

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Presidi Ospedalieri

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eugenio Di Ruscio

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Il Dirigente responsabile del Servizio

Eleonora Verdini

Disciplinare tecnico

SPECIFICHE TECNICHE RELATIVE ALLA TRASMISSIONE E TRACCIATO DEL FLUSSO RELATIVO ALLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) - ANNO 2009

ADEGUAMENTI E MODIFICHE

Il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali ha previsto, mediante Decreto Ministeriale del 18-12-2008, l'adozione della versione italiana 2007 della International Classification of diseases 9th revision -Clinical Modification (ICD9CM) come strumento di codifica di tutte le informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e relativa versione 24° del sistema di classificazione delle prestazioni ospedaliere Diagnosis Related Groups (DRG). Tale aggiornamento entrerà in vigore su tutto il territorio nazionale a partire dal 1° gennaio 2009 e costituirà l'unico strumento di codifica ufficialmente riconosciuto. **Conseguentemente a ciò, la Regione Emilia-Romagna adotterà dal 1° gennaio 2009 il nuovo sistema di classificazione e di remunerazione per il livello assistenziale ospedaliero.**

Si specifica che i codici "E" (Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo ed avvelenamento), pur presenti nel manuale di classificazione, non dovranno essere utilizzati per la compilazione della scheda Nosologica.

In occasione di tali adeguamenti normativi, e per garantire un **miglior e tempestivo** utilizzo dei dati, si è inoltre ritenuto opportuno, introdurre alcune modifiche/integrazioni al flusso informativo della SDO e modificarne la tempistica di trasmissione.

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

- Aggiornamento di codifica delle diagnosi e interventi/procedure
- Adozione nuovo sistema di classificazione DRG
- Trasmissione delle informazioni a livello regionale, a partire dal mese di luglio, con cadenza mensile
- Scadenze vincolate anche per la trasmissione delle prestazioni di **Day Hospital Medico**, ovvero, uniformate alle scadenze del regime ordinario e DH chirurgico
- Rilevazione del "Livello di Istruzione" del paziente
- Riorganizzazione del ritorno informativo

STRUTTURE PRIVATE PSICHIATRICHE (componente residenziale)

Villa Maria Luigia di Parma, Villa Rosa di Modena, Villa Igea di Modena, Ai Colli di Bologna, Villa Baruzziana di Bologna, Villa Azzurra di Ravenna.

Alla luce di quanto previsto nell'Accordo generale per il triennio 2007-2009 tra Regione Emilia-Romagna e l'associazione della ospedalità privata in materia di prestazioni ospedaliere (D.G.R. 1654/2007), ed in specifico nella parte "Salute Mentale", si richiede ai referenti delle Case di Cura psichiatriche, in attesa di una definizione puntuale del flusso informativo dell'attività delle strutture di residenzialità sanitaria (pubbliche e private), di utilizzare , come strumento di rilevazione dell'attività residenziale, il modello della SDO e di trasmettere tale attività attraverso il medesimo flusso.

Per una corretta gestione della **Scheda Residenziale** si danno le seguenti regole:

- Quando un paziente viene trasferito da un ricovero ospedaliero ad un ricovero residenziale occorre chiudere la SDO e aprire una scheda residenziale.
- Per distinguere l'attività residenziale sarà necessario compilare la variabile "disciplina" con il codice 40 e per individuare le diverse aree di attività attraverso il codice "divisione":
 - 97 per le residenze intensive
 - 98 per le residenze protratte
 - 99 per le residenze intensive specialistiche.

L'attività residenziale trasmessa tramite il flusso informativo alimenta la nuova base dati regionale **SDRES** Schede di Dimissione Residenziale (vedi "**Manuale operativo per l'utilizzo delle Banche Dati**" sezione dedicata alla SDO http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/manuale_utilizzo_bd.pdf).

INTRODUZIONE

La scheda nosologica è parte integrante della cartella clinica di cui assume le stesse valenze di carattere medico legale; le informazioni in essa rilevate devono essere rigorosamente congruenti con quelle presenti nella cartella clinica. La responsabilità della corretta compilazione della SDO compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dal medico responsabile della dimissione oppure da personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato. Il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

Il seguente documento si pone l'obiettivo di fornire informazioni utili alla compilazione della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) per l'anno 2009 secondo le caratteristiche e le modalità descritte nei seguenti punti:

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

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

Dati del paziente (Tabella A)

Dati riguardanti il ricovero (Tabella B)

Si ricorda che i dati, prima di essere trasmessi alla Regione, dovranno essere sottoposti a tutti i controlli previsti ed eventualmente corretti al fine di garantire l'uniformità tra l'archivio regionale e tutti gli archivi aziendali. Soltanto le SDO accettate in banca dati regionale concorrono a determinare le transazioni economiche (compensazione della mobilità sanitaria e fatturazione) e il tracciato record in allegato 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.

1- AMBITO DI APPLICAZIONE

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi, compresi i neonati sani, dagli istituti di ricovero / day surgery pubblici e privati accreditati e non. Il ricovero comprende anche le fasi diagnostiche/terapeutiche pre e post ricovero così come indicato nella DGR 1296/98 e circolare n°9 del 1999 e successive integrazioni.

TRASFERIMENTI

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

CAMBIO DI REGIME DI RICOVERO

Vanno trattati come episodi di ricovero separati i casi di passaggio da un regime di ricovero ad un altro (da ordinario a diurno e viceversa) , per i quali si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO, ad esempio, nel caso in cui un ricovero diurno necessiti di pernottamento, occorre chiudere la scheda di day hospital ed aprire una scheda di ricovero ordinario.

DAY HOSPITAL

In caso di ricovero diurno, la cartella clinica e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero trattamento; ogni singolo accesso del paziente è conteggiato come una giornata di degenza, la data di ammissione e la data di dimissione corrispondono rispettivamente alla data del primo e dell'ultimo contatto con la struttura. Per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero continuare nell'anno successivo, la cartella clinica e la corrispondente SDO, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, e dar luogo a una nuova cartella e a una nuova SDO che si riaprono il 1° gennaio dell'anno successivo. Con la crescente esigenza di effettuare controlli sull'attività di ricovero e nello specifico sul livello di appropriatezza anche di tale regime di erogazione, si dovranno compilare i campi "Intervento chirurgico principale" e/o "Altri interventi e/o procedure".

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Con la Delibera N° 24 del 17/01/2005 si è proceduto all'approvazione delle linee di indirizzo per il miglioramento di accessibilità ed appropriatezza delle cure urgenti e delle attività di Pronto Soccorso. Si sono inoltre date indicazioni relativamente alla 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". È possibile inserire nella SDO le prestazioni erogate in OBI solo se il ricovero avviene nello stesso Presidio.

STRUTTURE RIABILITATIVE PRIVATE EX ART.26

Si conferma l'obbligo di compilazione della SDO per l'attività ex art.26 della legge 833/78 svolta dalle Case di Cura Don Gnocchi di Parma, Villa Salus e Luce sul Mare di Rimini. Al fine di distinguere l'attività ex art.26 occorre utilizzare 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 ex art.26: codice disciplina 56 codice divisione 02). Non si possono gestire i trasferimenti da posti letto ospedalieri a posti letto ex art.26 e viceversa in un'unica SDO ma è necessario chiudere la cartella e riaprire un'altra nella nuova.

L'attività residenziale trasmessa tramite il flusso informativo alimenta la nuova base dati regionale **SDRES** Schede di Dimissione Residenziale (vedi "MANUALE OPERATIVO PER L'UTILIZZO DELLE BANCHE DATI" disponibile sul sito Internet nella sezione dedicata alla SDO http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/manuale_utilizzo_bd.pdf)

2-CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

Tabella A

1. DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

CODICE AZIENDA

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

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

CODICE PRESIDIO

Codice di identificazione dell'istituto.

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

SUB-CODICE 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 (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

NUMERO DELLA SCHEDA

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

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

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

ES: 1° ricovero del 2009 numero della scheda: 09000001

NOME E COGNOME

Fornire se disponibile. È obbligatorio solo per i non residenti in Italia, gli stranieri con codice STP e per i neonati sprovvisti di codice fiscale ufficiale.

Nei casi previsti dalla normativa vigente, Legge 135/90 per i casi di **HIV e AIDS**, Decreto Ministero della Sanità n°349 del 16/07/2001 "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni". per le **donne che vogliono partorire in anonimato** e Legge 135/78 per i ricoveri di **IVG** , si indichi "ANONIMO" (I ricoveri sono individuabili dal codice di diagnosi principale o secondaria=042 oppure dal flag Decreto 349/2001 impostato o dal codice di diagnosi principale o secondaria=635).

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

GENERE

Codifica:

1= maschio

2= femmina

DATA DI NASCITA

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

Codifica: Scrivere nella forma GGMMAAAA.

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

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

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

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

Codifica:

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

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

COMUNE DI NASCITA

Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre, di cui le prime 3 indicano la provincia e le altre 3 il comune (file TCOMNOS disponibile sul sito internet nella sezione dedicata alla SDO all'indirizzo:

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 va valorizzato se il codice esiste nella tabella TCOMNOS.

STATO CIVILE

Identifica lo stato civile del paziente al momento del ricovero.

Codifica:

1=celibe/nubile

2=coniugato/a

3=separato/a

4=divorziato/a

5=vedovo/a

6=non dichiarato

COMUNE DI RESIDENZA

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

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

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

Per gli apolidi e 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 ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla Azienda USL e Regione di residenza.

Non devono mai essere utilizzati i codici dei comuni cessati.

CITTADINANZA

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

Per i dimessi con cittadinanza italiana utilizzare il codice 100 mentre per i dimessi con cittadinanza straniera compilare con il codice a tre caratteri dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT.

Per gli apolidi e senza fissa dimora utilizzare il codice "999".

Codifica: codice a 3 cifre (file TCOMNOS).

CODICE FISCALE

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

Questa variabile va compilata:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il codice fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (legge 412/91) ovvero quello riportato nella **tessera sanitaria**.
- 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.

Il codice fiscale può essere omissso per i neonati.

Nei casi protetti dalla normativa vigente, già citata, si chiede di non individuare il paziente tramite C.F.

FLAG CODICE FISCALE

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

Codifica:

0=C.F./dati congruenti

1= C.F./dati incongruenti

REGIONE DI RESIDENZA

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

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

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

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

AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA

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

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

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

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

LIVELLO DI ISTRUZIONE

1= licenza elementare o nessun titolo

2=diploma scuola inferiore

3=diploma scuola media superiore

4=diploma universitario o laurea breve

5=laurea

FLAG DECRETO 349/2001

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

Codifica:

0= Donna che non vuole partorire in anonimato

1= Donna che vuole partorire in anonimato

2. DATI SANITARI

CODICE AZIENDA

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

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

CODICE PRESIDIO

Codice di identificazione dell'istituto.

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

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 (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

NUMERO DELLA SCHEDA

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

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

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

ES: 1° ricovero del 2009, numero della scheda: 09000001

IDENTIFICATIVO MEDICO PRESCRITTORE

Codice fiscale del medico che prescrive il ricovero

REGIME DI RICOVERO

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

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

DATA DI RICOVERO

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

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

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

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

Codifica: Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

UNITÀ OPERATIVA DI AMMISSIONE

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

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

TIPO DI RICOVERO

Utilizzare questa variabile per tutti i ricoveri in regime ordinario.

Codifica:

1=ricovero programmato, non urgente

2=ricovero d'urgenza

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

4=ricovero programmato con preospedalizzazione

5=ricovero d'urgenza in OBI

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

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

ONERE DELLA DEGENZA

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

Codifica:

1=ricovero a totale carico del SSN per i

- *cittadini italiani iscritti al S.S.N*
- *lavoratori di diritto italiano residenti all'estero*
- *cittadino italiano iscritto all'AIRE, per urgenze, in assenza di polizza*
- *cittadini stranieri iscritti al S.S.N., in quanto aventi permesso di soggiorno che ne consente l'iscrizione volontaria*
- *neonati figli di madri iscritte al SSN*
- *cittadini stranieri che nell'ambito dei progetti umanitari arrivano in Italia per cure medico-ospedaliere*

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

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

4=ricovero senza oneri per il SSN

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 (Paesi U.E., SEE, Svizzera e Paesi convenzionati, in possesso degli attestati di diritto che consentono l'iscrizione al SSN)

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

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

9=altro

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

PROPOSTA DI RICOVERO

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

Codifica:

- 1=paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico (ricorso diretto)
- 2=paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico di base
- 3=ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura
- 4=paziente trasferito da un istituto di cura pubblico
- 5=paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato
- 6=paziente trasferito da istituto di cura privato non accreditato
- 7=paziente trasferito da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto
- 8=paziente inviato da altra assistenza (ADI, Hospice etc)
- 9=paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico specialista

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

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

TRAUMA O INTOSSICAZIONE

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

Il campo trauma può essere compilato solamente in regime ordinario e le codifiche della patologia principale o secondarie devono essere presenti nel capitolo 17 – Traumatismi e avvelenamenti ICD9 CM (800-904 e 910-995). 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
- 5=autolesione o tentativo di suicidio
- 6=altro tipo di incidente o di intossicazione

DATA 1°, 2°, 3° TRASFERIMENTO

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

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

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

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

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

Per gestire le temporanee assenze occorre utilizzare il codice AT nei campi di trasferimento

Non può essere utilizzato tale codice né nel reparto d'ammissione né in quello di dimissione

UNITÀ OPERATIVA DI DIMISSIONE

Indica l'Unità operativa che dimette il paziente.

Codifica : vedi variabile unità operativa di ammissione.

DATA DI DIMISSIONE O DI MORTE

Riportare giorno, mese ed anno.

In regime di ricovero diurno, 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.

MODALITÀ DI DIMISSIONE

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

Codifica:

1=deceduto

2=dimissione ordinaria al domicilio del paziente

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

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

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 (per riabilitazione è da intendersi sia quella intensiva (codice 56) sia quella estensiva (codice 60)

9=dimissione protetta con attivazione di assistenza domiciliare integrata.

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

RISCONTRO AUTOPTICO

Compilare solo e sempre in caso di decesso.

Codifica:

1=SI (riscontro autoptico effettuato)

2=NO (riscontro autoptico non effettuato)

TIPO DI RICOVERO IN DAY HOSPITAL

Codifica:

- 1=ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up)
- 2=ricovero diurno chirurgico (day surgery)
- 3=ricovero diurno terapeutico
- 4=ricovero diurno riabilitativo

NUMERO DI ACCESSI IN DAY HOSPITAL

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

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

Codifica: NNN (N = carattere numerico).

PESO ALLA NASCITA IN GRAMMI

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

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

Codifica : NNNN (N = carattere numerico).

DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

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

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

DIAGNOSI SECONDARIE

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

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

Per le informazioni relative alle regole di selezione della diagnosi principale e secondarie si rimanda alle Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera disponibili sul sito internet della SDO al seguente indirizzo: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere_circ/lineecod/index.htm

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

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

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

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

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

DATA INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE

Codifica: scrivere nella forma GGMMAAAA.

INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE O PARTO

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

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

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

DATA ALTRI INTERVENTI O PROCEDURE

Codifica: scrivere nella forma GGMMAAAA

ALTRI INTERVENTI E/O PROCEDURE

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

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

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

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

00.10 Impianto di agenti chemioterapici

00.15 Infusione di interleuchina-2 ad alte dosi

87.53 colangiografia intraoperatoria

88.52 angiocardiografia del cuore destro

88.53 angiocardiografia del cuore sinistro

88.54 angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro

88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo

88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio

88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica

88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo

92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi

92.30 radiocirurgia stereotassica

94.61 riabilitazione da alcool

94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool

94.64 riabilitazione da farmaci

94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci

94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci

94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
95.04 esame dell'occhio in anestesia
96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica

99.10 iniezione o infusione di agente trombolitico

procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);
procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore codd. da 01._ a 86._ (es. gastroscopia);
altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore (codd. da 87._ a 99._, dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, NMR, litotripsia, radioterapia, ecc.).

Per le informazioni relative alle regole di selezione di interventi e procedure si rimanda alle Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera disponibili sul sito internet della SDO al seguente indirizzo: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/delibere_circ/lineecod/index.htm

Codifica: vedi INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE O PARTO.

Per una corretta descrizione del caso trattato qualora gli altri interventi o procedure secondari siano superiori a tre è possibile ricorrere all'uso della scheda di continuazione (max 15 interventi/procedure)
Si ricorda che il tracciato della mobilità interregionale è composto da un intervento principale e 5 interventi secondari perciò si raccomanda di tener presente i criteri sopra citati.

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

DRG

Dai dimessi del 1° gennaio 2009 utilizzare la versione 24 del Grouper.

Codifica : Codice calcolato dal Grouper versione 24

IMPORTO

PARTE INTERA

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

Codifica : NNNNNNN (N = carattere numerico)

ES: Importo del ricovero 1962,54 EURO

Questo campo contiene 1962

PARTE DECIMALE

Cifre decimali

Codifica : NN (N = carattere numerico)

ES: Importo del ricovero 1962,54 EURO

Questo campo contiene 54

POSIZIONE CONTABILE

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

Codifica :

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

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

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

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

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

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

Per i primi sei mesi del 2009 (1° e 2° invio), le posizioni contabili sono come da Circolare 7/2005

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.

CLASSI DI PRIORITÀ

A partire dai dimessi del 1° gennaio 2008 è stata inserita la variabile classe di priorità, adottata localmente per l'inserimento dei pazienti in lista d'attesa e compilata per tutti i ricoveri per i quali è già obbligatoria la data di prenotazione. In una prima fase non verrà introdotto alcun controllo scartante rispetto alla esistenza della informazione ma solo rispetto alla correttezza/validità nei casi in cui il campo risulti compilato.

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

B = CLASSE B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente

C = CLASSE C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né può, l'attesa, diventare una pregiudiziale per la prognosi

D = CLASSE D - Ricovero che non richiede la definizione di una attesa massima: casi clinici senza dolore o disfunzione o disabilità. La prestazione va comunque garantita entro i 12 mesi.

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 :

0=importo non annullato

1=importo annullato

3-TRACCIATO RECORD

Le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera riguardano essenzialmente:

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

Nel tracciato di seguito descritto sono riportati in forma tabellare i campi che costituiscono il nuovo tracciato record delle SDO a partire dai dimessi del 1° gennaio 2009.

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

I contenuti delle colonne sono:

Numero campo

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

Nome Campo

Termine ufficiale che identifica il campo

Posizione

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

Tipo

Definisce il formato del campo:

AN = alfanumerico

N = numerico

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

I campi numerici devono essere allineati a destra;

Le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero";

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. I controlli sono di 1° livello (scarto) e di 2° livello (segnalazioni).

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.

TABELLA ERRORI SCARTANTI (ERRORI DI 1° LIVELLO)

http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle_riferimento.htm

TABELLA SEGNALAZIONI (ERRORI DI 2° LIVELLO)

http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle_riferimento.htm

TRACCIATO TABELLA A (dati anagrafici 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	AN	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 (2 cifre) 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	Genere	036-036	AN	1	OBB V	Valorizzato Valido Congruente con codice fiscale	908 808 915
7.1	Stato civile	037-037	AN	1	FAC	Se Valorizzato: Valido	810
8.1	Comune di nascita	038-043	AN	6	OBB V	Valorizzato (se cessato impostare con codice ISTAT della Tab.TCOMMONS, 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	AN	8	OBB V	Formato GGMMAAAA Valorizzato Formalmente valido Non posteriore a data ricovero Non posteriore a data dimissione Congruente con codice fiscale Età massima 124 anni alla data ricovero	914 700 620 616 915 216
10.1	Comune di residenza	052-057	AN	6	OBB V	Valorizzato Valido Non cessato	916 886, 887 891, 892
11.1	Regione di residenza	058-060	AN	3	OBB V	Valorizzato Valido	948 787
12.1	Azienda di residenza	061-063	AN	3	OBB V	Valorizzato Valido per le Aziende della Regione VALIDO PER LE AZIENDE DI FUORI REGIONE	949 788 989(SEG)
13.1	Cittadinanza	064-066	AN	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	AN	1	OBB	Se valorizzato Valido Congruente con controllo C.F./dati anagrafici	761 762
17.1	Livello d'istruzione	118-118	AN	1	FAC	Se Valorizzato: Valido	992
18.1	Flag_decr349	119-119	AN	1	FAC	Se valorizzato Valido Congruente con DRG 370-375	993 994
19.1	Filler	120-130	AN	11		Impostare a spazi	

TRACCIATO TABELLA B (dati sanitari)

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	AN	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 (2 cifre) Univoco nel presidio	904 804 609 634
5.2	Regime di ricovero	020-020	AN	1	OBB V	Valorizzato Valido e congruente con la Struttura Congruente con motivo di ricovero Se regime di ricovero=1: disciplina <>02 e 98 Se regime di ricovero = 2: disciplina <> 60 anno di ricovero = anno dimissione proposta di ricovero <> 1 Solo per il pubblico CONGRUENTE CON I POSTI LETTO	906 806 793 742 742 746 772 501
6.2	Identificativo medico	021-036	AN	16	FAC	Se valorizzato: Valido	898
7.2	Eventuale trauma	037-037	AN	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	AN	1	OBB	Se valorizzato: Valido Congruente data nascita = data ammissione e regime di ricovero=1	768 769
9.2	Onere della degenza	039-039	AN	1	OBB V	Valorizzato Valido Congruente con struttura se: PUBBLICO deve essere diverso da 3 PRIVATO accr. deve essere diverso da 3,5 o 6 PRIVATO non accreditato deve essere = 4	922 818 731 732 732
10.2	Data di ricovero	040-047	AN	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 'AT' assenza temporanea Codice divisione Valorizzato Valido Congruente con TSO Solo per PUBBLICO: Aperto alla data ricovero DISCIPLINA VALIDA NELLA STRUTTURA PRIVATA	926 973 881 791 815 815 986 820 991(SEG)
12.2	Tipo di ricovero	052-052	AN	1	OBB	Se nato nella struttura non valorizzare Se regime di ricovero =2 non valorizzare Se regime di ricovero=1: Valorizzato Valido	743 744 928 822
13.2	Proposta di ricovero	053-053	AN	1	OBB	Se nato nella struttura non valorizzare Valorizzato Valido Se proposta di ricovero=1 tipo di ricovero=2, 3 e 5	745 930 824 606

14.2	Motivo di ricovero in DH	054-054	AN	1	OBB	Se regime di ricovero=2: Valorizzato Valido Congruente con regime di ricovero	932 826 793
15.2	Data 1° trasferimento	055-062	AN	8	OBB	Formato GGMMAAAA Valorizzato se impostato relativo reparto Se valorizzato valido Non anteriore alla data Ricovero Non posteriore alla data dimissione Deve essere rispettata la sequenza del tracciato Deve essere in ordine cronologico	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 di dimissione Se non esistono trasferimenti, il reparto di ammissione deve essere uguale al reparto di dimissione Per PUBBLICO: Aperto alla data Trasferimento e congruente con regime di ricovero RICOVERO EX ART.26 CON TRASFERIMENTO NON AMMISSIB. Ricovero psichiatrico con trasferimento non ammissibile (ospedale e residenza)	942, 944, 946, 903 883, 884, 885, 801 878, 879, 851, 803 610 611 612, 613, 677 721 723 722 828, 830, 832, 805 996 995
17.2	Data 2° Trasfer..	067-074	AN	8	OBB	Vedi Data 1° trasferimento	
18.2	U. O. 2° Trasfer.	075-078	AN	4	OBB	Vedi Unità operativa 1° trasferimento	
19.2	Data 3° Trasfer.	079-086	AN	8	OBB	Vedi Data 1° trasferimento	
20.2	U.O. 3° Trasfer.	087-090	AN	4	OBB	Vedi Unità operativa 1° trasferimento	
21.2	Data intervento principale	091-098	AN	8	OBB	Formato GGMMAAAA Se intervento impostato: Valorizzato Valido Non deve essere anteriore alla data di ricovero Non deve essere posteriore alla data di dimissione	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 CODIFICA STENT CORONARICO COMPLETA	951 834 751 645, 650 307(SEG)
23.2	Data altro intervento chirurgico 1	103-110	AN	8	OBB	Formato GGMMAAAA Se valorizzato intervento 1°: Valorizzato Valido Se tipo ricovero diverso da 4 e 5: Non deve essere anteriore a data ricovero Se motivo di ricovero in DH diverso da 2 Non deve essere anteriore a data ricovero Se modalità dimissione diversa da 2, 3, 4 e 9: Non deve essere posteriore a data dimissione	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 INTERVENTI IN SEQUENZA	953, 955, 957, 959 836, 838 840, 841 752, 753, 754, 755 651, 652, 653, 654, 646, 647, 648, 649 682(SEG)
25.2	Data altro inter. chirurgico 2	115-122	AN	8	OBB	Vedi Data altro intervento chirurgico 1	
26.2	Cod. altro inter. chirurgico 2	123-126	AN	4	OBB	Vedi Codice altro intervento chirurgico 1	
27.2	Data altro inter. chirurgico 3	127-134	AN	8	OBB	Vedi Data altro intervento chirurgico 1	
28.2	Cod. altro inter. chirurgico 3	135-138	AN	4	OBB	Vedi Codice altro intervento chirurgico 1 Numero interventi >15	776
29.2	Modalità di dimissione	139-139	AN	1	OBB V	Valorizzato Valido Congruente con riscontro autoptico	934 842 607
30.2	Riscontro autoptico	140-140	AN	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 Episodio IMA specificato Diagnosi propria su neonato DIAGNOSI/INTERVENTI INCONGRUENTI CON PARTO NORMALE CODICE PATOLOGIA NON UTILIZZABILE IN NESSUNA POSIZIONE CODICE NON UTILIZZABILE IN DIAGNOSI PRINCIPALE MALATTIA INFETTIVA DI CLASSE PRIMA - NOTIFICA OBBLIGATORIA IMMEDIATA	936 846 739 660, 666 672, 678, 683, 687 599 220 941 984(SEG) 983(SEG) 880(SEG) 981(SEG)
32.2	Codice patologia concomitante 1	146-150	AN	5	FAC	Se valorizzato: Valido Sottocategorie/sottoclassificazioni Compatibile con sesso Compatibile con anonimato Non precedentemente segnalato DIAGNOSI SECONDARIE IN SEQUENZA CODIFICA DI PATOLOGIA NON SPECIFICA SU NEONATO	848, 850, 852, 821 756, 757, 758, 759 661, 662, 663, 664, 667, 668, 669, 670 599 749 640(SEG) 305(SEG)
33.2	Cod. patologia Concomitante 2	151-155	AN	5	FAC	Vedi Codice patologia concomitante 1°	
34.2	Cod. pat. Conc.3	156-160	AN	5	FAC	Vedi Codice patologia concomitante 1° Numero diagnosi >15	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	AN	8	OBB V	Formato GGMMAAAA Valorizzato Valido Anno dimissione = anno competenza Non anteriore a data ricovero Non anteriore a data nascita paziente SUPERATO N. MAX. ASSENZE TEMPORANEE SUPERATO N. MAX. GIORNATE ASSENZE TEMPORANEE RICOVERO BREVE CON ASSENZE TEMPORANEE	938 790 999 628 616 777(SEG) 778(SEG) 779(SEG)

37.2	Unità operativa di dimissione	172-175	AN	4	OBB V	<p>Valorizzato Codice disciplina: Valorizzato Valido Diverso da AT Codice divisione: Valorizzato Valido Solo per PUBBLICO: Aperto alla data dimissione e congruente con regime di ricovero Appartenente alla struttura che dimette INCONGRUENZA DIAGNOSI/REPARTO SU NEONATO</p>	<p>940 974 882 792 817 817 854 615 939(SEG)</p>
38.2	Peso alla nascita in grammi.	176-179	N	4	OBB	<p>Se data ricovero = data di nascita Valorizzare Valido Peso nascita incongruente per non nato nella struttura CODICE 765.09 NON UTILIZZABILE IN DIAGNOSI PRINCIPALE CODICE 765.09 : NEONATO GRAVEMENTE IMMATURO CON PESO > 2500 GRAMMI CODIFICA DI PATOLOGIA NON CONGRUENTE CON IL PESO SU NEONATO</p>	<p>964 876 765 502 985(SEG) 306(SEG)</p>
39.2	Filler	180-181	AN	2		Impostare a spazi	
40.2	DRG	182-184	AN	3	FAC	<p>Versione 24 del Grouper Se valorizzato: Valido Congruente con Diagnosi V27 DRG MALDEFINITO DRG MEDICO IN DAY HOSPITAL SENZA PROCEDURA</p>	<p>847 782 783(SEG) 503 (SEG)</p>
41.2	Importo in Euro parte intera	185-191	N	7	FAC	Se valorizzato: Numerico	849
42.2	Importo in Euro parte decimale.	192-193	N	2	FAC	Se valorizzato: Numerico	849
43.2	Posizione contabile	194-194	AN	1	OBB V	<p>Valorizzato Valido Congruente con il mese che si elabora Se = 1 Dt.dimissione compresa nel mese di elaborazione Non deve esistere la scheda in banca dati Se = 2 Non deve esistere la scheda in banca dati Data dimissione compresa nei tre mesi precedenti a quello di elaborazione Se = 3 La scheda deve esistere in banca dati Deve riferirsi allo stesso anno di competenza Se =4 La scheda deve esistere in banca dati Deve riferirsi allo stesso anno di competenza Stabilimento/subcodice delle due schede devono essere uguali</p>	<p>966 890, 697 618 619 698 698 696 699 998 699 998 715</p>
44.2	Codice Presidio madre	195-200	AN	6	OBB	<p>Se valorizzato Numerico e valido alla data di dimissione del neonato Dati SDO madre incongruenti per scheda non di nascita</p>	<p>728, 827 764</p>
45.2	Sub codice madre	201-202	AN	2	OBB	<p>Se valorizzato Numerico Valido e congruente con il Codice Presidio madre Dati SDO madre incongruenti per scheda non di nascita</p>	<p>728 829, 727 764</p>
46.2	N° della scheda madre	203-210	N	8	OBB	<p>Se valorizzato Codice Presidio madre Numerico e diverso da zero Dati SDO madre incongruenti per scheda non di nascita</p>	<p>728 843 764</p>
47.2	Filler	211-216	AN	6		Impostare a spazi	
48.2	Score	217-218	AN	2	FAC	<p>Punteggio Euroscore Se valorizzato: Numerico</p>	737

49.2	Data prenotazione	219-226	AN	8	OBB	Se regime di ricovero=1 Tipo di ricovero=1 o 4 DRG= 124 o 125 e Intervento principale o secondari=88.55, 88.56, 88.57 DRG = C Diagnosi principale=V58.0 o V58.11 o V58.12	773
						Se regime di ricovero=2 DRG = 124 o 125 e Intervento principale o secondari=88.55, 88.56, 88.57 DRG = C Diagnosi principale=V58.0 o V58.11 o V58.12	773
						Data formalmente corretta GMMMAAAA	734
						Data ammissione >= data prenotazione	736
50.2	Flag Annullamento importo	227-227	AN	1	FAC	Se valorizzato: Valido	738
51.2	Classe di priorità	228-228	AN	1	FAC	MANCANTE Se valorizzato: Valido	987 988
52.2	Filler	229-250	AN	22		Impostare a spazi	

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

Per trasmettere i dati al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, tramite il portale WEB <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>, le Aziende Sanitarie e le strutture private, compresi i poliambulatori di Day Surgery, dovranno essere in possesso di un'utenza EXTRARER abilitata alla gestione del flusso e attribuita dalla Regione Emilia-Romagna (2 utenze per ogni Azienda). Ogni azienda sanitaria o struttura privata può inviare i file (**INVIO FILE**) da sottomettere al programma regionale dei controlli (**SIMULAZIONE**), verificare l'esito dell'elaborazione, correggere gli eventuali errori e segnalazioni e successivamente inviare i dati definitivi (**CONSOLIDAMENTO**).

L'esigenza di disporre dei dati sull'attività di ricovero in tempi utili per l'utilizzo regionale e per uniformità con la tempistica di trasmissione di tutti i flussi informativi strategicamente più rilevanti per la programmazione sanitaria, la scadenza prevista per l'invio del flusso SDO alla Regione dal 2009 **diverrà mensile**. Tuttavia, per consentire alle Aziende/strutture private un progressivo adeguamento dei propri sistemi informativi, la trasmissione dei **primi 6 mesi del 2009 manterrà la periodicità trimestrale** con le relative scadenze già normate da circolare n.7 del 25/03/2005. Successivamente a partire dal 7° invio la trasmissione dovrà avvenire con periodicità mensile rispettando le scadenze sotto indicate.

CALENDARIO DEGLI INVII

N° invio	Scadenze	Dati del mese	Posizione contabile
1° invio	Entro il 28 di Febbraio	Gennaio	1
2° invio	Entro il 31 di Marzo	Febbraio, Gennaio,	1, 2, 3
3° invio	Entro il 30 di Aprile	Marzo, Febbraio, Gennaio	1, 2, 3
4° invio	Entro il 31 di Maggio	Aprile, Marzo, Febbraio, Gennaio	1, 2, 3
5° invio	Entro il 30 di Giugno	Maggio, Aprile, Marzo e Febbraio	1, 2, 3
6° invio	Entro il 31 di Luglio	Giugno, Maggio, Aprile e Marzo	1, 2, 3
7° invio	Entro il 31 di Agosto	Luglio, Giugno, Maggio e Aprile	1, 2, 3
8° invio	Entro il 30 di Settembre	Agosto, Luglio, Giugno e Maggio	1, 2, 3
9° invio	Entro il 31 di Ottobre	Settembre, Agosto, Luglio e Giugno	1, 2, 3
10° invio	Entro il 30 di Novembre	Ottobre, Settembre, Agosto e Luglio	1, 2, 3
11° invio	Entro il 31 di Dicembre	Novembre, Ottobre, Settembre e Agosto	1, 2, 3
12° invio	Entro il 31 Gennaio dell'anno successivo	Dicembre, Novembre, Ottobre e Settembre	1, 2, 3
13° invio	Entro il 15 Aprile	Tutto l'anno	3

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

5-CONTROLLO E VALIDAZIONE DELLE INFORMAZIONI

Per garantire elevati standard di qualità al flusso informativo SDO, la gestione del flusso si articola in due fasi fondamentali: Elaborazione file e Ritorno informativo.

Attraverso le procedure informatiche adottate dalla Regione per il controllo e la validazione dei dati, vengono garantiti i requisiti minimi di qualità delle informazioni contenute su ogni singolo record. Il processo di validazione effettuato su ogni file trasmesso mensilmente dalle Aziende sanitarie, verte fondamentalmente su una serie di controlli di tipo logico-formale e riguarda le informazioni anagrafiche e sanitarie dichiarate dalle strutture erogatrici. L'assenza dei requisiti di qualità determina il mancato inserimento nell'archivio regionale del record relativo al ricovero errato.

SIMULAZIONE

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

- A) Statistiche elaborative e n° di record elaborati
- B) Scarti
- C) DRG
- D) Importi
- E) Segnalazioni

B) SCARTI

<nome del file inviato>. ERR

Il file contenente i singoli record scartati per il mancato superamento dei controlli di 1° livello e quindi scartate.

tracciato :

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

C) DRG <nome del file inviato>. DRG

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

tracciato :

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

D) IMPORTI <nome del file inviato>. IMP

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

tracciato :

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

E) SEGNALAZIONI <nome del file inviato>. SEG

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

tracciato :

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

6-RITORNO INFORMATIVO

Successivamente al consolidamento effettuato dall'Azienda/struttura, mensilmente vengono messi a disposizione sul portale WEB del Servizio **Sistema informativo politiche per la salute e politiche sociali** i seguenti tipi di file:

- A) Statistiche riepilogative del caricamento e diagnostica scarti e segnalazioni
- B) Scarti
- C) DRG
- D) Segnalazioni
- E) Ricoveri ripetuti
- F) Mobilità attiva infraregionale
- G) Mobilità attiva interregionale e residenti all'estero
- H) Mobilità passiva infraregionale
- I) Attività residenziale psichiatrica e ex art.26

Il contenuto dei file può essere scaricato impostando i seguenti parametri:

Ritorno Informativo

The screenshot shows a web interface with a light green background. It contains three rows of search filters, each with a label on the left and a dropdown menu on the right. The first row is labeled 'Anno' and has '2008' selected. The second row is labeled 'Invio' and has 'tutti' selected. The third row is labeled 'Tipo di file:' and has 'tutti' selected. Below these filters is a button labeled 'Visualizza File'.

I file da

scaricare hanno una denominazione così composta :

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

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

aaaa si intende l'anno

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

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

A) STATISTICHE RIEPILOGATIVE DEL CARICAMENTO E DIAGNOSTICA SCARTI E SEGNALAZIONI

(nome file **STATISTICHE.uuuaaaaii.ssssss.HTM**)

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

B) SCARTI

(nome file **SCARTI.uuuaaaaii.ssssss.txt**)

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

tracciato : (vedi tracciato simulazioni)

C) DRG

(nome file **DRG.uuuaaaaii.ssssss.txt**)

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

tracciato : (vedi tracciato simulazioni)

D) SEGNALAZIONI

(nome file **SEGNALAZIONI.uuuaaaaii.ssssss.txt**)

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

tracciato : (vedi tracciato simulazioni)

E) RIPETUTI

(nome file **RIPETUTI.uuuaaaaii.ssssss.txt**)

Il file contiene SDO relative a ricoveri ripetuti o sovrapposti all'interno del presidio. La tipologia di ricoveri ripetuti (2,3) a chiusura annuale dell'archivio regionale subirà un abbattimento tariffario così come previsto dalla Delibera tariffaria di riferimento

tracciato :

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

F) MOBILITA' ATTIVA INFRAREGIONALE

(nome file **MOBATTINFRA.uuuaaaaii.ssssss.txt**)

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

Per un corretto monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza non a carico del SSN, quindi valorizzati a zero) sono parte integrante del file. Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente e il contenuto del file è cumulativo: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

G) MOBILITA' ATTIVA INTERREGIONALE E RESIDENTI ALL'ESTERO

(nome file **MOBATTEXTRA.uuuaaaaii.ssssss.txt**)

Questo file, *fornito a tutte le Aziende/strutture erogatrici*, contiene tutti i record validati relativi ai ricoveri riferiti a residenti in altre regioni/estero oggetto di compensazione interregionale. Per un corretto monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza non a carico del SSN, quindi valorizzati a zero) sono parte integrante del file. Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente. Soltanto le prestazioni accettate in banca dati concorrono a determinare l'importo da compensare. Il file della mobilità interregionale contiene anche le prestazioni erogate ai residenti all'estero (comune di residenza 999+ codice nazione) Per consentire alle Aziende Territoriali il controllo dell'attività dei propri produttori privati nei confronti dei fuori regione, nel presente file viene certificata anche l'attività dei medesimi. Il contenuto del file è cumulativo: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

Tracciato: Mobilità attiva infra e interregionale

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

H) MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONALE

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

Per un corretto monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza non a carico del SSN, quindi valorizzati a zero) sono parte integrante del file. Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente e il contenuto del file è cumulativo: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

(nome file **MOBPASINFRA.uuuaaaaii.ssssss.ANA.txt**)

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

(nome file **MOBPASINFRA.uuuaaaaii.ssssss.RIC.txt**)

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

I) ATTIVITA' RESIDENZIALE PSICHIATRICA E EX ART.26

(nome file **FATRES.uuuaaaaii.ssssss.txt**)

Questo file, fornito solo alle Aziende USL, riguarda l'attività delle residenze psichiatriche e degli istituti di riabilitazione ex art.26 erogata a residenti in Emilia Romagna e regolamentata tramite la fatturazione diretta. Il contenuto del file è cumulativo: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice Azienda	1-3	AN	3	
Codice Presidio	4-9	AN	6	
Subcodice	10-11	AN	2	
Anno SDO	12-13	N	2	
Progressivo SDO	14-19	N	6	
Comune di residenza	20-25	AN	6	
Importo Regione	26-33	N	8	Parte intera
	34-35	N	2	Parte decimale
Tipo record	36-36	AN	1	1. ricovero in residenza psichiatrica intensiva 2. ricovero in residenza psichiatrica protratta 3. ricovero in residenza psichiatrica intensiva specialistica 4. ricovero in residenza psichiatrica con trasferimenti 5. ricovero in Istituto di riabilitazione ex Art.26
Unità operativa di dimissione	37-40	AN	4	
Filler	41-50	AN	10	

Tipo record=4 individua quelle schede che nel corso dello stesso ricovero hanno cambiato tipologia (es. data ammissione 20/01/2009 nel reparto 4097 (residenza intensiva) e data trasferimento 5/02/2009 nel reparto 4098 (residenza protratta) con dimissione 30/04/2009)

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

Monica Merlin
Tel 051/6397429
mmerlin@regione.emilia-romagna.it

Cristiano Visser
Tel 051/6397416
cvisser@regione.emilia-romagna.it

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

Maria Vizioli
Tel 051/6397174
mvizioli@regione.emilia-romagna.it

Eugenio Di Ruscio



Eleonora Verdini

