati con l'immediata diagnostica sui controlli formali (si veda la sezione SIMULAZIONI E CARICAMENTI).

Per quanto riguarda l'anno 2000 si ricorda che con il 6° invio verrà messa a disposizione la mobilità di tutto l'anno e saranno ricalcolati gli abbattimenti di fine anno.

Anno
2000

Si comunica inoltre che il 7° invio previsto dalla circolare 23 del 23/12/1999 non si effettuerà e quindi la banca dati si chiude con il 6° invio.

LE REGOLE

Disciplinare tecnico

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati accreditati e non. Si riconferma l'obbligo di compilazione della scheda da parte degli istituti di ricovero di cui all'art.26 della legge 28/12/78,n.833.

Per i trasferimenti di pazienti fra stabilimenti afferenti allo stesso Presidio, o per eventuali trasferimenti da un'unità operativa all'altra dello stesso istituto di ricovero, deve essere compilata un'unica SDO che costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica ospedaliera coincidente con la storia della degenza del paziente.

Il numero identificativo caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti.

Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, per i quali si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.

In caso di ricovero diurno, la cartella clinica, e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero ciclo di trattamento; ogni singolo accesso giornaliero del paziente è conteggiato come 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; la cartella clinica, e la corrispondente SDO, relative ai ricoveri diurni, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, salvo dar luogo a una nuova cartella, e a una nuova SDO, per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo.

Per quanto riguarda tutte le codifiche delle variabili contenute nella SDO sono valide quelle riportate nella Circolare Regionale n. 23 del 23/12/1999 e nella nota Prot.11730/AGS del 17/03/2000 che norma il flusso informativo sui dimessi dagli istituti di cura. Il sistema dei controlli formali attualmente in vigore viene integrato con i controlli relativi alla separazione dei file (si veda di seguito la tabella dei controlli formali).

E' inoltre confermata la rilevazione di tutte le informazioni inserite per l'anno 2000 con la circolare di cui sopra.

Istituti
pubblici e
privati

Trasferimenti

DH

Modalità per l'invio dei dati

La trasmissione delle SDO, sia da parte delle Aziende Sanitarie pubbliche 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.

Dati
definitivi

I nomi dei due file da inviare tramite FTP sono:

⇒ per le Aziende Sanitarie pubbliche:

GSANITA.SNG.**FROA**.U000XXX.A2001.T00K.A000XXX (I sezione)

GSANITA.SNG.**FROR**.U000XXX.A2001.T00K.R000XXX (II sezione)

(XXX è il codice dell'Azienda Sanitaria e K il numero del trimestre)

⇒ per l'AIOP:

GSANITA.SNG.**FROA**.AIOP.FILEY.A2001.T00K (I sezione)

GSANITA.SNG.**FROR**.AIOP.FILEY.A2001.T00K (II sezione)

(Y è il numero dell' invio e K il numero del trimestre)

Le strutture private non associate all'AIOP dovranno inviare all'Assessorato alla Sanità - V.le Aldo Moro n°30, 40127 BOLOGNA i dati su dischetto con i due tracciati 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 via e-mail di specifica sul contenuto del file e sulle eventuali forzature da effettuare.

Le scadenze

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

INVIO	SCADENZE	SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA DEL	POSIZIONE CONTABILE
I°	30 Aprile 2001	Primo Trimestre	1
II°	31 Luglio 2001	Secondo Trimestre Primo Trimestre (schede mai inviate o scarti) Primo Trimestre (schede già entrate in banca dati da modificare)	1 2 3
III°	31 Ottobre 2001	Terzo Trimestre Secondo Trimestre (schede mai inviate o scarti) Primo e Secondo Trimestre (schede già entrate in banca dati da modificare)	1 2 3
IV°	15 Febbraio 2002	Quarto Trimestre Terzo Trimestre (schede mai inviate o scarti) Primo, Secondo e Terzo Trimestre (schede già entrate in banca dati da modificare)	1 2 3
V°	15 Maggio 2001	Primo, Secondo, Terzo e Quarto Trimestre (schede già entrate in banca dati da modificare)	3

Scadenze per l'invio dei dati in regione
--

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

Il tracciato record

Con il 2001, in ottemperanza al decreto ministeriale n. 380 del 27/10/2000 (G.U. n.295 del 19/12/2000), è previsto, a partire dall'invio del 2° trimestre, l'utilizzo di due sezioni distinte. Nella prima sezione sono riportate le informazioni anagrafiche, nella seconda quelle sanitarie.

Tracciato record contenenti le informazioni anagrafiche

NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO	LUNGHEZZA
1. Codice Azienda	001 - 003	AN	3
2. Codice Presidio	004 - 009	N	6
3. Sub codice	010 - 011	AN	2
4. Numero della scheda	012 - 019	N	8
5. Codice fiscale	020 - 035	AN	16
6. Sesso	036 - 036	N	1
7. Stato civile	037 - 037	N	1
8. Comune di nascita	038 - 043	N	6
9. Data di nascita	044 - 051	N	8
10. Luogo di residenza	052 - 057	N	6
11. Regione di assistenza	058 - 060	N	3
12. Azienda di assistenza	061 - 063	N	3
13. Cittadinanza	064 - 066	N	3
14. Cognome	067 - 096	AN	30
15. Nome	097 - 116	AN	20
16. Filler	117 - 130	AN	14

I sezione

NOTE:

FORMATO:

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"; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "zero".

Le date devono essere scritte nella forma GGMMAAAA.

Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda deve essere definito, nell'ambito di ciascun istituto, su base annua, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno); il campo è costituito dalle prime 2 cifre relative all'anno e dalle rimanenti 6 relative al progressivo della scheda.

Tracciato record contenenti le altre informazioni riguardanti il ricovero

NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO	LUNGHEZZA
1. Codice Azienda	001 – 003	AN	3
2. Codice Presidio	004 – 009	N	6
3. Sub codice	010 – 011	AN	2
4. Numero della scheda	012 – 019	N	8
5. Regime di ricovero	020 – 020	N	1
6. Codice fiscale medico di base	021 – 036	AN	16
7. Eventuale trauma	037 – 037	N	1
8. Luogo del trauma	038 – 038	N	1
9. Onere della degenza	039 – 039	N	1
10. Data di ricovero	040 – 047	N	8
11. Unità operativa di ammissione	048 – 051	AN	4
12. Tipo di ricovero	052 – 052	N	1
13. Proposta di ricovero	053 – 053	N	1
14. Motivo di ricovero	054 – 054	N	1
15. Data 1° trasferimento	055 – 062	N	8
16. Unità operativa 1° trasferimento	063 – 066	AN	4
17. Data 2°trasferimento	067 – 074	N	8
18. Unità operativa 2° trasferimento	075 – 078	AN	4
19. Data 3°trasferimento	079 – 086	N	8
20. Unità operativa 3° trasferimento	087 – 090	AN	4
21. Data intervento principale	091 – 098	N	8
22. Codice intervento principale	099 – 102	AN	4
23. Data altro intervento chirurgico 1	103 – 110	N	8
24. Codice altro intervento chirurgico 1	111 – 114	AN	4
25. Data altro intervento chirurgico 2	115 – 122	N	8
26. Codice altro intervento chirurgico 2	123 – 126	AN	4
27. Data altro intervento chirurgico 3	127 – 134	N	8
28. Codice altro intervento chirurgico 3	135 – 138	AN	4
29. Modalità di dimissione	139 – 139	N	1
30. Riscontro autoptico	140 – 140	N	1
31. Codice diagnosi principale	141 – 145	AN	5
32. Codice patologia concomitante 1	146 – 150	AN	5
33. Codice patologia concomitante 2	151 – 155	AN	5
34. Codice patologia concomitante 3	156 – 160	AN	5
35. N° di accessi in DH	161 – 163	N	3
36. Data di dimissione	164 – 171	N	8
37. Unità operativa di dimissione	172 – 175	AN	4
38. Peso alla nascita in grammi	176 – 179	N	4
39. Età gestazionale in settimane	180 – 181	N	2
40. DRG	182 – 184	AN	3
41. Importo	185 – 193	N	9
42. Posizione contabile	194 – 194	AN	1
43. Ticket	195 – 195	N	1
44. Giorni trascorsi in TSO	196 – 198	N	3
45. Libera professione intramoenia	199 – 199	N	1
46. Sequenza nascite gemellari	200 – 200	N	1
47. Codice presidio madre	201 – 206	N	6
48. Sub Codice madre	207 – 208	AN	2
49. N° progressivo di scheda madre	209 – 216	N	8
50. Punteggio Euroscore	217 – 218	AN	2
51. Data prenotazione	219 – 226	N	8
52. Flag annullamento importo	227 – 227	AN	1
53. Importo Ticket	228 – 236	N	9
54. Campo vuoto	237 – 250	AN	14

II Sezione

NOTE :

FORMATO:

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"; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "zero".

Le date devono essere scritte nella forma GGMMAAAA.

I codici ICD-9-CM devono essere allineati a sinistra e, nei casi in cui siano previsti meno di 5 caratteri (nel caso delle diagnosi) o di 4 caratteri (nel caso degli interventi o procedure), i rimanenti caratteri non significativi devono essere impostati con il valore "spazio". I campi contenenti i codici ICD-9-CM, se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

Nuovo sistema di controlli

Lista dei controlli:

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
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 valida¹ e compatibile con sesso ed età
25. Diagnosi secondarie presenti e valide compatibile con sesso
26. Posizione contabile presente, valida 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.

Controlli scartanti già attivi 1-40
--

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

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
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 + 1) 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 ≠ 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
- 41. Ogni singolo record anagrafico deve essere collegato almeno a un record riguardante dati di ricovero o a più di uno se ci sono schede di continuazioni**
- 42. Ogni singolo record riguardante dati di ricovero deve essere collegato a un solo record anagrafico**

Nuovi controlli scartanti 41-42
--

Lire e Euro

Considerato che

- ✓ gli importi espressi nel tracciato SDO verranno utilizzati per la compensazione della mobilità sanitaria infra ed interregionale;
- ✓ la compensazione infraregionale rientra fra i "trasferimenti a enti pubblici" della Regione Emilia-Romagna e tali trasferimenti avverranno in lire fino al 31 dicembre 2001 ("*Piano per l'adozione dell'Euro nelle Amministrazioni Pubbliche*", si veda anche "Linee guida – Contingency Plan" del Progetto Euro pubblicato su www.regione.emilia-romagna.it);
- ✓ la compensazione interregionale viene regolata dallo Stato in lire; si ritiene che gli importi del flusso SDO siano indicati in lire, arrotondati alle mille lire (superiori se resto di importo /1000 ≥ 500 , inferiori in caso contrario), fino al 31 dicembre 2001. A partire dall'1 gennaio 2002, gli importi dovranno essere espressi in euro, arrotondati al centesimo. Tale indicazione non esime le aziende sanitarie dall'obbligo di gestire i propri listini delle prestazioni in entrambe le valute e di consentire il pagamento sia in lire che in euro fino al 31 dicembre 2001.

A partire dalla definitiva adozione dell'euro come valuta nazionale, sarà cura dell'Assessorato alla Sanità provvedere alla conversione in euro di tutti gli importi presenti nelle basi di dati sanitarie regionali al fine di salvaguardare l'omogeneità delle serie storiche.

Lire/Euro

SIMULAZIONI E CARICAMENTI

Nel 2000 è stato introdotto un sistema di simulazione e caricamento (vedi nota lettera Prot.11730/AGS del 17/03/2000) che ha permesso il miglioramento in termini di tempestività e completezza della banca dati SDO. Si è pertanto deciso di automatizzare la fase di simulazione in modo che ciascuna azienda possa verificare on line il risultato del caricamento simulato e provvedere alle eventuali correzioni. In tal modo si semplifica il processo di caricamento, si riduce il volume degli scarti e si aumenta il grado di completezza trimestrale della banca dati regionale e di conseguenza aumentano le possibilità di analisi .

Nel corso del 2001 si sperimenterà, a partire dall'invio del 2° trimestre, questa nuova funzionalità.

Si ricorda che per quanto riguarda le eccezioni alla correttezza dei controlli formali (codici fiscali, diagnosi e interventi non compatibili con l'età) e che quindi necessitano di forzature per l'ingresso in banca dati, occorre fare una segnalazione via e-mail in concomitanza con l'invio e, successivamente, presentare documentazione probatoria.

Simulazioni
on line

"Forzature"
ai controlli

RITORNO INFORMATIVO

Il ritorno informativo alle strutture rappresenta una delle fasi cruciali del flusso SDO. Una volta effettuata la fase di controllo e di validazione delle schede, l'Assessorato alla Sanità provvede a restituire alle strutture competenti, dopo 20 giorni/un mese circa dalla data di scadenza del rispettivo invio, diverse tipologie di file:

1. FILE MOBILITA'

Il file contiene le SDO validate e caricate in Banca Dati con i seguenti tracciati:

Aziende USL

Tracciato record contenenti le informazioni anagrafiche (I sezione)

NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO	LUNGHEZZA
Tracciato SDO(I sezione)	1-130		

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

NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO	LUNGHEZZA
Tracciato SDO (II seconda)	1-250		
Importo Regione	251- 260	AN	10
Tipo record	261-261	AN	1
DRG Regione	262-264	AN	3
Filler	265-265	AN	1

Il flag Tipo record individua:

- 1 Mobilità passiva infraregionale
- 2 Mobilità attiva infraregionale
- 3 Mobilità attiva extraregionale (comprensiva di quella relativa alle case di cura ubicate sul territorio di competenza)
- 4 DRG dichiarato dall'Azienda diverso dal DRG attribuito centralmente

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.

Il flag 4 DRG attribuito localmente diverso, da DRG attribuito centralmente consente di allineare gli archivi locali con quello centrale. Si chiede pertanto 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.

Aziende Ospedaliere e Case di Cura

NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO	LUNGHEZZA
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 (Utile per eventuali elaborazioni in SAS)	20-25	AN	6
Importo Regione	26-35	AN	10
Tipo record	36-36	AN	1
DRG Regione	37-39	AN	3
Filler	40-40	AN	1

File mobilità Az. OSP CDC

Il flag Tipo record individua:

- 2** Mobilità attiva infraregionale
- 3** Mobilità attiva extraregionale
- 4** DRG dichiarato dall'Azienda diverso dal DRG attribuito centralmente

2. FILE SCARTI

Il file contiene le schede NON VALIDATE e pertanto SCARTATE con il seguente tracciato:

NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO	LUNGHEZZA
Codice regione	1-3	AN	3
Codice AUSL/AOSP	4-9	AN	6
Tipo Azienda	10-13	AN	4
Codice presidio	14-19	AN	6
Codice stabilimento	20-25	AN	6
Subcodice	26-27	AN	2
Reparto dimissione	28-32	AN	5
Progressivo SDO	33-40	AN	8
Anno competenza	41-44	AN	4
Trimestre di invio	45-47	AN	3
Codice errore	48-50	AN	3
Descrizione errore	51-110	AN	60
Stato scheda	111-111	AN	1
Codice struttura	112-117	AN	6
Posizione contabile	118-118	AN	1
Filler	119-120	AN	2

File
scarti

3. RICOVERI RIPETUTI

Il file contiene l'elenco dei ricoveri ripetuti (0/1 giorno; 2-7 giorni; 8-30 giorni) con il seguente tracciato:

NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO	LUNGHEZZA
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 (Utile per eventuali elaborazioni in SAS)	20-25	AN	6
N° che associa le coppie di ricoveri (indice e ripetuto)	26-30	N	5
Tipo record	31-31	N	1

File
Ricoveri
ripetuti

Il flag Tipo record individua:

- 1** ricoveri ripetuti 0-1 giorno
- 2** ricoveri ripetuti 2-7 giorni
- 3** ricoveri ripetuti 8-30 giorni

Le Aziende Sanitarie e le Case di Cura che non hanno effettuato una verifica per i ricoveri ripetuti 01 giorno prima dell'invio dei dati e quindi non hanno impostato il campo "Annullamento importo" potranno rinviare le schede nei trimestri successivi (posizione contabile 3) compilando il campo relativo all'annullamento sull'importo.

4. DRG MADEFINITI

Il file contiene l'elenco dei DRGs maldefiniti con il seguente tracciato:

NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO	LUNGHEZZA
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 (Utile per eventuali elaborazioni in SAS)	20-25	AN	6
DRG maldefinito	26-28	AN	3

File DRG
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 potranno rinviare le suddette schede nei trimestri successivi (posizione contabile 3).

I nomi dei files da scaricare sono:

- GSANITA.SNG.TA.UXXX.A2000.TK.C000XXX.mob1 (Az USL)
 - GSANITA.SNG.TR.UXXX.A2000.TK.C000XXX.mob2 (Az USL)
 - GSANITA.SNG.TO.UXXX.A2000.TK.C000XXX.mob (Az OSP e AIOP)
 - GSANITA.SNG.TO.UXXX.A2000.TK.C000XXX.err
 - GSANITA.SNG.TO.UXXX.A2000.TK.C000XXX.mdf
 - GSANITA.SNG.TO.UXXX.A2000.TK.C000XXX.rip
- (XXX è il codice dell'Azienda Sanitaria, al posto di UXXX l'AIOP deve scrivere **AIOP** e dopo il parametro del trimestre c'è subito l'estensione e **K** è il numero del trimestre)