

Flusso informativo

Scheda di dimissione ospedaliera

FAQ Variabili amministrative

DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
SETTORE ASSISTENZA OSPEDALIERA
SETTORE ASSISTENZA TERRITORIALE
SETTORE GESTIONE FINANZIARIA ED ECONOMICA DEL SSR
AREA ICT E TRANSIZIONE DIGITALE DEI SERVIZI AL CITTADINO

Aziende Sanitarie USL di Parma, Reggio Emilia, Bologna e Romagna

Bologna 27 maggio 2025

Incontri SDO 28 e 29 gennaio 2025

Qualità del dato attraverso 5 dimensioni

Qualità formale

- Scarti
- Segnalazioni

Tempestività

- Indicatore SIVER IND0530 Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza

Qualità sostanziale

- Variabilità tra Aziende Focus su alcune variabili (proposta ricovero, modalità dimissione, tipo di ricovero, motivo di ricovero in dh)
- Codifica Altro utilizzato troppo spesso

Completezza

- Scarti corretti ed entrati in banca dati regionale
- Banca dati aziendale SDO \equiv Banca dati regionale

Coerenza

- Dati SDO e Sigla, SDO e ANAG
- Tipologia di ricoveri (sovrapposti)



Gruppo di lavoro Regione/Aziende USL



Azienda USL di Parma

- Anna Pieri
- Vincenzo Russo

Azienda USL di Reggio Emilia

- Valentina Amore
- Sara Cremonini

Azienda USL di Bologna

- Andrea Biscardi
- Lucia Rubbi

Azienda Romagna

- Riccardo Bentivegna

Agenda

Faq

Variabili amministrative

- Proposta di ricovero
- Tipo di ricovero
- Modalità di dimissione
- Motivo di ricovero in DH
- Onere della degenza
- Flag controllo

1^a rilevazione controlli sanitari

Progetto ministeriale

- Aggiornamento dei sistemi di codifica e classificazione da utilizzare nei sistemi informativi NSIS

Proposta di ricovero

01 = Ricorso diretto

02 = Medico di base

03 = Programmato da stesso istituto

04 = Trasferito da istituto pubblico

05 = Trasferito da istituto privato Accreditato

06 = Trasferito da istituto privato non Accreditato

07 = Trasferito da altro tipo attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero nello stesso presidio

08 = Altra assistenza (Hospice, OSCO, SIAR ecc.)

10 = Paziente inviato dal Centro Salute Mentale

11 = Paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso

12 = Ricovero al momento della nascita

13 = Carcere

14 = Paziente inviato alla struttura privata da uno specialista pubblico

99 = Altro

La codifica corretta è 01 Ricorso diretto.
 Questa codifica deve essere utilizzata anche se

- il paziente è stato inviato al PS dal medico di base o guardia medica
- il paziente è stato inviato dal Ps in una struttura privata. *In questo caso il tipo di ricovero deve essere 2 D'urgenza*

Paziente accede al PS e poi viene ricoverato

La codifica corretta è 7 Trasferito da altro tipo di attività di ricovero o da altro regime di ricovero nello stesso presidio

Esempio
 Acuto → Post acuto e viceversa
 Ordinario → DH e viceversa
 e si deve utilizzare nel secondo ricovero

Paziente trasferito da altra attività o altro regime

Proposta di ricovero

Paziente accede direttamente in reparto

La codifica corretta è 11 Paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico.

Questa codifica deve essere utilizzata anche nel caso di un paziente che accede direttamente in sala di emodinamica accompagnato dall'automedica

Paziente trasferito da Ospedale Pubblico

La codifica corretta è 04 Trasferito da un istituto di cura pubblico
 Questa codifica deve essere utilizzata anche se

- il paziente viene trasferito direttamente in reparto di un Ospedale pubblico proveniente da un PS di un altro Presidio/Azienda
- il paziente viene trasferito da un ricovero Pubblico in un Ospedale Privato con richiesta di continuazione del percorso di cura
- il paziente viene inviato da un PS e il ricovero in Ospedale Privato viene programmato nel giro di una settimana/dieci giorni. *In questo caso il tipo di ricovero sarà 1 Programmato oppure 4 Programmato con preospedalizzazione*

Domanda 1

D: Nel caso in cui un paziente accede al ricovero tramite pronto soccorso e su indicazione del medico di base/guardia medica qual è la codifica più appropriata da inserire nella variabile Proposta di ricovero?

R: La codifica è 01 Ricorso diretto.

Domanda 2

D: Quando un paziente accede in un Ospedale privato direttamente dal Pronto Soccorso di un Ospedale Pubblico come si deve codificare il campo proposta di ricovero e tipo di ricovero?

R: Per quanto riguarda il campo Proposta di ricovero si deve utilizzare la codifica 01 Ricorso diretto e per Tipo di ricovero 2 Ricovero d'urgenza.

Domanda 3

D: Che differenza c'è tra la codifica 01 Ricorso diretto e la codifica 11 Paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso?

R: Il codice 01 vuol dire che il paziente accede all'ospedale tramite il PS, mentre il codice 11 deve essere utilizzato quando il paziente va direttamente in reparto/sala operatoria.

Domanda 4

D: Qual è la codifica appropriata della variabile proposta di ricovero nel caso in cui il paziente arriva direttamente in sala emodinamica accompagnato dall'automedica?

R: La codifica corretta è 11 Paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso.

Domanda 5

D: Se un paziente viene ricoverato in un Ospedale pubblico accedendo direttamente in reparto e proveniente da un PS di un'altra Azienda pubblica qual è la codifica più appropriata della variabile Proposta di ricovero?

R: *La codifica è 04 Trasferito da istituto pubblico.*

Domanda 6

D: Se un paziente viene dimesso dal Ps con indicazione chirurgica (ad es. frattura malleoli, rotula ecc.) e inviato in un ospedale privato dove verrà operato nel giro di una settimana - dieci giorni. Come bisogna compilare le variabili tipo di ricovero e proposta di ricovero?

R: *La codifica appropriata per la variabile Tipo di ricovero è 1 Programmato oppure 4 Programmato con preospedalizzazione e per il campo Proposta di ricovero 04 Trasferito da un istituto di cura pubblico.*

Domanda 7

D: Nella variabile Proposta di ricovero quando va utilizzato il codice 07 Trasferito da altro tipo attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero nello stesso presidio?

R: *Il codice 07 va utilizzato per il secondo ricovero post acuto quando nell'ambito dello stesso Presidio c'è un trasferimento dalla fase acuta oppure, sempre per il secondo ricovero nello stesso Presidio, si passa dal regime ordinario al DH o viceversa (dh/ordinario).*

La codifica corretta è 03 Programmato da stesso istituto.

Questa codifica deve essere utilizzata anche se

- il paziente dopo il primo ricovero chirurgico necessita di un ricovero per prosecuzione cure

Esempio rimozione fissatore esterno e riduzione di frattura con mezzi di sintesi.

In questo caso il campo tipo di ricovero sarà 01 Programmato oppure 4 Programmato con preospedalizzazione

- il paziente sottoposto a visita specialistica presso ambulatorio ospedaliero pubblico viene inviato direttamente in reparto per ricovero.

In questo caso il campo tipo di ricovero 2 D'Urgenza

- il paziente accede in un ospedale privato con onere della degenza 4 Solvente



Domanda 8

D: Qualora il paziente dopo il primo ricovero chirurgico abbia bisogno di un secondo ricovero per prosecuzione cure (ad es per rimozione fissatore esterno e riduzione di frattura con mezzi di sintesi), come vanno codificati i campi tipo di ricovero e proposta di ricovero?

R: *La codifica per tipo di ricovero è 1 Programmato oppure 4 Programmato con preospedalizzazione e Proposta di ricovero 03 Programmato da stesso istituto.*

Domanda 9

D: La proposta di ricovero 04 Traferito da un istituto di cura pubblico si può utilizzare anche nel caso di un paziente che dopo un ricovero in un Ospedale pubblico accede in un Ospedale privato con onere della degenza 04 Ricovero a totale carico del paziente?

R: *La codifica 04 Trasferito da un istituto di cura pubblico deve essere utilizzata se c'è stata da parte del Pubblico una richiesta per la continuazione del percorso di cura. Se invece il paziente decide in autonomia di essere ricoverato nell'Ospedale privato la codifica più appropriata è 03 = Programmato da stesso istituto.*

Domanda 10

D: Se un paziente, sottoposto a visita specialistica presso ambulatorio ospedaliero pubblico (nefrologia, urologia, ginecologia, diabetologia ecc), viene inviato direttamente in reparto per il ricovero, quale sono le codifiche da utilizzare per le variabili Proposta di ricovero e tipo di ricovero?

R: *Il codice appropriato per il campo Proposta di ricovero è 03 Programmato da stesso istituto e per Tipo di ricovero 2 D'urgenza.*

Domanda 11

D: Quando un paziente va in un Ospedale privato con Onere della degenza 4 Ricovero a totale carico paziente qual é la codifica per la variabile Proposta di ricovero?

R: *Il codice appropriato è 03 = Programmato da stesso istituto.*

Domanda 12

D: Se un paziente, proveniente da una struttura OSCO, viene ricoverato in Ospedale per intervento chirurgico programmato qual é la codifica più appropriata del campo Proposta di ricovero?

R: *La codifica da utilizzare è 03 Programmato da stesso istituto.*

Domanda 13

D: Se un paziente accede in un Ospedale privato proveniente da un Ospedale pubblico (ricovero) come si deve codificare il campo proposta di ricovero?

R: *Si deve codificare con 04 Trasferito da un istituto di cura pubblico.*

Domanda 14

D: La codifica 08 Altra assistenza del campo Proposta di ricovero cosa vuol dire?

R: *La codifica 08 Altra assistenza indica se il paziente accede all'ospedale da strutture residenziali territoriali (ad esempio Hospice, OSCO, strutture psichiatriche residenziale, REMS, strutture residenziali per anziani, per disabili ecc.).*

Domanda 15

D: Se un neonato nasce in un Presidio e lo stesso giorno viene trasferito in un altro Presidio o Azienda come si deve codificare il campo Proposta di ricovero?

R: *La codifica 12 Ricovero al momento della nascita deve essere utilizzata solamente nel primo ricovero (ricovero dove nasce il neonato) mentre nel secondo ricovero il campo proposta di ricovero sarà 04 Trasferito da istituto pubblico.*

Solo nel primo ricovero si deve compilare il campo peso in grammi.

Domanda 16

D: Se un neonato nasce fuori dall'ospedale (casa/auto ecc.) e viene ricoverato per necessità di cure come si deve codificare la variabile proposta di ricovero?

R: *La codifica è 99 = Altro.*

Tipo di ricovero

1 = Programmato

2 = D'urgenza

3 = T.S.O.

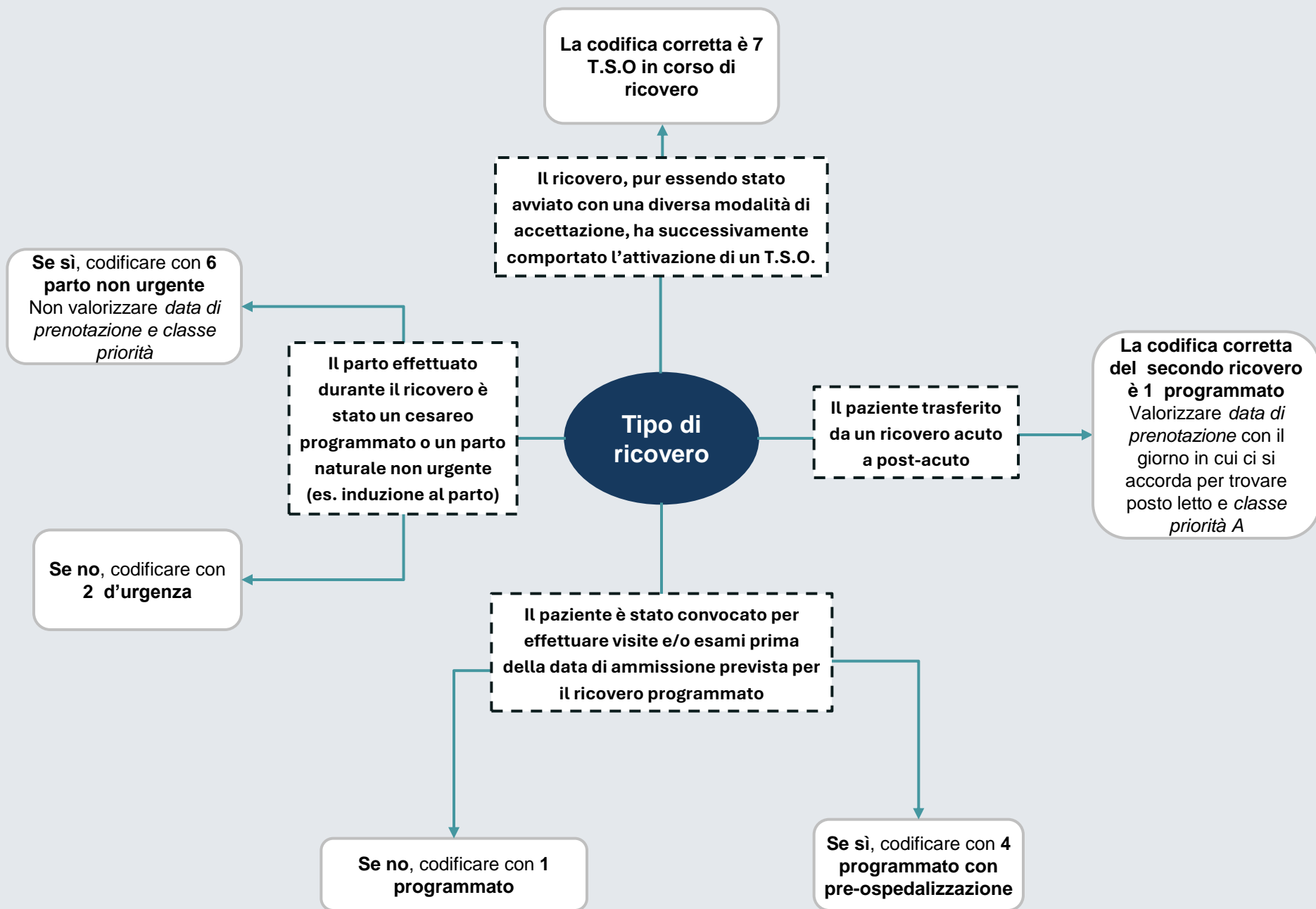
4 = Programmato con preospedalizzazione

5 = Ricovero d'urgenza da OBI

6 = Parto non urgente

7 = T.S.O. in corso di ricovero

Variabile obbligatoria per i ricoveri ordinari, esclusi i nati nella struttura (proposta di ricovero = 12 Ricovero al momento della nascita)



Esempio clinico di Parto Urgente (Tipo di ricovero = 2)

Contesto clinico:

Una donna alla 38^a settimana di gestazione, senza indicazione a cesareo programmato, si presenta improvvisamente in Pronto Soccorso ostetrico con:

- Dolore addominale acuto
- Contrazioni uterine ravvicinate
- Sanguinamento vaginale
- Frequenza cardiaca fetale alterata (bradicardia) al tracciato CTG

Diagnosi ostetrica: sospetta distacco intempestivo di placenta normalmente inserita (DPPNI)

Codifica amministrativa corretta:

Campo	Valore
Tipo di ricovero	2 – D’urgenza
Regime	1 – Ordinario
Data prenotazione	Non valorizzata
Classe priorità	Non valorizzata

Esempio clinico di parto non urgente Tipo ricovero 6

✦ *Cesareo programmato o induzione al parto senza urgenza*

- Travaglio elettivo o parto cesareo pianificato.
- Non sussistono urgenze ostetriche.

✦ **Importante:**

- **NON** valorizzare *data di prenotazione e classe priorità*.
- I DRG devono rientrare tra 370–375.

Esempio clinico

◆ 6 = Parto non urgente

✦ Parto programmato (cesareo o induzione).

Esempio clinico:

- Gestante alla 39^a settimana, con pregresso taglio cesareo, programmata per nuovo cesareo elettivo.
Viene ricoverata senza condizioni di urgenza.

Domanda 17

D: Qual è la differenza tra la codifica 1 Programmato e 4 programmato con preospedalizzazione?

R: *Il campo Tipo di ricovero 1 Programmato deve essere utilizzato per tutti i ricoveri programmati dove il paziente non viene chiamato prima della data di ammissione al ricovero a fare esami e/o visite, mentre la codifica 4 deve essere utilizzata nel caso in cui il paziente viene chiamato a fare esami e/o visite prima della data di ammissione.*

Domanda 18

D: Quando un paziente viene trasferito da un ricovero acuto a un ricovero post-acuto come va codificata la variabile Tipo di ricovero?

R: *In caso di trasferimento da acuto a post acuto il secondo ricovero si intende programmato (senza inserimento in lista di attesa) con data di prenotazione (quando ci si accorda per trovare il posto letto) e classe di priorità A.*

Domanda 19

D: Quando, nel corso di un ricovero, viene effettuato un trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.), come deve essere compilato il campo Tipo di ricovero?

R: *La corretta codifica prevede l'utilizzo del codice 7 Ricovero per T.S.O. in corso di ricovero anche se la codifica del campo Tipo ricovero all'accettazione era diversa.*

Domanda 20

D: Cosa si intende per Parto non urgente?

R: *Il codice 6 Parto non urgente individua i parti cesarei programmati o i naturali non urgenti (es: induzioni). Utilizzando questa codifica i campi data di prenotazione e classi di priorità non devono essere valorizzati. Per i casi di parto urgente utilizzare il codice 2=D'urgenza.*

Tipo ricovero	001 - PROGRAMMATO	002 - D'URGENZA	004 - PROGRAMMATO CON PREOSPEDALIZZAZIONE	005 - RICOVERO D'URGENZA DA OBI	006 - PARTO NON URGENTE	TOTALE
Azienda di ricovero	Numero Ricoveri (Percentuale riga)	Numero Ricoveri (Percentuale riga)	Numero Ricoveri (Percentuale riga)	Numero Ricoveri (Percentuale riga)	Numero Ricoveri (Percentuale riga)	Numero Ricoveri (Percentuale riga)
PIACENZA		59,3			40,7	100
PARMA		71,2			28,8	100
REGGIO EMILIA	4,7	57,7			37,6	100
MODENA	2,8	44,6	4,6		48	100
BOLOGNA	5,8	87,5	0,1		6,6	100
IMOLA	19,6	63,1	3,9		13,4	100
ROMAGNA		78,1			21,9	100
AOSPU PARMA		16,6		0,3	83,1	100
AOSPU MODENA	9	91				100
IRCCS S. ORSOLA	0,3	55,5	4,5	8,2	31,5	100
AOSPU FERRARA		69,8		1,3	28,8	100
TOTALE	3	66,3	0,8	0,8	29,1	100

Filtri applicati al report

Anno: 2025 (provvisorio)

DRG: 370 C-PARTO CESAREO CON CC, 371 C-PARTO CESAREO SENZA CC, 372 M-PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI, 373 M-PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI, 374 C-PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, 375 C-PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO

MODALITA' DI DIMISSIONE

1 = Deceduto

2 = Ordinaria a domicilio

3 = Protetta c/o strutture extraospedaliere

4 = Protetta al domicilio

5 = Volontaria

6 = Trasferimento ad istituto per acuti

7 = Trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso presidio

8 = Trasferimento ad istituto riabilitazione

9 = Protetta con attivazione A.D.I.

A = Episodio di allontanamento

B = Deceduto per suicidio avvenuto in ospedale

C = Resort



Domanda 21

D: In un ricovero diurno come deve essere codificata la modalità di dimissione nel caso in cui l'ospedale, facendo una verifica, viene a sapere che il paziente è deceduto a casa dopo l'ultimo accesso? E quale deve essere la data di dimissione del ricovero di Day Hospital?

R: *L'informazione sul decesso non va riportata nella SDO e la data di dimissione deve corrispondere all'ultimo accesso. La codifica del campo Modalità di dimissione più appropriata è 2 Ordinaria al domicilio.*

Domanda 22

D: Nel caso in cui alla dimissione da un reparto acuto vengano prescritte al paziente terapie domiciliari qual è la codifica corretta da utilizzare nella variabile Modalità di dimissione?

R: *La codifica più appropriata è 2 ordinaria al domicilio.*

Domanda 23

D: Un paziente psichiatrico che risiede in una casa alloggio (struttura residenziale) e a seguito di un ricovero ospedaliero ritorna nella casa alloggio qual è la codifica appropriata per la modalità di dimissione?

R: *Si deve utilizzare il codice 3 dimissione protetta presso strutture extraospedaliere.*

Domanda 24

D: Per pazienti che dopo il ricovero in ospedale tornano nella struttura REMS qual è la codifica appropriata della modalità di dimissione?

R: *La codifica da utilizzare è 3 Protetta presso strutture extraospedaliere.*

Domanda 25

D: Quando un paziente viene dimesso e trasferito in un ospedale di lungodegenza fuori dal Presidio/Azienda come si deve codificare il campo di modalità di dimissione?

R: Si deve codificare con 8 trasferito ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione.

Domanda 26

D: Nella variabile Modalità di dimissione che differenza c'è tra le codifiche 5 Volontaria e A Episodio di allontanamento?

R: La codifica 5 va utilizzata quando il paziente decide, contro il parere dei medici, di uscire dall'ospedale e sottoscrive l'autodimissione, mentre va utilizzata la codifica A quando il paziente si allontana dall'ospedale senza alcuna comunicazione.

Domanda 27

D: Quando va compilata la codifica 9 Protetta con attivazione di ADI?

R: *Questa codifica deve essere utilizzata quando viene inviata la segnalazione per l'attivazione o riattivazione delle cure domiciliari (LEA 2017 art 22) o l'attivazione dei Servizi Territoriali: Paziente psichiatrico (Salute Mentale Adulti), Paziente tossicodipendente (SERT), Bambino con grave handicap psico, fisico (Neuropsichiatria Infantile).*

Domanda 28

D: Pazienti segnalati alla COT (Centrale operativa territoriale). Qual é la codifica che si deve utilizzare per la Modalità di dimissione?

R: *La codifica più appropriata è 9 = Protetta con attivazione ADI.*

Domanda 29

D: Quando un paziente viene dimesso e segnalato al CSM (Centro Salute Mentale) come si deve codificare la variabile Modalità di dimissione?

R: *La codifica è 9 Protetta con attivazione ADI.*

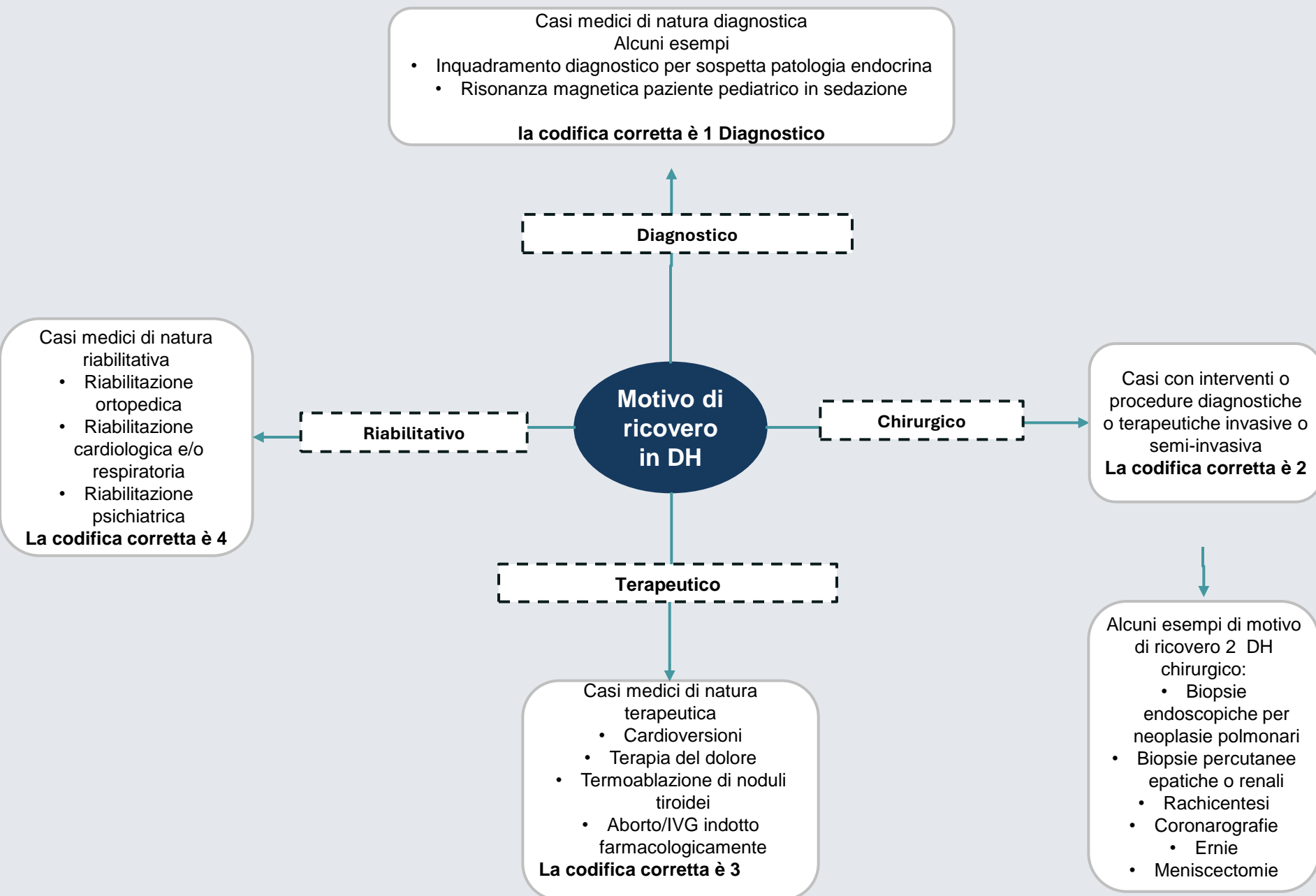
Motivo di ricovero in dh

1 = Diagnostico (ivi compreso il follow up)

2 = Chirurgico (Day surgery)

3 = Terapeutico

4 = Riabilitativo



Domanda 30

D: In un ricovero di DH la codifica del campo Motivo del ricovero 1 Diagnostico va utilizzata in tutti i casi in cui il ricovero venga effettuato per finalità diagnostica ?

R: *No. Il valore 1 Diagnostico va utilizzato per i soli casi medici, escludendo i casi (anche se effettuati con finalità diagnostica) con intervento chirurgico o procedura diagnostica e/o terapeutica invasiva e semi invasiva.*

Domanda 31

D: In caso di DH in cui viene effettuato un Aborto/IVG indotto farmacologicamente come va codificato il campo Motivo del ricovero in DH?

R: *Va utilizzato il codice 3 Terapeutico.*

Domanda 32

D: In un ricovero di DH in cui venga effettuata una procedura invasiva in sala emodinamica (ad es. Coronarografia) o ricoveri con biopsia percutanea epatica o renale (tutte condizioni che generano un DRG medico) come va codificato il campo Motivo del ricovero in DH?

R: *In caso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive è indicato l'uso del codice 2 Chirurgico (Day surgery) pertanto nei casi sopra descritti è possibile utilizzare tale codifica.*

Onere della degenza

1 = Ricovero a totale carico SSN

2 = Ricovero a carico SSN con differenza alberghiera

4 = Ricovero a totale carico paziente

5 = Libera professione

6 = Libera professione e differenza Alberghiera

7 = Ricovero a carico SSN di stranieri paesi convenzionati

8 = Ricovero a carico SSN di stranieri indigenti

9 = Altro

A = Ricovero a carico Ministero Interni di stranieri indigenti

U = Cittadini stranieri che, nell'ambito dei progetti umanitari, arrivano in Italia per cure medico-ospedaliere

S = ricovero a totale o parziale carico di progetti di ricerca (sperimentazione)

Pazienti residenti in Italia che pagano completamente il ricovero
Pazienti paganti UE che usufruiscono di prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi della Direttiva 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera (Assistenza indiretta)

Pazienti paganti no UE

Codice da utilizzare 4 ricovero senza oneri per il SSN (solvente)

(questo codice può essere utilizzato sia dal pubblico che dal privato)

Pazienti iscritti al SSN che scelgono il/i professionista/i per intervento chirurgico. Una quota è a carico del pz e una quota a carico SSN

Pazienti non residenti in Italia e non iscritti a SSN che scelgono il/i professionista/i per intervento chirurgico

**100% Tariffa DRG Specifica + compensi professionista/ii coinvolti
Tutto a carico del pz**

Codice da utilizzare 5 libera professione o 6 libera professione e differenza alberghiera

(questi codici possono essere utilizzati solamente da ospedali pubblici)

Per urgenze, con polizza
(non iscritto al SSN)
o ricoveri programmati
**Utilizzare il codice 4
solvente**

Per urgenze, in assenza
di polizza (non iscritto al
SSN)
**Utilizzare il codice 1
ricovero a totale carico
del SSN**

**Cittadini italiani iscritti
all'AIRE (Anagrafe degli
Italiani Residenti
all'Estero)**

**Onere
della
degenza**

**Ricoveri a carico SSN
di stranieri paesi
convenzionati**

Paesi UE, SEE, Regno
Unito, Svizzera e Paesi
convenzionati
Codice da utilizzare è il 7
Tra i paesi convenzionali
c'è San Marino

Ricoveri pazienti stranieri indigenti

Onere della degenza 8

Tutela della gravidanza e della maternità, tutela della salute del minore
Vaccinazioni, interventi di profilassi internazionale
profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Onere della degenza A
Ricoveri per Cure urgenti
o comunque essenziali

Domanda 33

D: Che differenza c'è tra il codice 8 Ricovero a carico SSN di stranieri indigenti e il codice A Ricovero a carico Ministero Interni (*) di stranieri indigenti

R: *Sono a carico del SSN (onere della degenza 8) interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva quali: tutela della gravidanza e della maternità, tutela della salute del minore, vaccinazioni, interventi di profilassi internazionale e profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.*

Mentre si deve codificare A (Ricovero a carico Ministero Interni di stranieri indigenti) i ricoveri per cure urgenti e essenziali .

Circolare n.5 del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000

() Dal 2017 la competenza è passata dal Ministero degli interni al Ministero della salute come da art. 32 Decreto Legge n. 50 del 24/04/2017*

Domanda 34

D: Nel caso di paziente straniero indigente inviato dal pubblico presso un ospedale privato accreditato come deve quest'ultimo codificare il campo onere della degenza?

R: *Si deve codificare con 8 ricovero a carico del SSN oppure con A ricovero a carico del ex Ministero dell'Interno (vedi domanda precedente) .*

Segnalazioni

- Deve valere '8' in caso di Codice Fiscale 'STP' e MDC = '14', minorenni e patologia principale infettiva (0345 Segnalazione)
- - Deve valere 'A' in caso di Codice Fiscale 'STP' e MDC \neq '14', maggiorenni e patologia principale non infettiva

Esempi di segnalazioni in cui l'Azienda inserisce 8 invece di A

Onere della degenza=008

Età del paziente	Sesso	Disciplina di ammissione	Patologia principale	DRG calcolato dalla Regione	Categoria diagnostica principale
28	F	037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	V71.5 OSSERVAZIONE SUCCESSIVA AD ASSERTITA VIOLENZA CARNALE O SEDUZIONE	467 M-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	23-FATT. INFLUENZ. SALUTE ED IL RICORSO AI S. SANITARI
27	F	037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	574.30 CALCOLOSI DEL DOTTO BILIARE CON COLECISTITE ACUTA, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE	208 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC	07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS
31	F	037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	V72.31 VISITA GINECOLOGICA DI ROUTINE	467 M-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	23-FATT. INFLUENZ. SALUTE ED IL RICORSO AI S. SANITARI
23	F	037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	626.6 METRORRAGIA	369 M-DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE
31	F	038 - OTORINOLARINGOIATRIA	246.8 ALTRI DISTURBI SPECIFICATI DELLA TIROIDE	290 C-INTERVENTI SULLA TIROIDE	10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI
39	M	036 - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	713.0 ARTROPATIA ASSOCIATA AD ALTRI DISTURBI ENDOCRINI E METABOLICI	234 C-ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO
21	F	037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	591 IDRONEFROSII	324 M-CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	11-RENE E VIE URINARIE
71	F	056 - RECUPERO E RIABILITAZIONE	V43.65 SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONE DEL GINOCCHIO	256 M-ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO
68	F	049 - TERAPIA INTENSIVA	410.71 INFARTO SUBENDOCARDICO, EPISODIO INIZIALE DI ASSISTENZA	549 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE	05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO
68	F	007 - CARDIOCHIRURGIA	998.59 ALTRA INFEZIONE POSTOPERATORIA	579 C-INFEZIONI POST-OPERATORIE O POST-TRAUMATICHE CON INTERVENTO CHIRURGICO	18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE
41	M	060 - LUNGODEGENTI	V66.0 CONVALESCENZA SUCCESSIVA A CHIRURGIA	467 M-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	23-FATT. INFLUENZ. SALUTE ED IL RICORSO AI S. SANITARI
83	F	021 - GERIATRIA	428.0 INSUFFICIENZA CARDIACA CONGESTIZIA NON SPECIFICATA (SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO NON SPECIFICATO)	127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO
83	F	060 - LUNGODEGENTI	428.0 INSUFFICIENZA CARDIACA CONGESTIZIA NON SPECIFICATA (SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO NON SPECIFICATO)	127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO
65	M	021 - GERIATRIA	560.39 ALTRO INTASAMENTO DELL'INTESTINO	180 M-OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE CON CC	06-APP. DIGERENTE
60	F	030 - NEUROCHIRURGIA	198.3 TUMORI MALIGNI SECONDARI DI ENCEFALO E MIDOLLO SPINALE	008 C-INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	01-SISTEMA NERVOSO
52	F	007 - CARDIOCHIRURGIA	424.0 DISTURBI DELLA VALVOLA MITRALE	105 C-INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE E ALTRI INTERVENTI MAGGIORI CARDIOTORACICI SENZA CATETERISMO CARDIACO	05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO
40	M	024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	821.00 FRATTURA CHIUSA DI PARTE NON SPECIFICATA DEL FEMORE	485 C-REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	24-TRAUMATISMI MULTIPLI
74	M	024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	692.9 DERMATITE DA CAUSE NON SPECIFICATE	284 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA

Esempi di segnalazioni in cui l'Azienda inserisce A invece di 8

Onere della degenza=A

Età del paziente	Sesso	Disciplina di ammissione	Patologia principale	DRG calcolato dalla Regione	Categoria diagnostica principale
20	F	037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	639.1 PERDITA EMATICA RITARDATA O ECCESSIVA COME COMPLICAZIONE DI ABORTO E GRAVIDANZE ECTOPICHE E MOLARI	376 M-DIAGNOSI RELATIVE A POSTPARTO E POSTABORTO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	14-GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO
57	M	002 - DAY HOSPITAL	097.1 SIFILIDE LATENTE NON SPECIFICATA	423 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE
24	F	026 - MEDICINA GENERALE	011.82 ALTRE FORME DI TUBERCOLOSI POLMONARE, RISULTATO DELL'ESAME BATTERIOLOGICO O ISTOLOGICO NON CONOSCIUTO (ALLO STATO ATTUALE)	079 M-INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC	04-APP. RESPIRATORIO
44	M	009 - CHIRURGIA GENERALE	078.11 CONDILOMA ACUMINATO	267 C-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA
62	M	026 - MEDICINA GENERALE	038.0 SETTICEMIA STREPTOCOCCICA	576 M-SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE, ETA' > 17 ANNI	18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE
92	F	026 - MEDICINA GENERALE	038.40 SETTICEMIA DA ALTRI BATTERI GRAM-NEGATIVI, NON SPECIFICATA	576 M-SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA >= 96 ORE, ETA' > 17 ANNI	18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE

Domanda 35

D: Un paziente residente a San Marino qual è l'onere della degenza che si deve utilizzare?

R: Va utilizzato il codice 7 Ricovero a carico SSN di stranieri paesi convenzionati .

Domanda 36

D: Un paziente residente nel Regno Unito qual è l'onere della degenza che si deve utilizzare?

R: Va utilizzato il codice 7 Ricovero a carico SSN di stranieri paesi convenzionati .

Domanda 37

D: Un paziente che richiede una camera a pagamento quale onere si deve utilizzare ?

R: Va utilizzato il codice 2 Ricovero a carico SSN con differenza alberghiera se è un ricovero SSN, mentre va utilizzato il codice 6 Libera professione e differenza Alberghiera se è un ricovero in libera professione (a prescindere dal reparto).

Domanda 38

D: Che differenza c'è tra la libera professione e solvente?

R: *I codici 5 Libera professione e 6 = Libera professione e differenza Alberghiera vengono utilizzati quando un paziente residente in Italia paga una quota del ricovero e una quota è a carico del SSN (questi codici possono essere utilizzati solamente da ospedali pubblici), mentre il codice 4 Solvente può essere utilizzato sia dal pubblico che dal privato per individuare i ricoveri a totale carico del paziente. Nei casi di residenti all'estero non iscritti al SSN si possono utilizzare i codici 5 e 6 nel caso in cui venga scelto il/i professionista/i, e tutto il ricovero è a carico del paziente.*

Domanda 39

D: *Quale onere della degenza si deve utilizzare per un paziente residente all'estero che sceglie il professionista per un ricovero chirurgico?*

R: *Il codice appropriato è 5 Libera professione oppure 6 Libera professione e differenza Alberghiera se oltre al professionista sceglie anche una camera a pagamento.*

Domanda 40

D: Quale onere della degenza utilizzare in caso di prestazioni di ricovero in urgenza al cittadino italiano iscritto all'AIRE, senza polizza e non iscritto al SSN?

R: onere della degenza 1 ricovero a totale carico SSN.

Domanda 41

D: Quale onere della degenza utilizzare in caso di prestazioni di ricovero in urgenza al cittadino italiano iscritto all'AIRE, con polizza e non iscritto al SSN?

R: onere della degenza 4 solvente.

Domanda 42

D: Quale onere della degenza utilizzare in caso di prestazioni di ricovero programmato ad un cittadino italiano iscritto all'AIRE, con o senza polizza e non iscritto al SSN?

R: Indipendentemente dalla presenza di polizza in tal caso si dovrà codificare con onere della degenza 4 solvente.

Flag controllo

- 1 = scheda *controllata* con annullamento importo
- 2 = scheda controllata con modifica solamente nell'importo (importo aziendale < importo regionale)
- 3 = scheda con importo aziendale < importo regionale per accordi
- 4 = SDO inviata da pubblico per ricoveri Accordi locali pubblico-privato
- 5 = SDO inviata da privato per ricoveri Accordi locali pubblico-privato
- 6 = Certificazione riabilitazione psichiatrica
- 9 = scheda controllata in corso di verifica

Queste codifiche non sono mutuamente esclusive, cioè ci possono essere rari casi in cui questo campo potrebbe assumere contemporaneamente diversi valori

Esempio 3 scheda con importo aziendale < importo regionale per accordi e
5 SDO inviata da privato per ricoveri Accordi locali pubblico-privato

Domanda 43

D: Paziente in lista di attesa nell'azienda USL e viene inviato secondo accordi per smaltimento liste, in un ospedale privato. Gli accordi prevedono una tariffa più bassa della tariffa regionale. Qual è il codice più corretto da utilizzare nel campo Flag controllo?


R: *In questo caso le codifiche applicabili sono*

- *il codice 3 scheda con importo aziendale inferiore a importo regionale per accordi*
- *il codice 5 sdo inviata da privato per ricovero accordi locali pubblico – privato*

Dovendo effettuare una scelta è preferibile la codifica 3. In questo modo il campo importo regionale sarà valorizzato con il campo importo aziendale comunicato dalla struttura e in mobilità infraregionale verrà inviato quest'ultimo.


Link: [Schede di dimissione ospedaliera — Salute](#)

 / Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali / Area Sanità



Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali

Schede di dimissione ospedaliera

Condividi


[Lettura facilitata](#)

La **Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)** è stata istituita, con [decreto del Ministero della Sanità 28 dicembre 1991](#), quale parte integrante della cartella clinica e strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli ospedali pubblici e privati dell'intero territorio nazionale. Le informazioni minime che la SDO deve rilevare, specificate in tale decreto, sono state individuate a conclusione di un progetto sperimentale del Ministero della Salute che definiva la Regione Emilia-Romagna capofila per il programma di raccolta dati e per la messa a punto di nuovi indicatori statistici finalizzati alla valutazione dell'attività ospedaliera. Il [D.M. 26 luglio 1993](#) ha autorizzato la trasmissione delle informazioni in esse contenute, da questa, al Ministero della Sanità.

F.A.Q.

La FAQ è la risposta ad una domanda posta di frequente (Frequently Asked Questions). Le domande e le risposte presenti, sono ordinate per argomento.

Categorie F.A.Q.

- > [Diagnosi, interventi e procedure](#)
- > [Informazioni amministrative](#)

Schede di Dimissione Ospedaliera

- > [Gestione SDO](#)
- > [Documentazione](#)
- > [Analisi Statistica](#)
- > [Tabelle di Riferimento](#)
- > **F.A.Q.**

[Lettura facilitata](#)

Link: [Schede di dimissione ospedaliera — Salute](#)

ReportER

Scheda di Dimissione Ospedaliera - SDO

Stats / Scheda di Dimissione Ospedaliera

Flussi Stats

- Assistenza Domiciliare Integrata
- Assistenza Residenziale Anziani
- Assistenza Semi-Residenziale Anziani
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale
- Certificato di Assistenza al Parto
- Cure Palliative
- Dispositivi Medici
- Gravissime Disabilità Acquisite
- HOSPICE

Seleziona un macroambito

Domanda

In questa sezione viene analizzato l'utilizzo delle risorse sanitarie: i report mostrano i tassi di ospedalizzazione (grezzi e standardizzati), gli indici di consumo (grezzi e standardizzati) e l'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere. I tassi di ospedalizzazione e gli indici di consumo vengono calcolati includendo anche la mobilità passiva extraregionale.

Efficienza

Report riferiti ai principali indicatori statistici che descrivono l'efficienza dei servizi ospedalieri, in particolare ICM, ICP, peso medio e andamento dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici programmati oggetto di monitoraggio.

Offerta

In questa sezione sono riportati report di attività ospedaliera con particolare riferimento alla dimensione territoriale di produzione. Sono analizzate le SDO per le principali dimensioni di interesse. E' possibile effettuare le serie storiche.

Efficacia

Report dedicati all'analisi dell'efficacia dell'assistenza ospedaliera: Ricoveri ripetuti e distribuzione per modalità di dimissione.

Mobilità Passiva

Report riferiti ai ricoveri negli ospedali

Aree di particolare interesse

In questa sezione è stata evidenziata l'area neonatale, i ricoveri post-acuti e l'attività ospedaliera di psichiatria

Appropriatezza

Report che contengono indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica dei servizi ospedalieri; indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali; report che descrivono l'attività ospedaliera per DRG ad alto rischio di inappropriately (Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Ministero della Salute)

Dimessi per proposta
ricovero, onere degenza o
modalità dimissione

Tipo ricovero per
DRG di parto

ReportER

Scheda di Dimissione Ospedaliera - SDO

Stats / Scheda di Dimissione Ospedaliera / Offerta / Dati generali / **Dimessi**

Schede

Dimessi

Giornate

Punti

Diagnosi principali più frequenti

Interventi principali più frequenti

DRG più frequenti

Indicatori statistici per DRG

N° medio di diagnosi per SDO

N° medio di interventi-procedure per SDO

Dimessi

Report che contengono dati riferiti ai dimessi dalle strutture ospedaliere regionali.

[Dettaglio scheda](#)

Anno di dimissione



Cerca... ✕ Q

Tutti
2025 (provvisorio)
2024 (consolidato senza mobilità passiva)
2023
2022
2021

Mese di dimissione



Cerca... ✕ Q

Tutti
Gennaio
Febbraio
Marzo
Aprile
Maggio

Regime di ricovero

Tutti

Tipo presidio

Tutti

Tabella

Grafico

Mappa

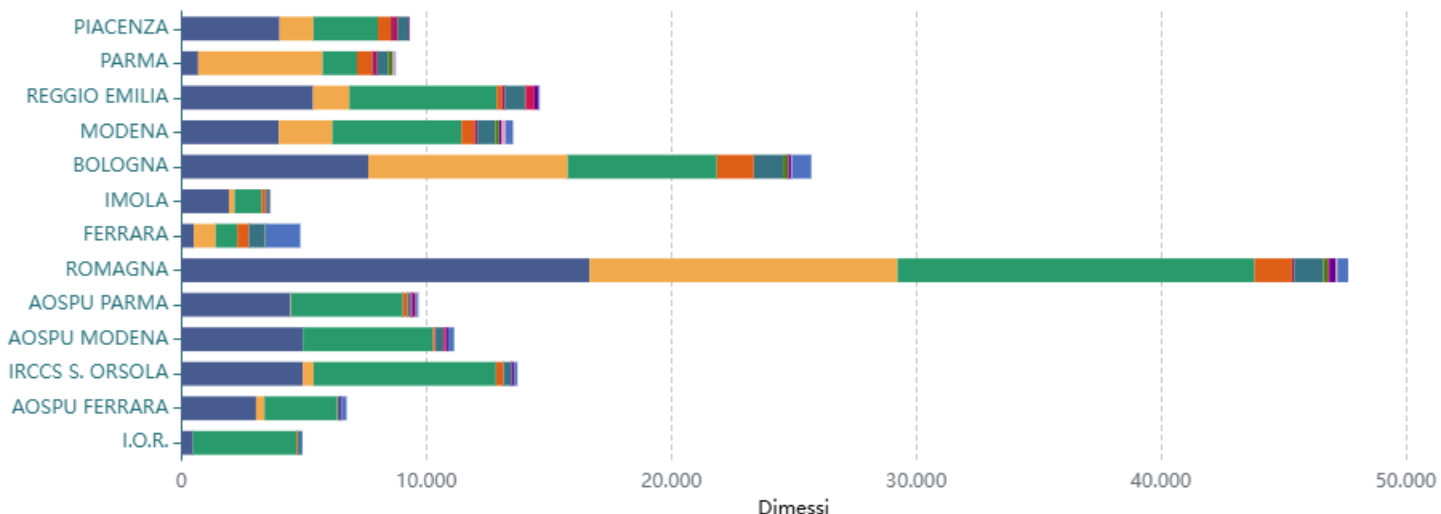
Utilizzare i pulsanti in alto a destra per:
 Salvare un preferito da condividere
 Visualizzare valori percentuali
 Esportare



Riga: [↑ Torna a: Area vasta di ricovero](#) [↓ Vai a: Presidio di ricovero](#)

RICORSO DIRETTO MEDICO DI BASE PROGRAMMATTO DA STESSO ISTITUTO TRASFERITO DA ISTITUTO PUBBLICO TRASFERITO DA ISTITUTO PRIVATO 1/5

Azienda di ricovero



Variabile di classificazione:

Regime di ricovero

Regime di ricovero

Tipo presidio

Azienda USL di residenza

Onere della degenza

Modalità di dimissione

Proposta di ricovero

Nessuna

Utilizzare il menu a tendina in
 basso per modificare la variabile
 di classificazione

Link a report preferiti:

Proposta ricovero (anno 2025):

<https://reporter.regione.emilia-romagna.it/ReportER/stats/Preferito/8a33EfgO6H>

Percorso: Offerta / Dati generali / Dimessi

Modalità di dimissione (anno 2025):

<https://reporter.regione.emilia-romagna.it/ReportER/stats/Preferito/REf2zXowL4>

Percorso: Offerta / Dati generali / Dimessi

Motivo di ricovero in DH (anno 2025):

<https://reporter.regione.emilia-romagna.it/ReportER/stats/Preferito/qFC9ko8AN6>

Percorso: Offerta / Dati generali / Dimessi

Parti per tipo ricovero (anno 2025):

<https://reporter.regione.emilia-romagna.it/ReportER/stats/Preferito/ohCyDBR5jN>

Percorso: Aree di particolare interesse / Area perinatale / Parti

Prospettive future FAQ

- Approfondimento sulla variabile Onere della degenza
- Detenuti
- Riabilitazione
 - proposta di ricovero riabilitativa
 - Modalità di dimissione riabilitativa

IL RAPPORTO SDO 2023 e i nuovi sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche

Roma, 5 marzo 2025

Ministero della Salute - Auditorium "Cosimo Piccinno"
Lungotevere Ripa, 1

Diretta streaming su www.salute.gov.it

Programma

13.30 **Accoglienza e registrazione dei partecipanti**

14.00 **Apertura dei lavori**

Orazio Schillaci - Ministro della Salute

Marco Mattel - Capo di Gabinetto - Ministero della Salute

Introdotti da:

Francesco Saverio Mennini - Capo del Dipartimento
della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche
in favore del Servizio sanitario nazionale - Ministero della Salute

Americo Cicchetti - Direttore della ex Direzione generale
della programmazione sanitaria (DGPROGS) - Ministero della Salute

14.20 **Evidenza dal Rapporto SDO 2023 e anticipazioni SDO 2024**

Lucia Liapi - Direttore ufficio 6, ex DGPROGS - Ministero della Salute

Claudio Colandrea - Ufficio 6, ex DGPROGS - Ministero della Salute

14.40 **La SDO-R: stato dell'arte del nuovo flusso informativo
con contenuti riabilitativi**

Tiziana De Vito - Dirigente medico ufficio 6, ex DGPROGS - Ministero della Salute

Alessandra Rossi - Ufficio 6, ex DGPROGS - Ministero della Salute

15.00 **I progetti OCSE a supporto delle politiche sanitarie:
"Health Care Quality Indicators"**

Luca Lorenzoni - Divisione Salute - Organizzazione per la cooperazione
e lo sviluppo economico (OCSE)

15.20 **Il Progetto PNRR "Riesgenerizzazione del Nuovo Sistema
Informativo Sanitario a livello locale - Rafforzamento della raccolta,
elaborazione e produzione di dati a livello locale"**

Stefano Lorusso - Direttore della ex Direzione generale della digitalizzazione,
del sistema informativo sanitario e della statistica - Ministero della Salute

15.40 **I nuovi sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni
cliniche nella SDO e nei flussi INSIS**
Americo Cicchetti - Direttore della ex Direzione generale
della programmazione sanitaria (DGPROGS) - Ministero della Salute
Andrea Di Pila - Ex DGPROGS - Ministero della Salute
Lucilla Frattura - Direttore Centro collaboratore italiano
dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per la famiglia
delle classificazioni internazionali presso la Direzione centrale salute,
politiche sociali e disabilità - Regione Friuli Venezia Giulia

16.00 **Tavola rotonda**

Moderano:

Americo Cicchetti - Direttore della ex Direzione generale
della programmazione sanitaria (DGPROGS) - Ministero della Salute

Marzio Bartoloni - Giornalista "Il Sole 24 Ore" - Coordinatore 24 Ore Salute

Francesco Saverio Mennini - Capo del Dipartimento
della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche
in favore del Servizio sanitario nazionale - Ministero della Salute

Maria Pia Randazzo - Dirigente statistico dell'Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali (Agenas)

Giada Minelli - Direttore del Servizio di Statistica -
Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Roberta Cristalesi - Dirigente Servizio Sistema integrato salute, assistenza
e previdenza, Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare - Istat

Anselmo Campagna - Coordinatore tecnico della Commissione Salute -
Conferenza delle Regioni e Province autonome

Gianna Zamaro - Direttore della Direzione centrale salute,
politiche sociali e disabilità - Regione Friuli Venezia Giulia

Fabrizio d'Alba - Presidente Federsanità Nazionale
(Confederazione delle Federsanità Anciregionali)

Francesco Macri - Segretario Nazionale della Federazione
delle società medico-scientifiche italiane (FSMI)

Giovanni Migliore - Presidente della Federazione italiana
aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO)

17.30 **Conclusioni**

Marcello Gemmato - Sottosegretario di Stato alla Salute

Stato dell'arte e prospettive

L'ultimo aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera risale al 2008, quando con Decreto Ministeriale del 18 dicembre venne introdotta la **Classificazione internazionale delle malattie, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche**, versione italiana della *International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification* 2007 statunitense. Lo stesso standard di codifica è stato applicato agli altri flussi informativi afferenti al NSIS contenenti campi con informazioni cliniche.

In particolare, nel **flusso SDO** la codifica utilizzata per descrivere gli episodi di ricovero viene utilizzata per alimentare il sistema di classificazione dei **Diagnosis Related Groups – DRG versione DRG CMS 24.0**, anch'esso adottato in Italia con Decreto del Ministro della Salute 18 dicembre 2008 ed in uso dal **1° gennaio 2009**. Sulla base di questa classificazione il Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013, fissa le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, riabilitazione e lungodegenza erogate dagli ospedali pubblici e privati accreditati con il SSN.

I già menzionati sistemi di classificazione risultano ormai fortemente obsoleti a fronte di un panorama internazionale transitato quasi interamente allo **standard ICD-10** per la codifica delle malattie e di un quadro di notevole evoluzione registratasi in questi anni in ambito clinico, soprattutto nel campo delle procedure e tecnologie sanitarie, e richiedono un tempestivo intervento di aggiornamento. La necessità di una veloce transizione a sistemi di classificazione più progrediti è stata ulteriormente avvalorata dall'entrata in vigore a febbraio 2022 dell'undicesima revisione della **Classificazione Internazionale delle Malattie OMS (ICD-11)**, che progressivamente sostituirà l'ICD-10.

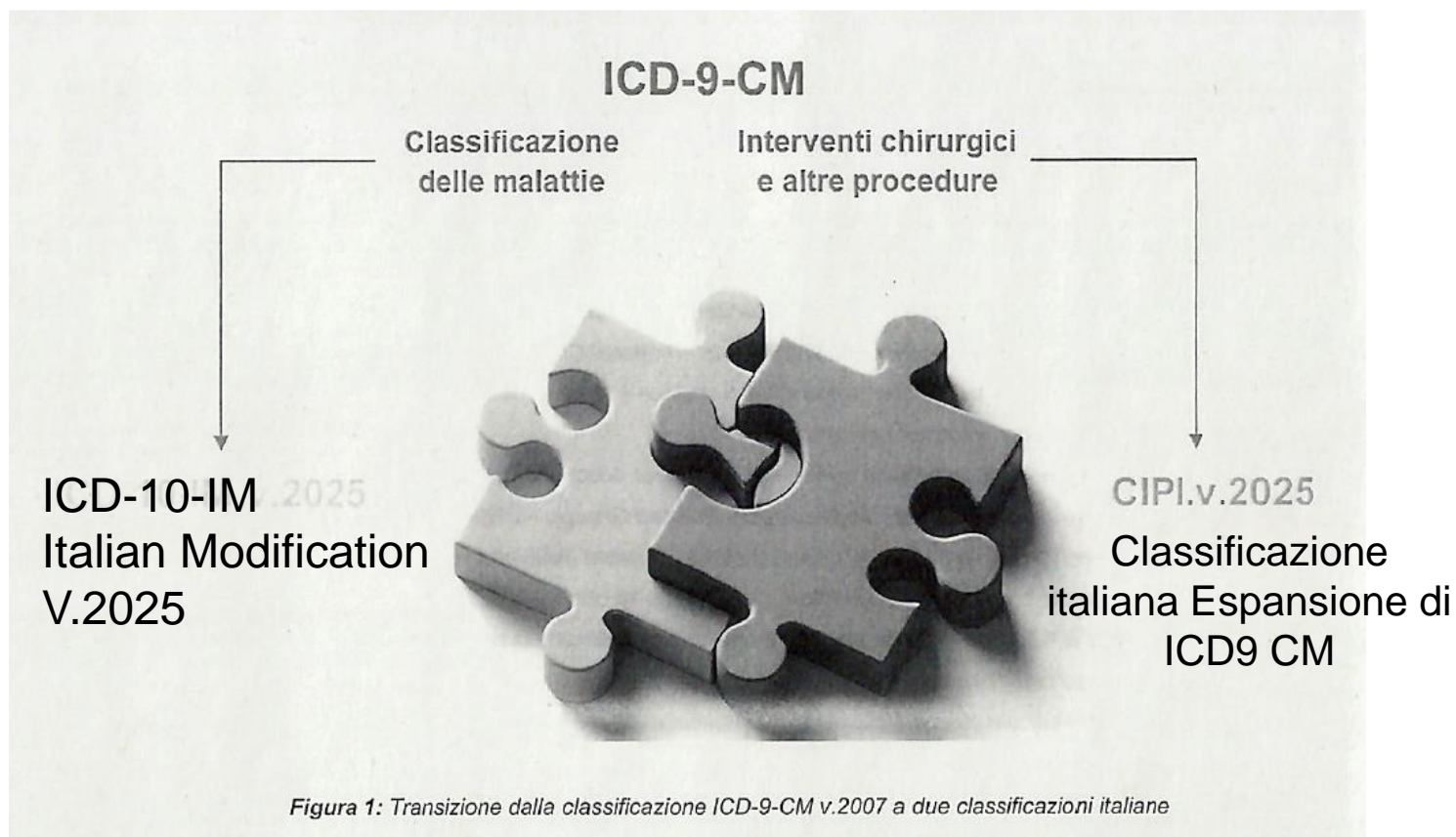
La **Legge 30 dicembre 2021 n. 234**, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 (G.U. 31 dicembre 2021, n.310, s.o. 49), ha previsto che entro il 30 giugno 2023 si provvedesse all'**aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti** erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a **carico del Servizio sanitario nazionale** e dei **sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche** contenute nella **Scheda di Dimissione Ospedaliera**.

Al fine di dare attuazione a quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2022, la ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria a febbraio 2024 ha dato avvio ad **un programma operativo per la tempestiva transizione dei sistemi informativi sanitari nazionali** dagli standard di codifica attualmente in uso a standard più aggiornati.

Tale programma prevede, in una prima fase ed entro il 31 dicembre 2025:

- la **transizione** dallo standard **ICD-9-CM v. 2007**, attualmente in uso per la codifica delle **diagnosi** contenute nella scheda di dimissione ospedaliera ed in altri flussi informativi NSIS, allo **standard ICD-10-IM (Italian Modification)**, **modifica clinica di ICD-10 v. 2019**;
- la **transizione** dallo standard **ICD-9-CM v. 2007**, attualmente in uso per la codifica delle **procedure e degli interventi chirurgici** contenuti nella scheda di dimissione ospedaliera ed in altri flussi informativi NSIS, allo **standard CIPI v.2025** (Classificazione Italiana Procedure e Interventi chirurgici), **espansione di ICD-9-CM**.

L'obiettivo della prima fase del progetto è dunque il passaggio **da una classificazione unica, mutuata dagli Stati Uniti, a due classificazioni italiane**.



PROGETTO

Costituzione rete referenti regionali

Aggiornamento delle Classificazioni

- ICD10_IM compatibile con DRG_24
- CIPI compatibile con DRG_24

Fase Sperimentale (Materiali e Metodi)

- Campione pilota e set di flussi NSIS (SDO, EMUR_PS, SIND E SISM)