

SPECIFICHE FUNZIONALI

Flusso SDO Schede di dimissione Ospedaliera

Versione 1.11 del 21/04/2020

SOMMARIO

1.	Revisioni	3
2.	Introduzione	7
3.	Obiettivo del documento	8
3.1	Descrizione breve del flusso.....	8
3.2	Descrizione dei tracciati.....	9
3.3	Schema relazionale dei tracciati.....	10
4.	Definizioni e formati	11
4.1	Formato dei file	11
4.2	Definizione e standard dei campi	11
4.3	Legenda	12
5.	Tracciati	14
5.1	FILE 1 – Informazioni Anagrafiche	14
5.1.1.	FILE1 - Diagrammi XSD	15
5.1.2.	FILE1 - Definizione campi.....	16
5.1.3.	FILE1 - Esempio XML.....	23
5.1.4.	FILE1 - Schema XSD	23
5.2	FILE 2 – Informazioni relative al Ricovero.....	24
5.2.1.	FILE2 - Diagrammi XSD	27
5.2.2.	FILE2 - Definizione campi.....	32
5.2.3.	FILE2 - Esempio XML.....	76
5.2.4.	FILE2 - Schema XSD	76
6.	Controlli specifici.....	77
6.1	Controlli generalizzati sul Codice Identificativo Paziente	77
6.2	Controlli sulla residenza.....	78
6.3	Altri controlli relativi alla scheda di ricovero.....	78
6.4	Altri controlli relativi alle diagnosi e interventi.....	79
6.5	Controlli relativi all'ultimo invio finalizzato ad inviare in banca dati regionale i controlli esterni del 2 semestre	80
7.	Tabelle	81
7.1	Tabella 1 - Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere.....	81
7.2	Tabella 2 - Codici degli interventi o procedure secondo la codifica ICD-9-CM	81
7.3	Tabella 3 - Codici delle diagnosi secondo la codifica ICD-9-CM.....	83
7.4	Tabella 4 - Codifiche per l'Onere della degenza.	83
7.5	Tabella 5 - Codici dei messaggi di errori e segnalazioni	84
8	Modalità e tempi di trasmissione	85
8.1	Modalità di invio	85
8.2	Scadenze	86
9	Ritorno informativo.....	87
9.1	Diagnostica fornita in validazione flusso.....	87
9.2	Debito informativo da fornire dopo il caricamento	89
10	Referenti regionali.....	92

1. REVISIONI

Versione	Data Creazione/Ultimo aggiornamento	Redatto da	Approvato da	Modifiche	Note
1.0	04/07/2016	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti		
1.1	04/11/2016	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti	<ul style="list-style-type: none"> Riferimenti XML e XSD (Pag. 19, 68) Variati i nomi dei file Tracciato XSD Informazioni Ricovero XSD Par. FILE2 - Schema XSD Pag 68 Apportate correzioni al tracciato XSD per adeguamento lunghezza campo giornate di sospensione; Tracciato XML esempio Informazioni Ricovero Par. FILE2 - Esempio XML Pag 68 Apportate variazioni; Giornate di sospensione Pag. 36 Variata lunghezza del campo. Stadiazione condensata Pag. 60 Corretto filtro di obbligatorietà Ora inizio intervento Pag. 63 Corretto filtro di obbligatorietà Prove di domiciliazione Pag. 70 Corretto il numero dei giorni Tumore dell'utero Pag. 71 Corretto il range degli interventi Tracciato Importi e Drg Pag. 79 Variata lunghezza Onere degenza 	
1.2	16/11/2016	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti	<ul style="list-style-type: none"> Eziologia Pag.50 Corretta lunghezza del formato. Data reparto Pag.46 Aggiunto controllo sul periodo di permanenza in Service. Riferimenti XML e XSD (Pag. 19, 68) Variati i nomi dei file e corretto il file SDO_Specifiche_funzionali_V1.2_common.xsd per una incongruenza legata alla lunghezza del campo codicediagnosi e del campo codiceintervento. Corretto il formato del campo UnitaOper, la lunghezza massima dal campo identStruttura e la lunghezza minima dei campi CodiceE e Score; aggiunta la possibilità di accettare stringhe vuote per i campi facoltativi; 	
1.3	18/01/2017	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti	<ul style="list-style-type: none"> Proposta di ricovero Pag.32 Modificato controllo nel caso di proposta di ricovero = '03'. Modalità di dimissione Pag.36 	

				Modificata descrizione del codice 7 <ul style="list-style-type: none"> • OralniIntervento Pag.65 Modificato controllo di obbligatorietà per tipologia AHRQ 4 	
1.4	09/03/2017	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti	<ul style="list-style-type: none"> • Apportate variazioni agli Schemi Common.xsd, Anagrafica.xsd, datiSanitari.XSD (Pag. 21, 73) per una gestione più puntuale di alcuni campi facoltativi; • Proposta di ricovero Pag. 33 Modificato controllo nel caso di proposta di ricovero = '03'. • Importo Aziendale Pag. 44 Modificato vincolo di obbligatorietà. • Unita' Operativa Pag.48 Modificato il controllo sul primo reparto di trasferimento. • Stadiazione condensata Pag. 64 Modificato il controllo in caso di diagnosi secondarie. • Data/Ora inizio intervento Pag. 66 Modificati controlli congruenza con data ammissione e data dimissione. • Codice Fiscale Anestesista Pag. 68 Modificato vincolo di obbligatorietà. • Tabelle di riferimento Pag. 76 Aggiunto riferimento per accesso alla tabella messaggi. 	
1.5	07/06/2017	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti	<ul style="list-style-type: none"> • Proposta di ricovero Pag. 34 Integrato controllo nel caso di proposta di ricovero = '12' • Proposta di ricovero Pag. 34 Integrato controllo con tipo ricovero =7 • Peso in grammi Pag. 38 Aggiunta nuova segnalazione. • Creatinina Serica Pag. 43 Modificato il controllo sul limite d'età. • Assenze Temporanee Pag.49 Da errore scartante a segnalazione • Prove di Domiciliazione Pag.49 Da errore scartante a segnalazione • Codice Fiscale Anestesista Pag. 68 Modificato vincolo di obbligatorietà. • Punteggio ASA Pag. 68 Modificato controllo 	
1.6	23/11/2017	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Riferimenti XML e XSD (Pag. 22, 74) Variati i nomi dei file</i> • <i>Tracciato XSD Informazioni Ricovero XSD Par. FILE2 - Schema XSD Pag 74 Apportate correzioni al tracciato XSD per adeguamento lunghezza campo giornate di sospensione;</i> • <i>Giornate di sospensione Pag. 41 Variata lunghezza del campo.</i> • <i>Codice Identificativo Paziente Pag.17 Aggiunto controllo sul Codice</i> 	

				<ul style="list-style-type: none"> • <i>Identificativo Paziente provvisorio;</i> • <i>Debito informativo Pag. 88</i> • <i>Integrato contenuto del file di Campionamento Controlli Interni.</i> • <i>13 invio Pag. 84</i> • <i>Referente Servizio Assistenza Ospedaliera SDO Pag. 90</i> 	
1.7	22/01/2018	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tipologia controlli interni ed esterni Pag.71</i> 	
1.8	02/07/2018	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti	<ul style="list-style-type: none"> • Data inizio dell'intervento Pag. 68 Modificato il controllo sulla data intervento secondario • Tipologia controlli interni ed esterni Pag.71 • Onere degenza Pag. 34 Precisazione per il codice S Sperimentazione 	
1.9	12/12/2018	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti	<ul style="list-style-type: none"> • Codice team Pag.21 Nuove indicazioni e nuovi controlli e segnalazioni • Tipo ricovero e drg di parto Pag. 33 • Nuova segnalazione • Onere della degenza Pag. 34 Nuove segnalazioni • Proposta di ricovero Pag. 36 Nuovo controllo • Modalità di dimissione Pag.38 4 Protetta al domicilio • Scheda madre Pag. 40 Nuove indicazioni e nuovi controlli e segnalazioni • Codice fiscale chirurgo e anestesia Controlli su SOGEI Pag. 69 • Tipologia controlli 05 = Corretta codifica della diagnosi principale di Sepsis: è stato modificato il criterio di estrazione • Tabella diagnosi e interventi Nuovo controllo Pag.79 Nuove segnalazioni: diagnosi principale diagnosi presente all'ammissione lateralità diagnosi e interventi • Calendario degli invii Pag.85 Scadenze data e ora 	Modifiche valide a partire dai dimessi 2019
1.10	12/12/2019	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti Andrea Vergallo	<ul style="list-style-type: none"> • Errore scartante 326 diventa una segnalazione Pag.53 • Modificate le segnalazioni 0064 e 0065 Pag.79 • Servizi web tabelle patologie e interventi Pag.80-81 Già dal 2019 le tabelle ICD9 CM 	Modifiche già in vigore e sistema_tizzate nella versione 1.10

				contengono l'informazione sulla congruità campi diagnosi presenti all'ammissione (segnalazione 349) e lateralità patologie (segnalazione 348) e lateralità interventi (segnalazione 347)	
				<ul style="list-style-type: none"> • Modificata segnalazione 0158 Pag. 42 • Flag controlli Pag.44 • Se una scheda viene cancellata (tipo operazione C) deve essere uguale a quella inviata precedentemente in banca dati regionale • Tipologia controlli interni ed esterni Pag. 73 • Controlli esterni Pag. 75 e 80 • Campionamento controlli interni Pag. 88 • Nuovo referente gestione flusso SDO Pag.92 	Modifiche valide a partire dai dimessi 2020
1.11	21/04/2020	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti Andrea Vergallo	<ul style="list-style-type: none"> • Modalità di Dimissione Pag. 39 • Flag controllo Pag. 44 • Codici diagnosi secondo ICD-9-CM Pag.83 <p>Le modifiche apportate nella versione V1.11 rispetto alla precedente riguardano sostanzialmente le direttive diramate nell'ambito dell'Emergenza Covid. Sono state inviate alle Aziende Sanitarie pubbliche e private Linee Guida in merito alle anagrafiche delle strutture (HSP12 - PG/2020/0284304 del 10/04/2020 e HSP13 - PG/2020/0296344 del 17/04/2020), nonché i contenuti dell'intesa tra AIOP e Regione Emilia Romagna per la gestione dell'emergenza (Accordo Quadro RER-AIOP del 20/03/2020). Inoltre, è utile richiamare anche quanto trasmesso alle Aziende Sanitarie in relazione alle Indicazioni sulla Codifica della SDO delle Infezioni da CoVid-2 (PG/2020/210759), ove si specificano i codici ICD9-CM da utilizzare per la corretta codifica delle diagnosi riconducibili all'infezione.</p>	Modifiche conseguenti alla emergenza Covid19 e valide a partire dal 3° Invio 2020

2. INTRODUZIONE

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) 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 cartella clinica ospedaliera costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente. Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nel presidio, conseguentemente coincide con la storia della degenza del paziente all'interno del presidio. La cartella clinica ospedaliera segue il paziente nel suo percorso all'interno del presidio, fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.

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. 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.

3. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

Il seguente documento si pone l'obiettivo di fornire informazioni utili alla compilazione della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) secondo le caratteristiche e le modalità descritte nei paragrafi che seguono.

3.1 *Descrizione breve del flusso*

La **scheda di dimissione** ospedaliera deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi, compresi i neonati sani, dagli istituti pubblici e privati, accreditati e non. Per le strutture private autorizzate alla day surgery la compilazione è facoltativa.

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

Vanno trattati come episodi di ricovero separati i casi di passaggio da un regime di ricovero ad un altro (da ordinario a diurno e viceversa), e il passaggio da un ricovero per acuti ad un ricovero di riabilitazione o lungodegenza, per i quali si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.

In caso di ricovero diurno, la cartella clinica e la corrispondente SDO devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero 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 ospedaliera.

L'invio dei dati di day hospital deve rispettare regole omogenee per le aziende, si ricorda la necessità di chiudere la SDO all'ultimo accesso e di inviare i dati in Regione rispettando le scadenze e il ritardo al massimo di un trimestre. 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. Relativamente al day hospital medico è importante compilare il campo "Altri interventi e/o procedure".

A partire dai dimessi del 1° gennaio 2017, così come stabilisce il decreto ministeriale, il trasferimento interno del paziente da un reparto acuto a uno di riabilitazione o lungodegenza (codici disciplina '28', '56', '60' e '75') o viceversa, comporterà la sua dimissione e successiva riammissione. In questi casi ci saranno due SDO e due cartelle cliniche. Per i ricoveri a cavaliere misti (acuto + post acuto), con data di ammissione antecedente il 2017 e data dimissione 2017, convenzionalmente si opererà una chiusura al 31/12/2016 e una nuova apertura della SDO con data ammissione 01/01/2017 con tutte le informazioni richieste dal seguente disciplinare.

Altre importanti novità del decreto ministeriale sono l'inserimento delle variabili codice fiscale chirurgo, anestesista e check list. Quindi i modelli organizzativi che si stanno diffondendo, rappresentati dall'erogazione di attività da parte di equipe non appartenenti allo stabilimento di ricovero del paziente, fino ad oggi non tracciati nei sistemi informativi, grazie all'introduzione degli identificativi chirurghi/anestesisti saranno ben rappresentati.

Inoltre è prevista la possibilità di inserire nella SDO le prestazioni erogate al di fuori del Presidio dove è degente il paziente (Service), segnalando nel tracciato SDO tutte le informazioni relative (presidio, stabilimento, reparto, intervento, ora intervento, codice fiscale del chirurgo e dell'anestesista, check list).

Con il recepimento degli obblighi normativi previsti dal DM, si è ritenuto opportuno inserire delle scale di valutazione della disabilità e della complessità clinico-riabilitativa dei pazienti ricoverati in regime ordinario in tutti i reparti di riabilitazione e lungodegenza delle strutture pubbliche e private della Regione, sia all'ingresso che alla dimissione, in modo di disporre di informazioni ulteriori utili ai fini della valutazione della complessità clinico-assistenziale e degli esiti dei trattamenti erogati. Viste le specifiche peculiarità della riabilitazione respiratoria e cardiologica e delle alte specialità riabilitative (codice 75 adulti e codice 28), sono state previste ulteriori apposite scale di valutazione, oltre alle informazioni relative alla data dell'evento acuto ed alla specificazione dell'eziologia sottesa all'alta specialità riabilitativa o all'ictus ischemico acuto. Non di minore importanza l'opportunità di potere definire la presa in carico riabilitativa precoce nella SDO Acuti per tutti i ricoveri ordinari che avranno nel percorso di continuità assistenziale anche un ricovero ordinario in reparto post-acuto.

3.2 *Descrizione dei tracciati*

Nel rispetto del Decreto Legislativo 196 del 30/6/2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e successive modifiche, la rilevazione è sempre costituita da 2 file:

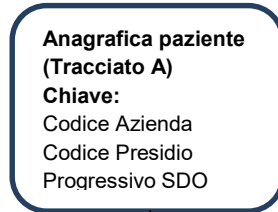
Dati del paziente (File 1) che comprende i dati anagrafici del paziente.

Dati riguardanti il ricovero (File 2) che contiene tutte le informazioni specifiche della scheda di dimissione comprese le informazioni sui trasferimenti, diagnosi, interventi e controlli.

I dati dei due File devono essere abbinabili attraverso i campi che identificano la chiave. Ogni singolo record anagrafico deve essere collegato a un record riguardante dati di ricovero e, viceversa, ogni singolo record riguardante i dati di ricovero deve essere collegato ad un solo record anagrafico.

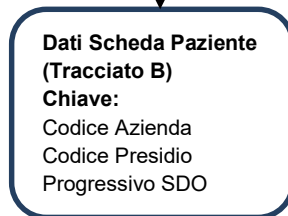
3.3 Schema relazionale dei tracciati

FILE 1



FILE 2

(1:1)

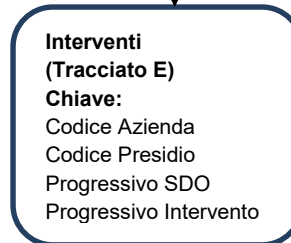


(2:17)

(1:6)

(0:11)

(0:1)



(0:1)



Fig. A – Schema relazionale

4. DEFINIZIONI E FORMATI

4.1 *Formato dei file*

L'invio dei dati è previsto in più file con tracciati in formato XML per ognuno dei quali il corrispondente schema di convalida XSD è reso disponibile per la validazione.

I file devono avere estensione .XML ed essere compressi in un file con estensione .ZIP.

Per le definizioni e i controlli che riguardano i singoli tracciati occorre fare riferimento ai capitoli che seguono.

4.2 *Definizione e standard dei campi*

Nei paragrafi che seguono sono elencati i campi dei diversi tracciati previsti dal flusso SDO con le seguenti informazioni:

- Progressivo campo e gerarchia
- Nome del campo e descrizione
- Tipologie e lunghezza

Le tipologie di campo previste sono le seguenti:

AN = Campo Alfanumerico (gli zeri a sinistra sono significativi)

N = Campo Numerico (utilizzare il punto come separatore di interi e decimali es. nnnnnn.nn)

DT = Campo Data

I campi DATA devono avere il seguente formato: **AAAA-MM-GG** (ad es. 2015-02-26 corrisponde a 26 febbraio 2015) dove quindi:

- ✓ GG rappresenta il giorno (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ✓ MM rappresenta il mese (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ✓ AAAA rappresenta l'anno compreso di secolo.

ORA = Campo ora

I campi ORA devono avere il seguente formato: **OO:MM**

- ✓ OO rappresenta l'ora e occorre indicare sempre 2 cifre.
- ✓ MM rappresenta i minuti e occorre indicare sempre 2 cifre.

- Informazioni e controlli sul formato, il dominio e la congruenza dei dati stessi.

In particolare per i controlli è specificato se il controllo genera scarto (**E**) oppure una segnalazione non bloccante (**W**).

Nel caso si verifichi anche un solo errore bloccante su una SDO, l'intera scheda è scartata.

I tracciati sono abbinati attraverso la chiave e le schede che non trovano la corrispondenza sono scartate.

Inoltre, nello stesso invio, non possono essere presenti due schede con la stessa chiave.

I campi facoltativi possono essere non impostati, ma si assume sempre che un campo valorizzato sarà sottoposto a tutti i controlli indicati nel documento (dominio, formato, congruenza, ecc.).

Le operazioni previste sui dati sono le seguenti:

Tipo Operazione	Obiettivo	Controlli
I –Inserimento	Se si intende inserire un record nell'archivio regionale.	Il record (identificato dai campi chiave) NON deve essere già presente nella Banca Dati Regionale.
V –Variazione	Utilizzare per i record già presenti nell'archivio regionale esclusivamente per modificare le informazioni già inviate e acquisite.	Il record (identificato dai campi chiave) deve essere già presente nella Banca Dati Regionale.
C –Cancellazione	Utilizzare esclusivamente per cancellare definitivamente i record già presenti nell'archivio regionale.	Il record (identificato dai campi chiave) deve essere già presente nella Banca Dati Regionale.

Per tutte le operazioni (I,V,C) fare riferimento al calendario degli invii riportato nei capitoli successivi.

I tipi operazione V o C possono essere utilizzati in tutti gli invii eccetto il primo e possono riguardare schede di tutto l'anno. Se si intende variare i campi della chiave occorre operare con una cancellazione della vecchia scheda e l'inserimento della nuova.

4.3 *Legenda*

Legenda per i paragrafi successivi.

(E)	Errore che genera lo scarto dell'intera scheda	Errore bloccante
(W)	Errore che genera una segnalazione (warning).	Errore non bloccante

Acronimi:

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ASA	American Society of Anesthesiologists
CSM	Centro Salute Mentale
DH	Day Hospital
DRG	Diagnosis Related Groups
IMA	Infarto Miocardico Acuto
MPR	Major Procedure Related
PAC	Piano annuale dei controlli
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
TEAM	Tessera Europea di Assicurazione Malattia
TS	Tessera Sanitaria
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
TSV	Trattamento Sanitario Volontario

DEFINIZIONI

Neonato sano

- Regime di ricovero = '1' (Ordinario)
- Data di nascita = Data di ammissione
- Proposta di ricovero = '12'
- Dimesso dal reparto '31'
- Nessun trasferimento in reparto <> '31'
- Modalità di dimissione <> '1' e '6'

5. TRACCIATI

5.1 FILE 1 - Informazioni Anagrafiche

Il **File 1** è composto dal **TRACCIATO A - Dati Anagrafici**: informazioni di carattere anagrafico del paziente al momento del ricovero.

Di seguito viene riportato il tracciato record del **FILE 1 - Dati Anagrafici**.

I campi della chiave sono evidenziati in grassetto sottolineato.

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
Anagrafica	<u>CODICE DELL'AZIENDA</u>
Presidio	<u>CODICE DEL PRESIDIO</u> (Presidio di dimissione)
	Subcodice dello Stabilimento di dimissione
	Identificativo della Struttura erogatrice (Istituto di dimissione)
Scheda	<u>PROGRESSIVO DELLA SCHEDA SDO</u>
	Codice identificativo del paziente
	Genere
	Stato civile
	Comune di nascita
	Data di nascita
	Comune di residenza
	Cittadinanza
	Cognome
	Nome
	Livello d'Istruzione
	Flag Decreto 349
	Team

5.1.1. FILE1 - Diagrammi XSD

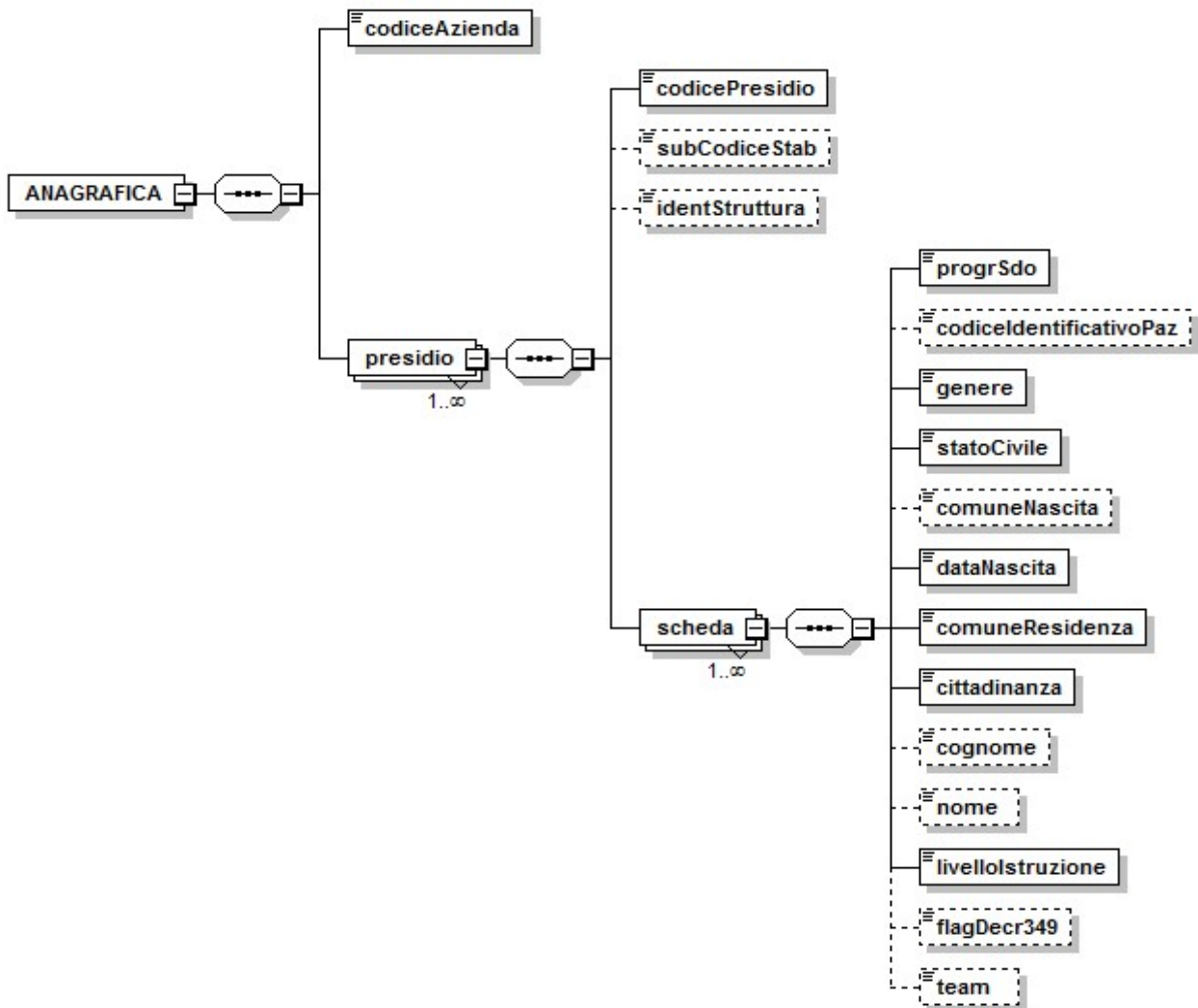


Fig. 1 Anagrafica

5.1.2. FILE1 - Definizione campi

Progressivo o campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A001	Anagrafica	codiceAzienda	Codice dell'Azienda USL nel cui territorio è ubicata la struttura oppure Codice dell'Azienda Ospedaliera.	AN	3	<p style="text-align: center;"><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNN DOMINIO: Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n° 36 Anno 1994 e successive modifiche (E). I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende?dt_riferimento=01-01-annoriferimento (per esempio anno riferimento=2017)</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Deve essere congruente con il codice azienda dell'utente che ha inviato i file (E).</p>
	Anagrafica	Presidio	Nodo presidio			
A002	Presidio	codicePresidio	Codice di identificazione del presidio.	AN	6	<p style="text-align: center;"><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNNNNN DOMINIO: Codice previsto nel modello ministeriale HSP11 (DM 5/12/2006 e succ.) e presente nell'anagrafe regionale delle strutture (E).</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Congruente con il codice azienda inviante (E).</p>
A003	Presidio	subCodiceStab	Sub-codice dello stabilimento.	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio solo per le strutture pubbliche nel caso in cui più stabilimenti facciano parte di un unico presidio (E). FORMATO: NN DOMINIO: Codice previsto nel modello ministeriale HSP11 BIS (DM 5/12/2006 e succ.) e presente nell'anagrafe regionale delle strutture (E).</p>

Progressivo o campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						Le strutture sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/struttureflusso/?CODICE_FLUSSO=SDO ALTRI CONTROLLI: - Congruente con il codice del presidio (E).
A004	Presidio	identStruttura	Identificativo della struttura erogatrice (Istituto di dimissione).	N	9	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNNNNNNNN Si tratta dell'identificativo univoco della struttura erogatrice presente nell'anagrafe regionale delle strutture. Le strutture erogatrici sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/strutturaerogatrice/
	Presidio	Scheda	Nodo scheda			
A005	Scheda	progrSdo	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.	AN	8	<p style="text-align: center;"><u>CAMPO CHIAVE</u></p> OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNNNNNNNN DOMINIO: Le prime 2 cifre identificano l'anno di ammissione, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno indipendentemente dal regime di ricovero (E). La numerazione progressiva è univoca all'interno del Presidio e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno. ES: 1° ricovero del 2020 numero della scheda: 2000001 ALTRI CONTROLLI: - Deve essere numerico e diverso da zero (E). - Le prime due cifre devono essere = Anno ammissione della scheda (E). - Deve essere univoco nel presidio (E). - La scheda non deve essere mista e cioè non deve contenere reparti acuti e post-

Progressivo o campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						acuti contemporaneamente (E). Altri controlli generici legati alla scheda di ricovero sono specificati secondo le indicazioni riportate nel <i>Paragrafo 6.3 - Altri controlli relativi alla scheda di ricovero</i> .
A006	Scheda	codice IdentificativoPaz	Codice identificativo del paziente E' possibile inserire il codice identificativo provvisorio (numerico di 11). Presenza su sistema TS per i codici fiscali e l'identificativi numerici.	AN	16	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio eccetto i casi di anonimato, neonati sprovvisti di codice fiscale e non residenti in Italia (E). FORMATO/DOMINIO/ALTRI CONTROLLI: Come dettagliato nel <i>Paragrafo 6.1- Controlli sul Codice Identificativo Paziente</i> (E).
A007	Scheda	genere	Sesso del paziente.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = maschio 2 = femmina I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=REMH ALTRI CONTROLLI: - Deve essere congruente con il sesso ricavato dal Codice fiscale (W).
A008	Scheda	statoCivile	Stato civile del paziente al momento del ricovero.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO:

Progressivo o campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>Valori ammessi (E):</p> <p>1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=STC</p>
A009	Scheda	comuneNascita	Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta essere nato.	AN	6	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio tranne per i comuni/stato estero cessati privi di codice ISTAT(E).</p> <p>FORMATO: NNNNNN</p> <p>DOMINIO: I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni</p> <p>ALTRI CONTROLLI: -Deve essere congruente con il comune ricavato dal Codice fiscale (W).</p>
A010	Scheda	dataNascita	Data di nascita del paziente.	AN	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAAA-MM-GG</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deve essere minore o uguale alla data di ammissione (E). - Deve essere tale che l'età massima del paziente non sia maggiore di 124 anni (E). - Deve essere congruente con la data di nascita ricavata dal Codice fiscale (W).
A011	Scheda	comuneResidenza	Identifica il comune	AN	6	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p>

Progressivo o campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente al momento del ricovero			<p>FORMATO: NNNNNN</p> <p>DOMINIO: I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Deve essere valido secondo le indicazioni riportate nel <i>Paragrafo 6.2 – Controlli sulla residenza</i> (E).</p>
A012	Scheda	cittadinanza	Cittadinanza del paziente al momento del ricovero.	AN	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNN</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 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 utilizzare il codice "999".</p>
A013	Scheda	cognome	Cognome del paziente.	AN	30	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio per i non residenti in Italia e per i neonati senza codice fiscale (E).</p> <p>DOMINIO: La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO e l'omissione del codice fiscale è riservata ai seguenti casi previsti dalla normativa vigente:</p> <ol style="list-style-type: none"> Legge 135/90 per i casi di HIV e AIDS. I ricoveri sono individuabili dal codice di diagnosi principale o secondaria '042' o 'V08'. DPR 309/90 per i pazienti affetti da dipendenza a sostanze stupefacenti. I ricoveri sono individuabili dalla categoria diagnostica '303' o '304'. 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. I ricoveri sono individuabili dal campo flag Decreto 349/2001 impostato con DRG che vanno dal '370' al '375'.

Progressivo o campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>4. Legge 194/78 per i ricoveri di IVG. I ricoveri sono individuabili dalla categoria diagnostica principale o secondaria '635'.</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se codiceIdentificativoPaz è valorizzato deve essere diverso da 'ANONIMO' (E). - Se codiceIdentificativoPaz non è valorizzato ed è previsto l'anonimato deve essere 'ANONIMO' (E). - Se codiceIdentificativoPaz non è valorizzato e non è previsto l'anonimato deve essere diverso da 'ANONIMO' (E).
A014	Scheda	nome	Nome del paziente.	AN	30	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio per i non residenti in Italia e per i neonati senza codice fiscale (E).</p> <p>DOMINIO: Vedi cognome.</p>
A015	Scheda	livelloIstruzione	Titolo di studio del paziente al momento del ricovero.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 0 = nessun titolo 1 = licenza elementare 2 = diploma scuola inferiore 3 = diploma scuola media superiore 4 = diploma universitario o laurea breve 5 = laurea</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=ISTR</p>
A016	Scheda	flagDecr349	Flag che indica se il parto è avvenuto in anonimato.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p>

Progressivo o campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>Valori ammessi (E): 0 = Donna che non vuole partorire in anonimato 1 = Donna che vuole partorire in anonimato</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=D349</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Se valorizzato: - Il parto è identificato dai DRG che vanno dal '370' al '375' (E). - Se vale '1' i campi Nome/Cognome devono essere valorizzati con 'ANONIMO' (E).</p>
A017	Scheda	Team	Per i cittadini europei in possesso di TEAM	AN	20	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se comune di residenza appartiene all'unione europea esclusi gli anonimi e i residenti in Italia</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Se vuoto e la residenza è in uno degli Stato dell'Unione Europea (W) - Se valorizzato deve essere residente in uno Stato dell'Unione Europea (W) - Da non valorizzare se valorizzato il codiceIdentificativoPaz (E).</p>

5.1.3. FILE1 - Esempio XML

Per prendere visione di un esempio del **FILE1** in formato XML fare riferimento al seguente link:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/sdo/documentazione>

file : SDO_Specifiche_funzionali_V1.11_anagrafica_esempio.xml

5.1.4. FILE1 - Schema XSD

Per prendere visione dello schema XSD del **FILE 1** fare riferimento al seguente link:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/sdo/documentazione>

file: SDO_Specifiche_funzionali_V1.11_anagrafica.xsd

Per prendere visione dello schema XSD comune al FILE 1 e FILE 2 fare riferimento al seguente link :

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/sdo/documentazione>

file: SDO_Specifiche_funzionali_V1.11_common.xsd

ATTENZIONE:

Per permettere alle aziende di inviare i dati al sistema regionale di verifica, saranno derogati alcuni controlli di obbligatorietà e validità presenti nello schema XSD del File 1.

Pertanto, il file sarà accettato nella fase di invio bypassando la validazione delle regole dell'XSD che verranno applicate esclusivamente nella fase della simulazione.

5.2 FILE 2 – Informazioni relative al Ricovero

Il **File 2** è così composto:

TRACCIATO B - Dati generici della scheda: informazioni relative al ricovero ospedaliero del paziente.

TRACCIATO C - Dati Reparti: informazioni relative ai Reparti di ammissione, trasferimento, dimissione.

In questo tracciato sono specificate le informazioni sui Service.

TRACCIATO D - Dati Diagnosi: informazioni relative alla Diagnosi principale e alle Diagnosi secondarie.

TRACCIATO E - Dati Interventi: informazioni relative all'Intervento principale e agli interventi/procedure secondarie. In questo tracciato sono specificate le informazioni sui Service.

TRACCIATO F - Dati Controlli: informazioni relative ai controlli interni ed esterni.

TRACCIATO G - Dati Scale: informazioni relative alle scale di valutazione.

Di seguito vengono riportati i tracciati record del **FILE 2 – Dati Ricovero**.

I campi della chiave sono evidenziati in grassetto sottolineato.

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
DatiSanitari	<u>CODICE DELL'AZIENDA</u>
Presidio	<u>CODICE DEL PRESIDIO</u>
SchedaPaziente	<u>PROGRESSIVO DELLA SCHEDA SDO</u>
	Regime di Ricovero
	Tipo Ricovero
	Onere della Degenza
	Proposta di Ricovero
	Motivo di Ricovero in Day Hospital
	Numero Accessi
	Trauma
	Codice E
	Modalità di Dimissione
	Riscontro Autoptico
	Peso in grammi del neonato
	Codice presidio della scheda SDO della madre
	SubCodice stabilimento della scheda SDO della madre
	Progressivo della scheda SDO della madre
	Data prenotazione
Giornate di sospensione	

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
	Classe di priorità Euroscore Flag controllo Documentazione sanitaria interna Documentazione sanitaria esterna Rilevazione del dolore Pressione arteriosa sistolica Creatinina serica Frazione di eiezione Importo aziendale Tipo operazione
Reparti	<u>PROGRESSIVO REPARTO</u> Tipo reparto Tipo trasferimento Codice presidio esterno SubCodice stabilimento esterno Codice del reparto (Unità operativa) Data di accesso al reparto Ora di accettazione nel reparto
Scale	Barthel Index (BI) in Ingresso Barthel Index (BI) in Uscita Rehabilitation Complexity Scale (RCSe) in Ingresso Rehabilitation Complexity Scale (RCSe) in Uscita Scala Six Minute Walk Test (6MWT) in Ingresso Scala Six Minute Walk Test (6MWT) in Uscita Scala di Borg modificata (M-Borg) in Ingresso Scala di Borg modificata (M-Borg) in Uscita Scala Barthel Dyspnea Index (BI) in Ingresso Scala Barthel Dyspnea Index (BI) in Uscita

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
	Data Evento Acuto
	Ora Evento Acuto
	Eziologia
	Glasgow Coma Scale (GCS)
	Glasgow Outcome Scale (GOS) in Ingresso
	Glasgow Outcome Scale (GOS) in Uscita
	Disability Rating Scale (DRS) in Ingresso
	Disability Rating Scale (DRS) in Uscita
	Scala Levels of Cognitive Functioning (LCF) in Ingresso
	Scala Levels of Cognitive Functioning (LCF) in Uscita
	Livello lesione neurologica in Ingresso
	Livello lesione neurologica in Uscita
	Scala menomazione ASIA in Ingresso
	Scala menomazione ASIA in Uscita
	Scala Spinal Cord Independency Measure (SCIM) in Ingresso
	Scala Spinal Cord Independency Measure (SCIM) in Uscita
	Classificazione TOAST (Transito in STROKE UNIT)
	National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) in Ingresso
	National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) in Uscita
	Scala di Rankin pre-ictus (nRankin) solo in Ingresso
Diagnosi	<u>PROGRESSIVO DIAGNOSI</u>
	Tipologia diagnosi
	Codice diagnosi
	Diagnosi presente al ricovero
	Stadiazione condensata
	Lateralità
Interventi	<u>PROGRESSIVO INTERVENTO</u>
	Tipologia intervento
	Tipo intervento

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
	Data inizio dell'intervento
	Ora inizio dell'intervento
	Codice intervento
	Codice fiscale chirurgo 1
	Codice fiscale chirurgo 2
	Codice fiscale chirurgo 3
	Codice fiscale anestesista
	Punteggio ASA
	Check-List
	Lateralità
	Controlli
Tipologia del controllo interno	
Tipologia del controllo esterno	

5.2.1. FILE2 - Diagrammi XSD

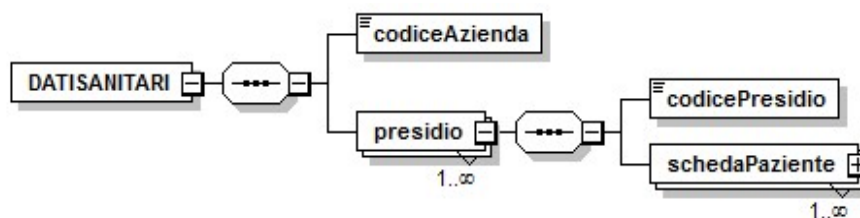


Fig. 2 Dati Sanitari

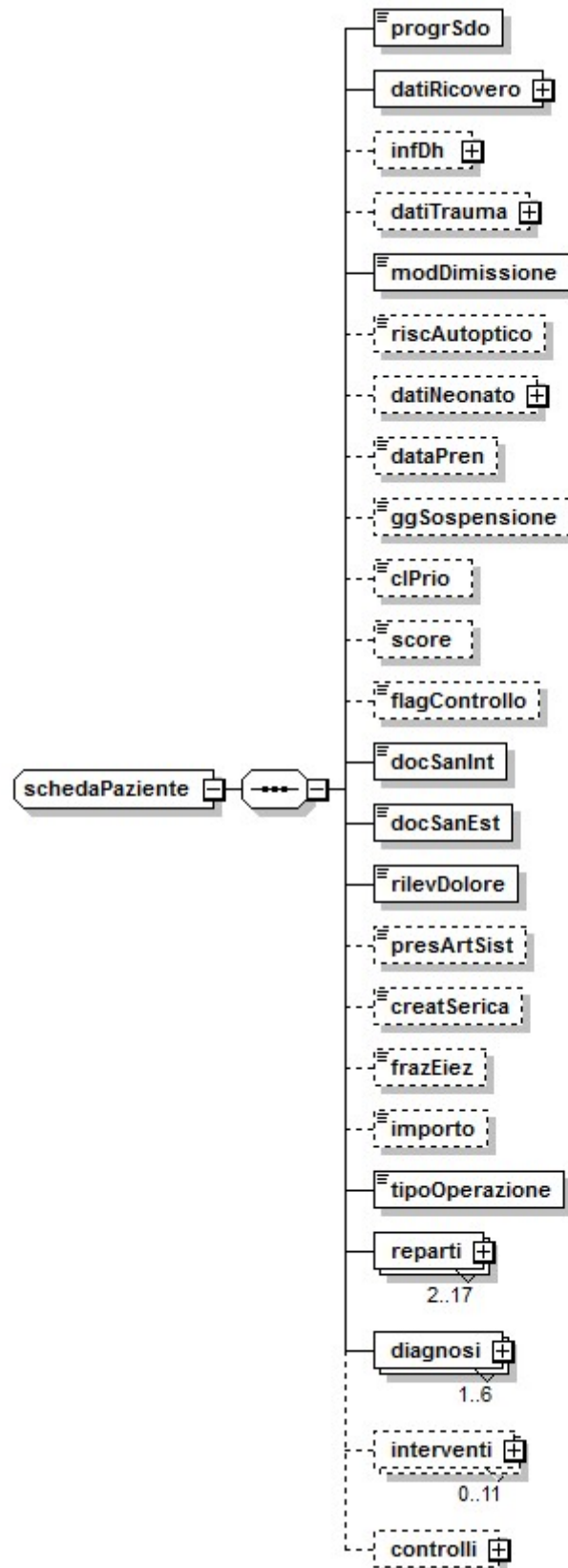


Fig. 3 Scheda Paziente

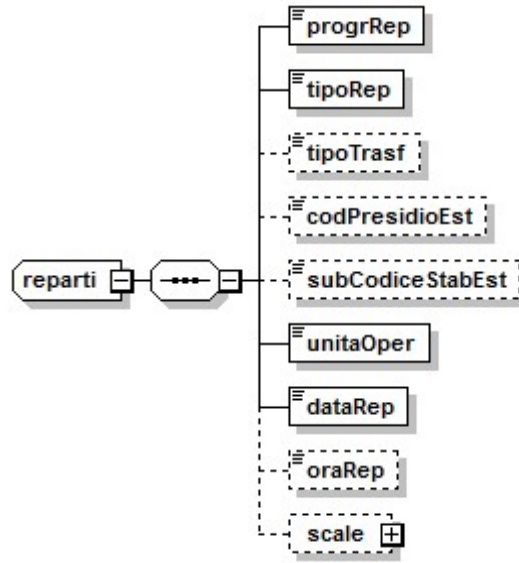


Fig. 4 Reparti

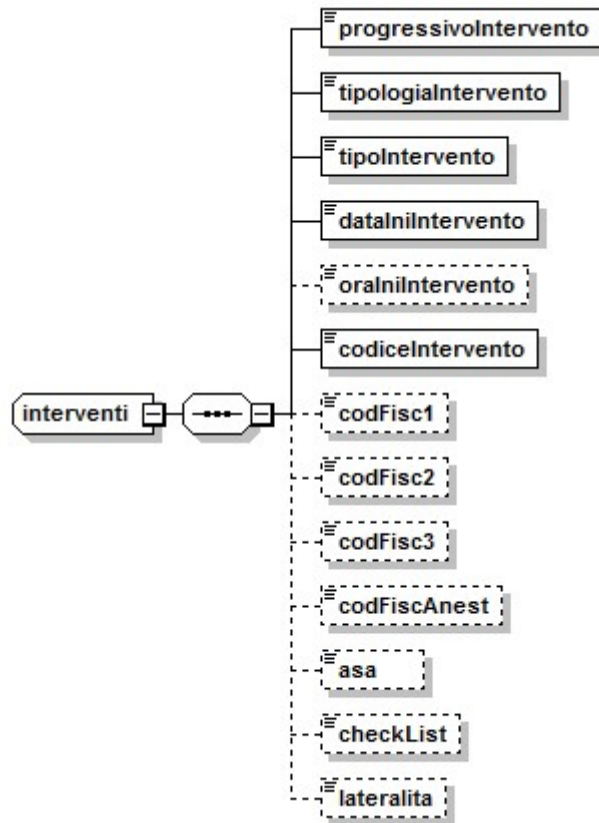


Fig. 5 Interventi

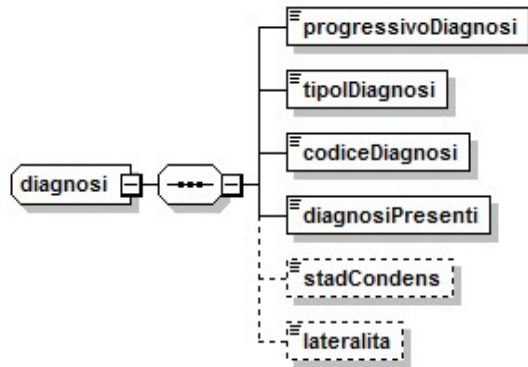


Fig. 6 Diagnosi

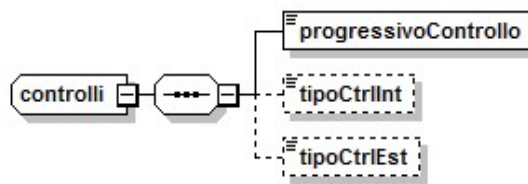


Fig. 7 Controlli

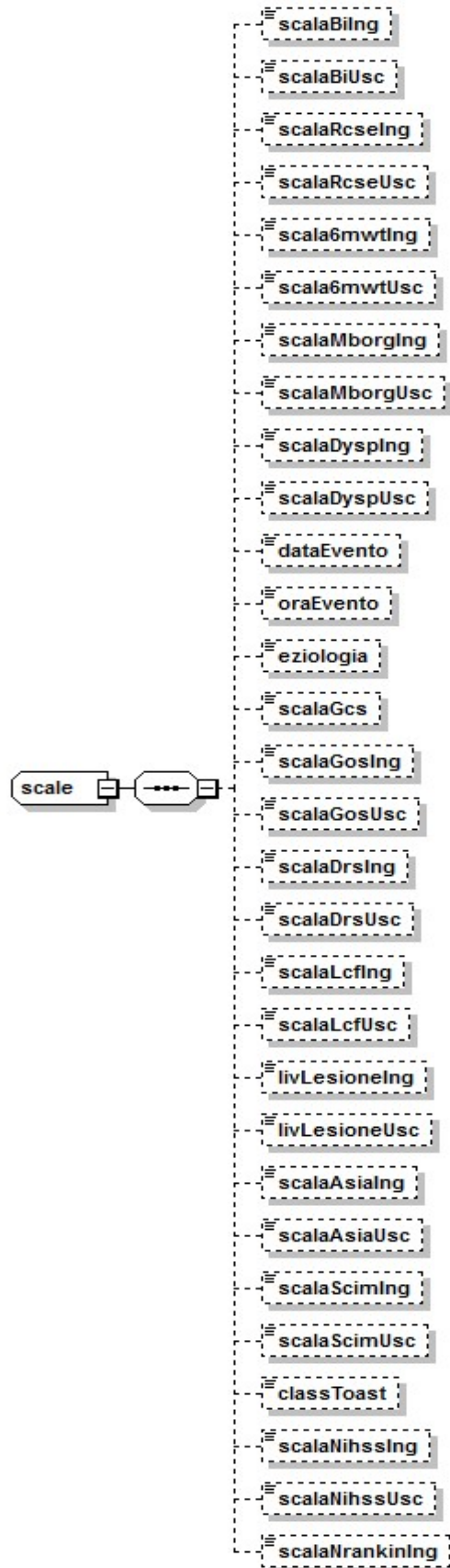


Fig. 8 Scale

5.2.2. FILE2 - Definizione campi

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B001	DatiSanitari	codiceAzienda	Codice dell'Azienda USL nel cui territorio è ubicata la struttura oppure codice dell'Azienda Ospedaliera.	AN	3	Vedere File 1 <u>CAMPO CHIAVE</u>
	DatiSanitari	Presidio	Nodo Presidio			
B002	Presidio	codicePresidio	Codice di identificazione del presidio di dimissione.	AN	6	Vedere File 1 <u>CAMPO CHIAVE</u>
	Presidio	Scheda Paziente	Nodo Scheda Paziente			
B003	SchedaPaziente	progrSdo	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.	AN	8	Vedere file 1 <u>CAMPO CHIAVE</u>
	Scheda Paziente	datiRicobero	Nodo datiRicobero			
B004	datiRicobero	regimeRicobero	Distingue i ricoveri in regime ordinario da quelli in regime diurno. Il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni: - si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri,	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Degenza ordinaria 2 = Day-Hospital

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			<p>programmato;</p> <ul style="list-style-type: none"> - è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero e non prevede il pernottamento del paziente; - fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che per la loro intrinseca complessità o invasività o per il correlato rischio per il paziente non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale. 			<p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=REGRIC</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vale '2' (Day Hospital) l'anno di ammissione deve essere uguale all'anno di dimissione (E). - Per i Day Surgery il regime di ricovero deve essere Day Hospital (E).
B005	datiRicovero	tipoRicovero	<p>Solo ricovero ordinario.</p> <p>Per i TSV che diventano TSO in corso di ricovero codificare con il codice 7, anche se la variabile tipo di ricovero è una variabile di accettazione.</p> <p>Il codice 6 individua i</p>	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il Regime di ricovero = '1' (Ordinario) e proposta di ricovero diverso da '12' = Ricovero al momento della nascita (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <ul style="list-style-type: none"> 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

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			<p>parti cesarei programmati o i naturali non urgenti. 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.</p> <p>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</p>			<p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TIPRIC</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vale '3' o '7' (T.S.O.) deve esserci almeno un reparto '40' e la struttura di dimissione deve essere pubblica (E). - Se valorizzato '6' il DRG deve essere compreso tra '370' e '375' (E). - Se valorizzato '1' o '4' il DRG non deve essere compreso tra '370' e '375' (W). - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).
B006	datiRicovero	onereDegenza	<p>Con questa variabile si intende specificare su chi ricade l'onere del ricovero (i costi relativi al ricovero).</p>	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E):</p> <ul style="list-style-type: none"> 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

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>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)</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=ONEDEG</p> <p>Si rimanda al capitolo <i>Tabelle di riferimento - Paragrafo 7.4 Tabella4 – Codifiche per l'Onere della degenza</i> per una descrizione più dettagliata dei valori ammessi.</p> <p>Se l'Azienda sanitaria codifica S = Sperimentazione, l'importo calcolato dalla Regione è pieno a meno che la struttura non compili il campo Flag_controllo per annullare (1) oppure abbattere l'importo regionale (3)</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deve essere diverso da '5' e '6' in caso di azienda privata accreditata e non (E). - Deve essere = '4' in caso di azienda privata non accreditata (E). - Deve valere '8' o 'A' in caso di Codice 'STP' (E). - Deve valere '9' in caso di Codice Fiscale 'ENI', 'PSU' o 'AS' (E). <p>\</p>
B007	datiRicovero	propRicovero	<p>Identifica le modalità di accesso alla struttura al momento del ricovero. Il codice '01' vuol dire che il paziente accede all'ospedale tramite il PS, mentre il codice '11' deve</p>	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AA DOMINIO: Valori ammessi (E): 01 = Ricorso diretto 02 = Medico di base 03 = Programmato da stesso istituto 04 = Trasferito da istituto pubblico</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			<p>essere utilizzato quando il paziente va direttamente in reparto/sala operatoria.</p> <p>Codificare con '01' se un paziente accede alla Casa di Cura proveniente dal Pronto Soccorso di un Ospedale Pubblico.</p> <p>Il codice '03' va assegnato quando il ricovero è programmato dal medico specialista dello stesso ospedale.</p> <p>Il codice '07' va utilizzato per il secondo ricovero post acuto quando nell'ambito dello stesso Presidio c'è un trasferimento dalla fase acuta.</p> <p>Il codice '10' deve essere utilizzato sia per le richieste di ricovero, formulate dagli psichiatri del CSM, verso strutture private sia nel caso di ricovero per TSO ('3').</p>			<p>05 = Trasferito da istituto privato Accreditato 06 = Trasferito da istituto privato non Accreditato 07 = Trasferito da altro attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero nello stesso presidio 08 = Altra assistenza (ADI, Hospice, etc.) 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</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=PRORIC</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vale '01' (Ricorso diretto) o '11' il regime di ricovero deve essere ordinario e il tipo di ricovero deve valere '2' (D'urgenza), '3' (T.S.O.), '5' (Ricovero D'urgenza in OBI), '6' (Parto non urgente) o '7' = (T.S.O. in corso di ricovero) (E). - Se vale '03' e il regime di ricovero è ordinario, il tipo di ricovero deve valere '1' o '2' o '4' o '6' o '7'(E). - Se data di ammissione = data di nascita la proposta di ricovero deve essere '12' oppure '04', '05', '06' per i trasferiti nello stesso giorno della nascita (E). - Se vale '12' allora data di ammissione = data di nascita. - Se vale '10' la disciplina di ammissione deve essere '40' (E). - Se vale '13' l'onere della degenza non può essere '8' o 'A' (E) - Può valere '14' solo per il privato (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			Se un ricovero viene trasformato da TSV a TSO (tipo ricovero='7') questa variabile può assumere tutti i codici del dominio.			
	Scheda Paziente	infDh	Nodo infDh			
B008	infDh	motRicoveroDh	Motivo del ricovero in regime diurno (Day Hospital).	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il regime di ricovero è '2' (Day Hospital) (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Diagnostico 2 = Chirurgico 3 = Terapeutico 4 = Riabilitativo</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=MOTRIC</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da non valorizzare in regime di ricovero ordinario (E).</p>
B009	infDh	numAccessi	Indica il numero complessivo di accessi nel ricovero in Day Hospital.	N	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il regime di ricovero è '2' (Day Hospital) (E).</p> <p>FORMATO: NNN</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 1 e 365 (366 quando anno bisestile).</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						ALTRI CONTROLLI: - Non deve superare la durata del ricovero (data dimissione - data ammissione) (E). - Da non valorizzare in regime di ricovero ordinario (E).
	Scheda Paziente	datiTrauma	Nodo datiTrauma			
B010	datiTrauma	trauma	Informazione che caratterizza la causa del ricovero, quando questo è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Regime di ricovero='1' (Ordinario) e patologia principale compresa nel seguente range: ['800'-'904'] e ['910'-'995.89'] e si tratta di una scheda con solo reparti per acuti (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 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 altro tipo di intossicazione I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=CTR ALTRI CONTROLLI: - Da non valorizzare negli altri casi (E).
B011	datiTrauma	codiceE	Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo o dell'intossicazione quando il ricovero è	AN	5	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il trauma è valorizzato (E). FORMATO: AAAAA DOMINIO: Valori ammessi (E): I valori sono consultabili attraverso il seguente link:

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione.			https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/codici_cause_esterne ALTRI CONTROLLI: - Non deve avere sottocategorie/sottoclassificazioni (E). - Da valorizzare se patologia principale ha flag_codici_E='S' (W).
B012	SchedaPaziente	modDimissione	Modalità di dimissione. Individua la destinazione del paziente dimesso dall'ospedale e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture. La nuova codifica C = resort si deve utilizzare quando un paziente che ha avuto un ricovero Covid è dimesso dall'ospedale e, non avendo una struttura abitativa adeguata per l'isolamento, viene inviato a strutture non ospedaliere (alberghi etc.)	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 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 I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=MODDIM ALTRI CONTROLLI: Se vale '4' il regime di ricovero deve essere DH e il presidio deve essere una CDC - ospedali privati (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B013	SchedaPaziente	riscAutoptico	Riscontro autoptico.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Modalità dimissione='1' (Deceduto) oppure 'B' (Deceduto per suicidio) (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = SI 2 = NO</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=RISAUT</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da non valorizzare negli altri casi (E).</p>
	Scheda Paziente	datiNeonato	Nodo datiNeonato			
B014	datiNeonato	pesoGr	Indica 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.	N	4	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio solo se si tratta di un neonato (data di Nascita = data di ammissione) e proposta di ricovero '12' (Ricovero al momento della nascita) (E).</p> <p>FORMATO: NNNN</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): - Deve essere maggiore di 300.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Deve essere minore o uguale di 6000 (W). - Da non valorizzare negli altri casi (E).</p>
B015	datiNeonato	codice	Presidio della SDO	AN	6	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
		PresidioMadre	della madre. In caso di anonimato compilare tutti e tre i campi con 9. Es.: CodicePresidioMadre 999999 subCodice StabMadre 99 progrSdoMadre 99999999			FORMATO: NNNNNN DOMINIO: Codice previsto nel modello ministeriale HSP11 (DM 5/12/2006 e succ.) presente nell'anagrafe regionale delle strutture (E). ALTRI CONTROLLI: - Non valorizzare se la proposta di ricovero non è '12' (Ricovero al momento della nascita) (E). - Congruente con il codice azienda inviante (E). - In caso di anonimato valorizzare '999999'.
B016	datiNeonato	subCodice StabMadre	Sub codice della SDO della madre.	AN	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio. FORMATO: NN DOMINIO: Codice previsto nel modello ministeriale HSP11 BIS (DM 5/12/2006 e succ.) presente nell'anagrafe regionale delle strutture (E). I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/struttureflusso/?CODICE_FLUSSO=SDO ALTRI CONTROLLI: - Non valorizzare se la proposta di ricovero non è '12' (Ricovero al momento della nascita) (E). - Congruente con il presidio della SDO della madre (E). - In caso di anonimato valorizzare '99'.
B017	datiNeonato	progrSdoMadre	Numero scheda SDO della madre.	AN	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio. FORMATO: NNNNNNNN DOMINIO: Le prime 2 cifre identificano l'anno di ammissione, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno indipendentemente dal regime di

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						ricovero (E). ALTRI CONTROLLI: - Non valorizzare se la proposta di ricovero non è '12' (Ricovero al momento della nascita) (E). - Deve essere numerico e diverso da zero (E). - Se è impostato uno dei campi presidio SDO della madre, sub codice SDO della madre, numero scheda SDO della madre, devono essere impostati tutti e tre (E). - In caso di non anonimato la chiave della scheda della madre deve essere presente in banca dati o nel file inviato (W). - In caso di anonimato valorizzare '99999999'.
B018	SchedaPaziente	dataPren	Data prenotazione. La data di prenotazione deve essere precedente o coincidente con la data di ricovero. In caso di trasferimenti da altri istituti, la data di prenotazione deve coincidere con la data in cui il trasferimento è stato concordato fra i due istituti (senza inserimento in lista di attesa)	DT	10	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il regime di ricovero= '1' (Ordinario) e tipo ricovero = '1' (Programmato) o '4' (Programmato con preosp.) oppure se il regime di ricovero = '2' (Day Hospital) (E). FORMATO: AAAA-MM-GG ALTRI CONTROLLI: - Non deve essere posteriore alla data di ammissione (E). - Non deve essere anteriore alla data di nascita (E). - [(data ammissione – data prenotazione) – gg di sospensione] deve essere minore o uguale a 365 giorni (W). Per DRG diverso da '410' e '492': - Deve essere diversa dalla data ammissione eccetto per i casi con proposta di ricovero='04', '05', '06' e '07' (W). - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).
B019	SchedaPaziente	ggSospensione	Giornate di sospensione. Indicare i giorni di indisponibilità del paziente per motivi familiari, per motivi di salute o di lavoro o	N	3	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di 0

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			per altro motivo comunque autorizzato e registrato nella agenda di prenotazione.			ALTRI CONTROLLI: - Se valorizzato, deve essere valorizzata la data di prenotazione (E).
B020	SchedaPaziente	clPrio	Classe di priorità 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.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se regime di ricovero '1' (Ordinario) e tipo di ricovero '1', '4' (Programmato o programmato con preosp.) oppure se il regime di ricovero è '2' (Day Hospital) (E).</p> <p>FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): A = Entro 30 giorni B = Entro 60 giorni C = Entro 180 giorni D = Entro 12 mesi</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=CLAPRI</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).</p>
B021	SchedaPaziente	score	Euroscore.	N	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p> <p>FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 45</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						- Se valorizzato deve essere presente la disciplina '07' (Cardiologia) tra le discipline del presidio (E).
B022	SchedaPaziente	flagControllo	<p>Va compilato ('1', '2'), a seguito di controllo interno o esterno (tipologia controllo), per i soli casi di una modifica/annullamento o dell'importo senza alcuna variazione delle variabili sanitarie (patologie, interventi, DRG).</p> <p>Il codice '3' deve essere utilizzato per inserire in banca dati regionale l'importo aziendale a seguito di accordi o di sperimentazioni (in quest'ultimo caso l'importo può essere anche 0).</p> <p>Il codice '4' è riservato ai casi di trasferimento da strutture pubbliche a private Accordo Quadro RER-AIOP 20/03/2020 nell'ambito dell'emergenza Coronavirus. (tipologia a) Se la SDO viene inviata dal Pubblico</p>	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 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 = scheda per ricoveri Accordo Quadro RER-AIOP 9 = scheda controllata in corso di verifica</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseeps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=CTRF</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Se valorizzato '1', '2' o '9', deve essere valorizzata almeno una tipologia di controllo interna o esterna (E).</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			non ci sarà alcun abbattimento, mentre se la SDO è inviata dal privato l'importo regionale sarà abbattuto del 15%			
B023	SchedaPaziente	docSanInt	Documentazione sanitaria interna (come da delibera 1706/2009)	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E): 1 = Si 2 = No</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=DOSI</p>
B024	SchedaPaziente	docSanEst	Documentazione sanitaria esterna interna (come da delibera 1706/2009).	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E): 1 = Si 2 = No</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=DOSE</p>
B025	SchedaPaziente	rilevDolore	Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.			Valori ammessi (E): 0 = NO 1 = SI I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=RILDOL
B026	SchedaPaziente	presArtSist	Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica.	N	3	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se esiste una diagnosi ICD-9-CM (principale o secondaria) che inizia per '410' (Infarto acuto del miocardio) (E). FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 30 e 300 ALTRI CONTROLLI: - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).
B027	SchedaPaziente	creatSerica	Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL). In caso di più interventi in sessioni operatorie diverse il valore della creatinina è da riferirsi alla prima sessione operatoria.	N	5	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se esiste: 1) intervento chirurgico (principale o secondario) che inizia per '361' (by-pass aortocoronarico) o '351' o '352' (valvole cardiache). Indicare il valore preoperatorio riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento, oppure 2) intervento chirurgico (principale o secondario) = ('8151' o '8152') (sostituzione protesica) o = ('7900' o '7905' o '7910' o '7915' o '7920' o '7925' o '7930' o '7935' o '7940' o '7945' o '7950' o '7955' (riduzione di frattura) ed età del paziente maggiore o uguale a 65 anni. Indicare il valore preoperatorio riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento oppure 3) diagnosi principale o secondaria che inizia per '820' (frattura del collo del femore) ed età del paziente maggiore o uguale a 65 anni. Indicare il valore rilevato al momento dell'ammissione (E). FORMATO: NN.NN

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di 00.00</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).</p>
B028	SchedaPaziente	frazEiez	<p>Indica la frazione di eiezione pre-operatoria riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico (codice ICD-9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD-9-CM 35.1x-35.2x).</p> <p>In caso di più interventi in sessioni operatorie diverse il valore della creatinina è da riferirsi alla prima sessione operatoria.</p>	N	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se esiste un intervento chirurgico (principale o secondario che inizia per '361' (by-pass aortocoronarico) o '351' o '352' (valvole cardiache) (E).</p> <p>FORMATO: NN</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di zero</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da non valorizzare in tutti gli altri casi (E).</p>
B029	SchedaPaziente	importo	Importo aziendale.	N	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se valorizzato flagControllo.</p> <p>FORMATO: NNNNNNN.NN</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Se valorizzato:</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						- Deve essere 0 per flagControllo='1' (E). - Deve essere maggiore di 0 per flagControllo='2' (E) e minore di Importo regionale. - Deve essere maggiore o uguale di 0 per flagControllo='3' (E) e minore di Importo regionale.
B030	schedaPaziente	tipoOperazione	Tipo operazione.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): I = Inserimento V = Variazione C = Cancellazione</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TIPOOPERAZIONE</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se valorizzato il codice 'I'(Inserimento) la scheda non deve essere presente nella banca dati regionale (E). - Valorizzare il codice 'I' (Inserimento) al primo invio (E). - Se valorizzato il codice 'V'(Variazione) oppure 'C' (Cancellazione) la scheda deve essere presente nella banca dati regionale (E). - Non valorizzare il codice 'I' (Inserimento) al 13° invio (E). - Valorizzare il codice 'V' (Variazione) al 14° invio (E). (Vedi il paragrafo 8.2 Scadenze Calendario degli invii)
	Scheda Paziente	Reparti	Nodo reparti			
C001	Reparti	progrRep	Progressivo di identificazione del reparto.	N	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NN</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E):</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>Deve essere maggiore di zero</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deve essere univoco per scheda di ricovero (E). - I reparti devono essere ordinati cronologicamente (ammissione, trasferimenti, dimissione).
C002	Reparti	tipoRep	<p>Tipo del reparto (Ammissione, Dimissione, Trasferimento).</p> <p>La variabile descrive il percorso che il paziente ha seguito durante un singolo ricovero.</p>	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1 = Ammissione 2 = Dimissione 3 = Trasferimento</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TIPREP</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se Regime di ricovero = '2' (Day Hospital) non possono esserci trasferimenti (tipoRep deve essere diverso da '3') (E). - Per ogni scheda è obbligatorio un solo Reparto di Ammissione (E). - Per ogni scheda è obbligatorio un solo Reparto di Dimissione (E). - Per ogni scheda sono ammessi al massimo 15 Trasferimenti (Interni o Esterni) (E).
C003	Reparti	tipoTrasf	Tipo di trasferimento (Interno, Esterno).	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il tipo reparto = '3' (Trasferimento) (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1 = Interno 2 = Esterno</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TIPTRA</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Non deve essere valorizzato per tipo reparto = '1', '2' (Ammissione, Dimissione) (E).</p>
C004	Reparti	codPresidioEst	Codice di identificazione del presidio esterno.	AN	6	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se tipo reparto = '3' (Trasferimento) e tipo trasferimento = '2' (Esterno) (E).</p> <p>FORMATO: NNNNNN</p> <p>DOMINIO: Codice previsto nel modello ministeriale HSP11 (DM 5/12/2006 e succ.) presente nell'anagrafe regionale delle strutture (E).</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Il presidio può essere qualsiasi presidio della regione Emilia-Romagna, ma non il presidio di dimissione della scheda di ricovero (E). - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).</p>
C005	Reparti	subCodiceStabEst	Sub codice dello stabilimento esterno.	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Per le strutture pubbliche nel caso in cui più stabilimenti facciano parte di un unico presidio. Dato è obbligatorio se tipo reparto = '3' (Trasferimento) e tipo trasferimento = '2' (Esterno) (E)</p> <p>FORMATO: NN</p> <p>DOMINIO: Codice previsto nel modello ministeriale HSP11 BIS (DM 5/12/2006 e succ.) e presente nell'anagrafe regionale delle strutture (E).</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/struttureflusso/?CODICE_FLUSSO=S</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>DO</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Se valorizzato: - Congruente con il codice del presidio Esterno (E).</p>
C006	Reparti	UnitaOper	<p>Codifica Ministeriale HSP12 o HSP13 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 Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).</p> <p>Per ogni SDO possono essere codificati max 15 trasferimenti.</p>	AN	4	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAA DOMINIO: Valori ammessi (E): Codice disciplina (primi due caratteri): 'AT' = Assenza temporanea 'PD' = Prove di domiciliazione Per la validità delle altre discipline (primi due caratteri) si rimanda al capitolo <i>Tabelle di riferimento - Paragrafo 7 Tabella1 - Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere.</i> Codice divisione (terzo e quarto carattere): Deve essere maggiore di zero</p> <p>Se tipo del reparto = '1' (Ammissione) o '2' (Dimissione): - l'unità operativa deve esistere per il presidio (E).</p> <p>Se tipo del reparto = '3' (Trasferimento): - il Reparto deve esistere nel presidio oppure nella struttura esterna se indicata (E).</p> <p>I controlli di esistenza sono effettuati alla data del reparto e fanno riferimento alla Anagrafe Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie dove verrà controllata anche l'esistenza di almeno un posto letto nel reparto (ad esclusione dei reparti in Service) e la sua congruenza con il regime di ricovero (E)</p> <p>Codice disciplina (primi due caratteri): - Deve essere diversa da '99' (E). - Deve essere diversa da 'AT' e 'PD' per tipo reparto '1' e '2' (Ammissione/Dimissione) (E). - Deve essere diversa da '60' per regime di ricovero in DH (E).</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<ul style="list-style-type: none"> - Deve essere diversa da '02' e '98' per regime di ricovero ordinario (E). <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il primo reparto di trasferimento (interno) deve essere diverso da quello di ammissione (E). - Reparti di trasferimento consecutivi (interni) devono essere diversi fra loro (E). - Un Reparto 'PD' deve essere compreso fra due reparti '28' o due reparti '75' o due reparti '56' (E), quindi ci possono essere al max 7 trasferimenti in PD - In assenza di reparti di trasferimento il reparto di ammissione e dimissione devono coincidere (E). - L'ultimo reparto di trasferimento deve essere uguale al reparto di dimissione (E). - Non possono esserci 'AT' con 0 giorni (W). <p>Se SDO per acuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le assenze temporanee ('AT') non possono essere superiori a 3 giorni (W). - Non possono esserci 'AT' se le giornate effettive di ricovero sono uguali a 1 (W). <p>Se SDO post acuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le giornate in assenze temporanee ('AT') non possono essere superiori a 3 giorni (W). - Le giornate in permessi di domiciliazione ('PD') non possono essere superiori a 12 giorni (W). - Non possono esserci 'PD' se le giornate effettive di ricovero sono uguali a 1 (W). - Non possono esserci 'PD' con 0 giorni (W).
C007	Reparti	dataRep	Data reparto.	DT	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAAA-MM-GG</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <p><u>Se Tipo reparto = '1' (Ammissione):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Non deve essere anteriore alla data di nascita (E). - Non deve essere posteriore alla data di dimissione (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>Se Tipo reparto = '2' (Dimissione):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deve essere congruente con l'anno di competenza (E). - Non deve essere anteriore alla data di nascita (E). <p>Si rimanda al capitolo Modalità e Tempi di trasmissione - Paragrafo 8.2 Scadenze la verifica che la data di dimissione appartenga a determinati mesi :</p> <p>In particolare :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se Tipo operazione = 'I' deve appartenere ai mesi indicati alla colonna "dati in Inserimento" (E). - Se Tipo operazione = 'V','C' deve appartenere ai mesi indicati alla colonna "Dati in Variazione" (E). - Deve appartenere all'ultimo semestre dell'anno di riferimento se invio = '14' (E) se valorizzato tipoCtrlEst <p>Se Tipo reparto = '3' (Trasferimento):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non deve essere anteriore alla data di ammissione (E). - Non deve essere posteriore alla data di dimissione (E). - Deve essere congruente con le altre date di trasferimento (ordine cronologico) (E). - Il periodo di permanenza in Service deve essere inferiore alle 24 ore (W).
C008	Reparti	oraRep	<p>Ora reparto.</p> <p>Si intende l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente.</p> <p>In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire l'ora di accesso alla sala operatoria.</p>	ORA	5	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se regime di ricovero = '1' (Ordinario) (E).</p> <p>FORMATO: OO:MM</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E): OO compreso tra 00 e 23 MM compreso tra 00 e 59</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In presenza di trasferimenti che hanno stessa data di trasferimento viene controllato che l'ora del trasferimento sia successiva all'ora del trasferimento precedente (E). - Non deve essere valorizzata in regime di ricovero = '2' (Day Hospital) (E).
	Reparti	Scale	Nodo Scale			<p>Questo Nodo è facoltativo; Se utilizzato almeno una informazione deve essere valorizzata. Le informazioni sulle scale in ingresso e in uscita vanno inserite nel</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						reparto di ingresso, di conseguenza nel reparto di dimissione non ci possono essere dati sulle scale
G001	Scale	scalaBilng	Barthel Index (BI) in Ingresso (Scala di valutazione della disabilità)	N	3	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 100. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaBiUsc (E).
G002	Scale	scalaBiUsc	Barthel Index (BI) in Uscita	N	3	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 100. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaBilng (E).
G003	Scale	scalaRcseIng	Rehabilitation Complexity Scale (RCSe) in Ingresso (Scala di valutazione della complessità clinico-riabilitativa)	N	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 22. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaRcseEsc (E).
G004	Scale	scalaRcseUsc	Rehabilitation Complexity Scale (RCSe) in Uscita	N	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO:

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 22.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaRcseIng (E).</p>
G005	Scale	scala6mwtIng	Scala Six Minute Walk Test (6MWT) in Ingresso	N	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 700.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scala6mwtUsc (E).</p>
G006	Scale	scala6mwtUsc	Scala Six Minute Walk Test (6MWT) in Uscita	N	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 700.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scala6mwtIng (E).</p>
G007	Scale	scalaMborgIng	Scala di Borg modificata (M-Borg) in Ingresso	N	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 10.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaMborgUsc (E).</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
G008	Scale	scalaMborgUsc	Scala di Borg modificata (M-Borg) in Uscita	N	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p> <p>FORMATO: NN</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 10.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaMborgIng (E).</p>
G009	Scale	scalaDyspIng	Scala Barthel Dyspnea Index (BI) in Ingresso	N	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p> <p>FORMATO: NNN</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 100.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaDyspUsc (E).</p>
G010	Scale	scalaDyspUsc	Scala Barthel Dyspnea Index (BI) in Uscita	N	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p> <p>FORMATO: NNN</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 100.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaDyspIng (E).</p>
G011	Scale	dataEvento	Data dell'evento acuto	DT	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se valorizzata l'ora dell'evento acuto (E).</p> <p>FORMATO: AAAA-MM-GG</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Non deve essere posteriore alla data di dimissione (E).</p>
G012	Scale	oraEvento	Ora dell'evento acuto	ORA	5	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						FORMATO: OO:MM DOMINIO: Valori ammessi (E): OO compreso tra 00 e 23. MM compreso tra 00 e 59.
G013	Scale	eziologia	Eziologia	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: N DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Trauma 2 = Emorragico 3 = Post-anossico 4 = Infettivo 5 = Altro I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=EZIOLOGIA
G014	Scale	scalaGcs	Glasgow Coma Scale (GCS)	N	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 3 e 15.
G015	Scale	scalaGosIng	Glasgow Outcome Scale (GOS) in Ingresso	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Deceduto 2 = Stato vegetativo

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>3 = Disabilita' severa 4 = Disabilita' moderata 5 = Buon recupero</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=SCAGOS</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaGosUsc (E).</p>
G016	Scale	scalaGosUsc	Glasgow Outcome Scale (GOS) in Uscita	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Deceduto 2 = Stato vegetativo 3 = Disabilità severa 4 = Disabilità moderata 5 = Buon recupero</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=SCAGOS</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaGosIng (E).</p>
G017	Scale	scalaDrsIng	Disability Rating Scale (DRS) in Ingresso	N	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO:</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 30. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaDrsUsc (E).
G018	Scale	scalaDrsUsc	Disability Rating Scale (DRS) in Uscita	N	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 30. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaDrsIng (E).
G019	Scale	scalaLcfIng	Scala Levels of Cognitive Functioning (LCF) in Ingresso	N	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: N DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 1 e 8. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaLcfUsc (E).
G020	Scale	scalaLcfUsc	Scala Levels of Cognitive Functioning (LCF) in Uscita	N	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: N DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 1 e 8. ALTRI CONTROLLI:

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						- Da valorizzare se valorizzato il campo scalaLcflng (E).
G021	Scale	livLesioneIng	Livello lesione neurologica in Ingresso	AN	3	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: AAA DOMINIO: Valori ammessi (E): C0 = Cervicale di grado 0 C1 = Cervicale di grado 1 C2 = Cervicale di grado 2 C3 = Cervicale di grado 3 C4 = Cervicale di grado 4 C5 = Cervicale di grado 5 C6 = Cervicale di grado 6 C7 = Cervicale di grado 7 C8 = Cervicale di grado 8 L1 = Lombare di grado 1 L2 = Lombare di grado 2 L3 = Lombare di grado 3 L4 = Lombare di grado 4 L5 = Lombare di grado 5 S1 = Sacrale di grado1 S2 = Sacrale di grado2 S3 = Sacrale di grado3 S4 = Sacrale di grado4 S5 = Sacrale di grado5 T1 = Toracico di grado 1 T2 = Toracico di grado 2 T3 = Toracico di grado 3 T4 = Toracico di grado 4 T5 = Toracico di grado 5 T6 = Toracico di grado 6 T7 = Toracico di grado 7 T8 = Toracico di grado 8 T9 = Toracico di grado 9

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>T10 = Toracico di grado 10 T11 = Toracico di grado 11 T12 = Toracico di grado 12</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=LIVLES</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da valorizzare se valorizzato il campo livLesioneUsc (E). - Da valorizzare se valorizzato il campo Scala menomazione Asia (E).
G022	Scale	livLesioneUsc	Livello lesione neurologica in Uscita	AN	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p> <p>FORMATO: AAA</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>C0 = Cervicale di grado 0 C1 = Cervicale di grado 1 C2 = Cervicale di grado 2 C3 = Cervicale di grado 3 C4 = Cervicale di grado 4 C5 = Cervicale di grado 5 C6 = Cervicale di grado 6 C7 = Cervicale di grado 7 C8 = Cervicale di grado 8 L1 = Lombare di grado 1 L2 = Lombare di grado 2 L3 = Lombare di grado 3 L4 = Lombare di grado 4 L5 = Lombare di grado 5 S1 = Sacrale di grado1 S2 = Sacrale di grado2 S3 = Sacrale di grado3</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>S4 = Sacrale di grado4 S5 = Sacrale di grado5 T1 = Toracico di grado 1 T2 = Toracico di grado 2 T3 = Toracico di grado 3 T4 = Toracico di grado 4 T5 = Toracico di grado 5 T6 = Toracico di grado 6 T7 = Toracico di grado 7 T8 = Toracico di grado 8 T9 = Toracico di grado 9 T10 = Toracico di grado 10 T11 = Toracico di grado 11 T12 = Toracico di grado 12</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=LIVLES</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo livLesioneIng (E). - Da valorizzare se valorizzato il campo Scala menomazione Asia (E).</p>
G023	Scale	scalaAsialng	Scala menomazione ASIA in Ingresso	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): A = Completa B = Incompleta B C = Incompleta C D = Incompleta D E = Normale</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=SCASIA</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaAsiaUsc (E). - Da valorizzare se valorizzato il campo Livello neurologico della lesione (E).
G024	Scale	scalaAsiaUsc	Scala menomazione ASIA in Uscita	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): A = Completa B = Incompleta B C = Incompleta C D = Incompleta D E = Normale</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=SCASIA</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaAsiaIng (E). - Da valorizzare se valorizzato il campo Livello neurologico della lesione (E).
G025	Scale	scalaScimIng	Scala Spinal Cord Independency Measure (SCIM) in	N	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO:</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			Ingresso			Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 100. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaScimUsc (E).
G026	Scale	scalaScimUsc	Scala Spinal Cord Independency Measure (SCIM) in Uscita	N	3	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 100. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaScimIng (E).
G027	Scale	classToast	Classificazione TOAST (Transito in STROKE UNIT)	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Grandi Vasi 2 = Ictus Cardioembolico 3 = Piccoli Vasi 4 = Altra eziologia determinata 5 = Eziologia indeterminata (causa multipla) 6 = Eziologia indeterminata (accertamenti negativi) 7 = Eziologia indeterminata (accertamenti incompleti) I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=SCATOA
G028	Scale	scalaNihssIng	National Institutes of	N	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			Health Stroke Scale (NIHSS) in Ingresso			FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 42. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaNihssUsc (E).
G029	Scale	scalaNihssUsc	National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) in Uscita	N	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 42. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaNihssIng (E).
G030	Scale	scalaNrankinIng	Scala di Rankin pre-ictus (nRankin) solo in Ingresso	N	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: N DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 6.
	Scheda paziente	Diagnosi	Nodo Diagnosi			
D001	Diagnosi	Progressivo Diagnosi	Progressivo di identificazione della diagnosi.	N	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di zero ALTRI CONTROLLI:

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						- Deve essere univoco per scheda di ricovero (E).
D002	Diagnosi	TipolDiagnosi	<p>Tipologia diagnosi (principale, secondaria). Per ogni SDO possono essere specificate max 5 diagnosi secondarie.</p>	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Diagnosi principale 2 = Diagnosi secondaria</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TIPDIA</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Deve esistere solo una diagnosi principale (E). - Possono esistere al massimo 5 diagnosi secondarie (E).</p>
D003	Diagnosi	CodiceDiagnosi	Codice della diagnosi.	AN	5	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAAA DOMINIO: La diagnosi deve essere correttamente codificata utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM correntemente in uso) (E).</p> <p>Si rimanda al capitolo <i>Tabelle di riferimento - Paragrafo 7.3 Tabella3 - Codici delle diagnosi secondo la codifica ICD-9-CM.</i></p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Non deve avere sottocategorie/sottoclassificazioni (E). - Deve essere compatibile con il sesso del paziente (E). - Deve essere compatibile con l'età del paziente (E). - Le diagnosi non possono essere ripetute (E).</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						Se tipologia diagnosi = '1'(Principale) : - Deve essere compatibile come diagnosi principale (W). - Se non inizia per 'V64', il regime di ricovero = '2'(Day Hospital) e DRG medico allora devono esistere procedure (W). - Altre controlli generici legati alla diagnosi sono specificati secondo le indicazioni riportate nel <i>Paragrafo 6.4 - Altri controlli relativi alle diagnosi.</i>
D004	Diagnosi	diagnosiPresenti	Rileva se la diagnosi era già presente anche al momento del ricovero.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 0 = NO 1 = SI Si rimanda al capitolo <i>Tabelle di riferimento - Paragrafo 7.3 Tabella3 - Codici delle diagnosi secondo la codifica ICD-9-CM</i> I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=DIAPRE
D005	Diagnosi	stadCondens	Stadiazione condensata Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi principale o secondaria.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio in presenza di codice diagnosi principale ICD-9-CM comprese fra '140.0'-'190.9' e '193'-'199.1'(E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = Infiltrazione locale extraorgano 3 = Metastasi ai linfonodi regionali 4 = Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = Metastasi a distanza 6 = Metastasi ai linfonodi non regionali 7 = Non confinato all'organo di origine (ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6)

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>8 = Nessuna invasione degli organi distanti (ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4) 9 = Ignoto</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=STACON</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da non valorizzare se non rientra tra i codici ICD9 CM previsti (E). - In caso di diagnosi secondarie appartenente ai codici ICD9 CM previsti se valorizzato il campo sarà controllato (E)
D006	Diagnosi	lateralita	Indica se la diagnosi si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=LATER</p>
	Scheda Paziente	Interventi	Nodo Interventi			Questo Nodo è facoltativo; Se utilizzato tutte le informazioni sul dominio e sui controlli sono specificate nei singoli campi che seguono.
E001	Interventi	Progressivo Intervento	Progressivo di identificazione dell'intervento.	N	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NN DOMINIO:</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di zero</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Deve essere univoco per scheda di ricovero (E).</p>
E002	Interventi	tipologia Intervento	Tipologia intervento (principale, secondario).	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Intervento principale 2 = Intervento secondario</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TIPINT</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Può esistere solo un intervento principale (E). - Possono esistere al massimo 10 interventi secondari (interni o esterni) (E).</p>
E003	Interventi	tipoIntervento	Tipo di intervento (interno, esterno).	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 0 = Interno 1 = Esterno</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=ININES</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
E004	Interventi	dataIniIntervento	Data inizio dell'intervento.	DT	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAA-MM-GG DOMINIO: Valori ammessi:</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Se tipologia intervento='1' (Intervento principale): - deve essere compresa tra la data di ammissione e la data di dimissioni (E).</p> <p>Se tipologia intervento='2' (Intervento secondario): - deve essere maggiore o uguale alla data di ammissione. Può essere minore alla data di ammissione se regime di ricovero='1' (ordinario) e tipo ricovero ='4' (Programmato con preosp.) (E). Può essere minore alla data di ammissione se regime di ricovero='2' (DH) e motivo di ricovero in DH ='2' (Chirurgico) (E). - deve essere minore o uguale alla data di dimissione - deve essere in ordine cronologico rispetto alle altre date di intervento (E).</p>
E005	Interventi	oralniIntervento	Ora di inizio dell'intervento, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione.	ORA	5	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se siamo nel caso di procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ valore 4(E). Per gli altri interventi è facoltativo.</p> <p>Si rimanda al capitolo <i>Tabelle di riferimento - Paragrafo 7.2 Tabella2 - Codici degli interventi o procedure secondo la codifica ICD-9-CM, versione corrente</i></p> <p>FORMATO: OO:MM DOMINIO: Valori ammessi (E): OO compreso tra 00 e 23 MM compreso tra 00 e 59</p> <p>Nel caso in cui nella stessa sessione operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare la stessa ora di inizio in tutte le procedure coinvolte.</p>
E006	Interventi	codiceIntervento	Codice dell'intervento.	AN	4	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAA</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>DOMINIO: Si rimanda al capitolo <i>Tabelle di riferimento - Paragrafo 7.2 Tabella2 - Codici degli interventi o procedure secondo la codifica ICD-9-CM</i>, versione corrente (E).</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Non deve avere sottocategorie/sottoclassificazioni (E). - Deve essere compatibile con il sesso del paziente (E).</p>
E007	Interventi	codFisc1	Codice fiscale del chirurgo responsabile dell'intervento. (È possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio).	AN	16	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se siamo nel caso di procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ valore 4 (E). Per gli altri interventi è facoltativo.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Se impostato viene controllato su SOGEI (E).</p>
E008	Interventi	codFisc2	Codice fiscale del secondo chirurgo.	AN	16	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Se impostato viene controllato su SOGEI (E). - Se valorizzato deve essere valorizzato il codFisc1 (E).</p>
E009	Interventi	codFisc3	Codice fiscale del terzo chirurgo.	AN	16	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Se impostato viene controllato su SOGEI (E). - Se valorizzato, deve essere valorizzato il codFisc1 e codFisc2 (E).</p>
E010	Interventi	codFiscAnest	Codice fiscale dell'anestesista dell'intervento.	AN	16	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Se impostato viene controllato su SOGEI (E).</p>
E011	Interventi	asa	Punteggio ASA. Classificazione che	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se è valorizzato il codice fiscale dell'anestesista (E).</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			<p>valuta il rischio anestesiologicalo in base alle condizioni del paziente.</p> <p>Questo campo può essere valorizzato anche in assenza del codice fiscale dell'anestesista</p>			<p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1 = Paziente sano</p> <p>2 = Paziente con malattia sistemica lieve e nessuna limitazione funzionale</p> <p>3 = Paziente con malattia sistemica grave e limitazione funzionale di grado moderato</p> <p>4 = Paziente con una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la vita</p> <p>5 = Paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico</p> <p>6 = Paziente in morte cerebrale certificata in attesa di intervento per donazione di organi</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=PUNASA</p>
E012	Interventi	checkList	<p>Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria.</p> <p>Utilizzare 9 per le procedure del tipo AHRQ 4 non effettuate in sala operatoria</p>	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se siamo nel caso di procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ valore 4(E). Per gli altri interventi è facoltativo.</p> <p>Si rimanda al capitolo <i>Tabelle di riferimento - Paragrafo 7.2 Tabella2 - Codici degli interventi o procedure secondo la codifica ICD-9-CM</i>, versione corrente</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>0 = No</p> <p>1 = Si</p> <p>9 = Non applicabile</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=CHECKLIST
E013	Interventi	lateralita	Indica se l'intervento si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=LATER</p>
	Scheda Paziente	Controlli	Nodo Controlli			Questo Nodo è facoltativo; Se utilizzato tutte le informazioni sul dominio e sui controlli sono specificate nei singoli campi che seguono.
F001	Controlli	progressivo Controllo	Progressivo di identificazione del controllo.	N	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NN</p> <p>DOMINIO: Deve essere maggiore di zero (E).</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Deve essere univoco per scheda di ricovero (E).</p>
F002	Controlli	tipoCtrlInt	Tipologia controllo interno (tale elenco viene definito all'interno del PAC e si modifica con questo).	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Facoltativo.</p> <p>FORMATO: AA</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 01 = DRG Maldefiniti 02 = DRG Chirurgico CC in DH 03 = DRG Chirurgico CC in Regime Ordinario 0-1 gg 04 = DRG con CC in regime ordinario con degenza uguale o inferiore alla degenza media trimmata del DRG omologo</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>05 = Corretta codifica della diagnosi principale di Sepsi 06 = RO programmati con deg 2-3 gg e modalità di dimissione=2 07 = Outliers 08 = DRG 088 e 429 Ordinari > 1 g programmati 09= DRG ordinari > 1g programmati potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017 10 = DH diagnostici 11 =PNE 12 =Congruenza SDO-Cartella Clinica 13 = Audit clinici istituzionali 14 = Audit clinici locali 15 = Controlli su altre tipologie definite negli accordi locali 99 =Altri controlli</p> <p>Il dettaglio delle esclusioni sono a Pag. 88 I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TPC</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Se valorizzato non deve essere ripetuto (E).</p>
F003	Controlli	tipoCtrlEst	Tipologia controllo esterno (tale elenco viene definito all'interno del PAC e si modifica con questo).	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Facoltativo. FORMATO: AA DOMINIO: Valori ammessi (E): Vedi tipologia controlli interni</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TPCE</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se valorizzato non deve essere ripetuto (E). - Almeno uno dei campi tipologia controllo interno o tipologia controllo esterno deve essere valorizzato (E). <p>Ultimo invio dell'anno (14 invio Ottobre) Da valorizzare (E).</p>

5.2.3. FILE2 - Esempio XML

Per prendere visione di un esempio del **FILE 2** in formato XML fare riferimento al seguente link:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/sdo/documentazione>

file: SDO_Specifiche_funzionali_V1.11_datisanitari_esempio.xml

5.2.4. FILE2 - Schema XSD

Per prendere visione dello schema XSD del **FILE 2** fare riferimento al seguente link:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/sdo/documentazione>

file: SDO_Specifiche_funzionali_V1.11_datisanitari.xsd

Per prendere visione dello schema XSD comune al FILE 1 e FILE 2 fare riferimento al seguente link :

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/sdo/documentazione>

file: SDO_Specifiche_funzionali_V1.11_common.xsd

ATTENZIONE:

Nella prima fase di attivazione del flusso, per permettere alle aziende di inviare i dati al sistema regionale di verifica, saranno derogati alcuni controlli di obbligatorietà e validità presenti nello schema XSD del File 2.

Pertanto, il file sarà accettato nella fase di invio bypassando la validazione delle regole dell'XSD che verranno applicate esclusivamente nella fase della simulazione.

Si ricorda comunque che, superata la fase sperimentale, tali regole verranno attivate.

6. CONTROLLI SPECIFICI

6.1 Controlli generalizzati sul Codice Identificativo Paziente

La variabile è obbligatoria eccetto i casi di anonimato, neonati sprovvisti di codice fiscale e non residenti in Italia. Il campo dell'identificativo del paziente prevede Codici fiscali, STP, ENI, PSU e AS e identificativo provvisorio numerico.

Il codice fiscale non deve essere mai calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici.

Prima di acquisire la SDO in banca dati regionale, il codice fiscale del paziente e dei chirurghi/anestesisti e l'identificativo provvisorio numerico vengono controllati nel sistema Tessera Sanitaria e, se non presente, la scheda verrà scartata.

Il Codice Identificativo Paziente deve essere compilato come segue:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri)
con il Codice Fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (DLgs 326/2003 art.50), cioè quello riportato nella tessera sanitaria;
- per gli stranieri temporaneamente presenti
con il codice 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 i cittadini neocomunitari residenti in Bulgaria e Romania privi di copertura sanitaria nel paese di provenienza
con il codice ENI (Europei non iscritti). Questo codice è di 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con ENI – vedi note Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2009/96745 del 27.04.2009 – e PG/2008/50529 del 20/02/2008;
- per gli immigrati destinati al soggiorno temporaneo nel territorio regionale (D.G.R. 11 704/2011 n. 487) e in particolare per i rifugiati provenienti dai paesi del Nord Africa
con il codice PSU (Permesso di Soggiorno per motivi Umanitari). Anche questo codice è composto da 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con le lettere PSU vedi nota Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2011/96394 del 15.04.2011;
- per gli immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa che hanno richiesto il permesso di soggiorno per asilo
con il codice regionale AS a 16 caratteri costruito come previsto nella nota regionale P.G./2011/215405 dell'08/09/2011.
- con il codice provvisorio numerico a 11.

L'amministrazione finanziaria può attribuire alle persone fisiche un numero di codice fiscale provvisorio. Il numero di codice fiscale provvisorio delle persone fisiche è costituito **da una espressione numerica di undici cifre**. Le prime sette cifre rappresentano il numero di matricola del soggetto; le cifre dall'ottava alla decima identificano l'ufficio che attribuisce il numero di codice fiscale provvisorio e l'undicesimo è il carattere numerico di controllo.

Il codice fiscale può essere omesso per i neonati.

Nei casi protetti dalla normativa vigente (vedi nome e cognome: 'ANONIMO','ANONIMO'), non va compilato il campo codice identificativo paziente.

6.2 Controlli sulla residenza

Il Codice Comune di residenza identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

In questo campo non devono mai essere utilizzati i codici dei comuni/stati cessati e deve essere compilato come segue:

- Per i pazienti residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre, 3 per la provincia e 3 per il comune.
- Per i residenti all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dello stato estero.
- Per gli irreperibili 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 extracomunitari non residenti, ma iscritti al SSN, indicare il comune di effettiva dimora (domicilio).

6.3 Altri controlli relativi alla scheda di ricovero

Controlli generici legati alla scheda di ricovero ospedaliero (E):

La scheda di ricovero viene scartata se non si verificano le sottostanti condizioni:

- presenza obbligatoria di un solo reparto di ammissione.
- presenza obbligatoria di un solo reparto di dimissione.
- presenza di al massimo 15 trasferimenti (interni o esterni).
- presenza di al massimo 1 intervento principale.
- presenza di al massimo 10 interventi secondari (interni o esterni).
- presenza obbligatoria di un intervento esterno se esiste un trasferimento esterno.
- presenza obbligatoria di una sola diagnosi principale.
- presenza di al massimo 5 diagnosi secondarie.
- presenza di al massimo 3 giorni di Assenze Temporanee;
- presenza di al massimo 12 giorni di Prove di domiciliazione;

Controlli di congruenza DRG/DIAGNOSI (E)

La scheda di ricovero viene scartata se si verifica la mancata congruenza fra DRG di parto e diagnosi di parto:

- Parto: DRG = '370', '371', '372', '373', '374', '375', ma nessuna diagnosi che inizia per 'V27';
- Puerperio: DRG = '376', '377' ed esiste almeno una diagnosi che inizia per 'V27';
- Falso travaglio: DRG = '382' ed esiste almeno una diagnosi che inizia per 'V27';
- Pre parto: DRG = '383', '384' ed esiste almeno una diagnosi che inizia per 'V27'.

Controlli che prevedono un errore non bloccante (W).

Scheda generica

La scheda di ricovero viene accettata, ma viene fornita una segnalazione se si verifica almeno una delle sottostanti condizioni:

- DRG maldefinito: quando DRG = '424' o '468' o '476' o '477';
- DRG invalido: quando DRG = '469' o '470';

- Codifica dello Stent coronarico incompleta: Scheda di ricovero che ha interventi '3606' o '3607', ma non ha interventi '0066' e '3603'.

Diagnosi di parto

La scheda di ricovero viene accettata, ma viene fornita una segnalazione se si verifica la sottostante condizione:

- Esiste una diagnosi di parto ('650') ed esistono diagnosi comprese fra '630' e '676' oppure esistono interventi che iniziano per '74' o '717' oppure esistono interventi che sono uguali a '726'.

Area oncologica

Se il Regime di ricovero = '1' (Ricovero Ordinario),
e il Tipo di ricovero = '1' (Programmato) oppure = '4' (Programmato con preospedalizzazione),
e l'Onere della degenza diverso da '4', '5' e '6'
e siamo in presenza di almeno uno dei seguenti casi:

- ✓ *Tumore alla mammella* (se esiste una diagnosi che inizia per '174' e un intervento che inizia per '854');
- ~~✓ *Tumore alla prostata* (se esiste una diagnosi che inizia per '185' e un intervento che inizia per '605');~~
- ✓ *Tumore al colon-retto* (se esiste una diagnosi che inizia per '153' o '154' e un intervento che inizia per '457' o '458' o '485' o '486');
- ✓ Tumore dell'utero (se esiste una diagnosi che inizia per '182' e un intervento \geq '683_' e \leq '689');
- ✓ *Tumore al polmone*: se esiste una diagnosi che inizia per '162' e un intervento che inizia per '323' o '324' o '325' o '329');

allora si devono verificare le seguenti condizioni:

- la classe di priorità deve essere 'A';
- la data di prenotazione deve essere non superiore di 30 giorni dalla data dell'ammissione al netto delle giornate di sospensione.

6.4 *Altri controlli relativi alle diagnosi e interventi*

Episodio non specificato di IMA.

- Si verifica uno SCARTO della scheda (E), se viene utilizzata una diagnosi il cui codice inizia per '410' e la quinta cifra è '0'.

Malattia infettiva di classe prima.

- Si verifica una SEGNALAZIONE (W) quando viene utilizzata una diagnosi che inizia per '001', '020', '032', '037', '045', '060', '071', '080', '087', '124', '0051', '0787', '0811' oppure una diagnosi che è uguale a '07889'.

Diagnosi da non utilizzare.

- Si verifica una SEGNALAZIONE (W) quando vengono usate le diagnosi '7680', '7681', '7796', '64000', '64080', '64090', '64400', '64410' o '64420'.

Appropriatezza neonato.

Il neonato non trasferito si identifica con data di ammissione = data di nascita e proposta di ricovero '12' (Ricovero al momento della nascita).

- Si verifica una SEGNALAZIONE (W) se c'è incongruenza tra peso previsto dalla diagnosi e peso del neonato nella scheda.
- Si verifica una SEGNALAZIONE (W) quando la diagnosi principale o secondaria è = '76509' (Neonato gravemente immaturo) e il peso del neonato è > 2500 grammi.
- Si verifica una SEGNALAZIONE (W) sulla scheda SDO del neonato quando si utilizza almeno una delle seguenti diagnosi: '76400', '76410', '76420', '76490', '76500', '76510'.
- Si verifica uno SCARTO (E) sulla scheda SDO del neonato quando si utilizzano diagnosi che iniziano per 'V33', 'V35', 'V37', 'V39'.
- Si verifica una SEGNALAZIONE (W) sulla scheda SDO del neonato se la disciplina di dimissione è diversa da '31' (Nido) e viene utilizzata una diagnosi che inizia da 'V30' a 'V39'.

Diagnosi ed età

- Si verifica una SEGNALAZIONE (W) quando vengono usate diagnosi incompatibili con età < 12.

Diagnosi e sesso

- Si verifica una SEGNALAZIONE (W) quando vengono usate diagnosi incompatibili con il sesso.

Interventi e sesso

- Si verifica una SEGNALAZIONE (W) quando vengono usati interventi incompatibili con il sesso.

Diagnosi principale

- Si verifica uno SCARTO della scheda (E) quando si utilizzano in diagnosi principale codici che iniziano per: 'V27' e '9959'

Diagnosi principale o secondarie presenti al momento del ricovero

- Il campo Diagnosi presente all'ammissione deve essere congruente con il codice patologia SEGNALAZIONE (W)

Lateralità diagnosi principale e secondarie

- Il campo lateralità deve essere congruente con il codice patologia SEGNALAZIONE (W)

Intervento principale e secondari

- Il campo lateralità deve essere congruente con il codice intervento SEGNALAZIONE (W)

6.5 Controlli relativi all'ultimo invio finalizzato ad inviare in banca dati regionale i controlli esterni del 2 semestre (già dal 14 invio 2019)

Nell'ultimo invio è obbligatorio che il campo controllo esterno sia valorizzato e si possono variare, rispetto alle SDO già caricate in banca dati regionale, i seguenti campi:

diagnosi principale e secondarie, interventi e procedure, modalità di dimissione, data di nascita, sesso e flag controllo, trauma, Codice E, stadiazione condensata, Pressione arteriosa, Creatinina serica e Frazione di eiezione, lateralità diagnosi e interventi, diagnosi presenti all'ammissione, check list, ora intervento, c.f.chirurgo e anestesista, punteggio ASA

7. TABELLE

7.1 *Tabella 1 - Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere*

Le tabelle di riferimento sono consultabili nella sezione "Tabelle di riferimento" del flusso SDO nel portale del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali oppure attraverso i servizi web la cui consultazione è libera.

I servizi WEB esposti sono suddivisi in due macro-categorie:

- servizi dell'Anagrafe Strutture: consentono di ottenere informazioni anagrafiche relative alle strutture fisiche, alle strutture erogatrici ed agli enti (titolari e gestori) che sono archiviati nella banca dati dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- servizi di decodifica: consentono di visualizzare le informazioni relative alle decodifiche (dizionari) che sono archiviate nel database regionale delle tabelle di riferimento (metadati).

La tecnologia adottata è basata sull'architettura a servizi REST[REST] sviluppati secondo lo standard del linguaggio XML[XML] / JSon[JSON] / CSV[CSV] per la rappresentazione dei dati.

Per accedere ai diversi formati specificare al termine del path l'estensione relativa al formato che si desidera ottenere, ad esempio:

- <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/interventi.xml> per ottenere i dati in formato XML (default)
- <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/interventi.json> per ottenere i medesimi dati in formato json
- <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/interventi.csv> per ottenere i dati in formato CSV
- <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/interventi.xml?CODICE=0066>

Utilizzare il servizio:

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso?codice_flusso=SDO&CODICE_TIPO=DISC

7.2 *Tabella 2 - Codici degli interventi o procedure secondo la codifica ICD-9-CM*

Gli interventi sono consultabili attraverso il seguente link:

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/interventi/>

Sono presenti i codici di intervento/procedura, le descrizioni, e una serie di informazioni utili per i controlli di congruenza, tra cui il campo TIPOLO_AHRQ con le seguenti codifiche 1 Diagnostica minore 2 Terapeutica minore 3 Diagnostica maggiore 4 Terapeutica maggiore consultabili anche attraverso il link

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TIPOLO_AHRQ

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).

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:

- a) interventi chirurgici a cielo aperto;
- b) interventi per via endoscopica e/o laparoscopica;
- c) 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*.

7.3 Tabella 3 - Codici delle diagnosi secondo la codifica ICD-9-CM

Le diagnosi sono consultabili attraverso il seguente link:

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/patologie/>

Le informazioni sulla sottocategoria, range di età, compatibilità con il genere, ammissibilità come patologia principale, flag codici_E sono utilizzate per validare le SDO.

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 come diagnosi principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

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 delle diagnosi 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 nell'area Documentazione (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/sdo>).

CODIFICA DELLE DIAGNOSI PRINCIPALE E SECONDARIE PER CASI DI CoVid-2 (SARS-Cov2).

La corretta descrizione della diagnosi principale e secondarie in caso di ricoveri per SARS-Cov2 deve seguire le "Indicazioni sulla Codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera delle Infezioni da Coronavirus CoVid-2" trasmesse dal Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia Romagna con PG/2020/210759 del 10/03/2020.

DIAGNOSI PRESENTI AL RICOVERO (0=NO 1=SI)

Indicare con '1' se le diagnosi erano presenti al momento del ricovero oppure diagnosticate successivamente all'ammissione, ma comunque preesistenti e non insorte durante il ricovero.

Codificare con '0' le diagnosi relative a complicanze insorte nel corso del ricovero.

7.4 Tabella 4 - Codifiche per l'Onere della degenza.

Per l'onere della degenza sono previste le seguenti codifiche.

1 = ricovero a totale carico del SSN

- per i cittadini residenti in Italia e 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

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

4 = ricovero senza oneri per il SSN (solvente).

Inserire con questo onere anche i pazienti paganti UE che usufruiscono di prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi della Direttiva 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera

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 UE e convenzionati (Paesi UE, SEE, Svizzera e Paesi convenzionati, in possesso di TEAM e modelli equivalenti di temporaneo soggiorno o degli attestati di diritto che consentono l'iscrizione al SSN)

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

(minori, gravide, malattie infettive ecc..)

9 = altro (ENI, PSU, AS, etc)

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

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

S = ricovero a carico di progetti di ricerca (sperimentazione)

Nel caso di STP, ENI, PSU, AS riportare sempre nel campo codice fiscale i rispettivi codici STP, ENI, PSU, o AS.

7.5 Tabella 5 - Codici dei messaggi di errori e segnalazioni

I messaggi di errore/segnalazione sono consultabili attraverso il seguente link:

- https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/errori_flusso.xml?codice_flusso=SDO2

8 MODALITÀ E TEMPI DI TRASMISSIONE

8.1 Modalità di invio

Tutte le Aziende sanitarie e le strutture private (*case di cura e day surgery*) dovranno trasmettere i file tramite l'opportuno applicativo web presente nel portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali cliccando Schede di dimissione ospedaliera (SDO).

La gestione del flusso si articola in due fasi fondamentali: ELABORAZIONE FILE e RITORNO INFORMATIVO.

Ogni azienda sanitaria o struttura privata invia i file (INVIO FILE) da sottoporre al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE), verifica l'esito dell'elaborazione, corregge gli eventuali errori e segnalazioni e, successivamente, invia i dati definitivi (CONSOLIDAMENTO).

Ogni azienda può richiedere la creazione di due utenze per la gestione del flusso informativo. L'utenza deve essere nominativa, cioè ad essa deve essere collegata una specifica persona, con la propria e-mail individuale e non può, in nessun caso, corrispondere ad una funzione (DLgs 196/2003).

La richiesta va inviata via e-mail al referente del flusso SDO del Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali indicando per ciascun nominativo: nome, cognome, e-mail e telefono.

Sono disponibili inoltre dei **servizi WEB** che consentono le operazioni di:

- invio file
- simulazione file
- recupero della diagnostica post simulazione
- consolidamento
- recupero dei dati del ritorno informativo

E' stata resa la documentazione relativa sul sito internet della SDO nell'area Documentazione (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/sdo>).

8.2 Scadenze

CALENDARIO DEGLI INVII

N° invio	Scadenze	Dati in inserimento	Dati in variazione
1° invio	Entro il 28 di Febbraio ore 16	Gennaio	
2° invio	Entro il 31 di Marzo ore 16	Febbraio, Gennaio	Gennaio
3° invio	Entro il 30 di Aprile ore 16	Marzo, Febbraio, Gennaio	Gennaio - Febbraio
4° invio	Entro il 31 di Maggio ore 16	Aprile, Marzo, Febbraio, Gennaio	Gennaio - Marzo
5° invio	Entro il 30 di Giugno ore 16	Maggio, Aprile, Marzo e Febbraio	Gennaio - Aprile
6° invio	Entro il 31 di Luglio ore 16	Giugno, Maggio, Aprile e Marzo	Gennaio - Maggio
7° invio	Entro il 31 di Agosto ore 16	Luglio, Giugno, Maggio e Aprile	Gennaio - Giugno
8° invio	Entro il 30 di Settembre ore 16	Agosto, Luglio, Giugno e Maggio	Gennaio - Luglio
9° invio	Entro il 31 di Ottobre ore 16	Settembre, Agosto, Luglio e Giugno	Gennaio - Agosto
10° invio	Entro il 30 di Novembre ore 16	Ottobre, Settembre, Agosto e Luglio	Gennaio - Settembre
11° invio	Entro il 7 di Gennaio ore 16	Novembre, Ottobre, Settembre e Agosto	Gennaio - Ottobre
12° invio	Entro il 7 Febbraio dell'anno successivo ore 16	Dicembre, Novembre, Ottobre e Settembre	Gennaio - Novembre
13° invio	Entro il 15 Marzo ore 16	Tutto l'anno	Tutto l'anno
Ultimo invio	Entro il 10 Ottobre ore 16		Solo controlli esterni dell'ultimo semestre

9 RITORNO INFORMATIVO

9.1 Diagnostica fornita in validazione flusso

Ogni Azienda o struttura privata può verificare on-line il risultato della simulazione dell'invio effettuato e provvedere alle eventuali correzioni. Infatti è possibile verificare, in maniera automatica, il risultato della procedura regionale di controllo dei dati.

Al termine del processo di simulazione, oltre al *report riepilogativo* dei risultati dell'elaborazione, vengono restituiti all'Azienda i seguenti file disponibili nei formati XML, TXT, CSV.

- Scarti
- Segnalazioni
- Importi e DRG
- Campionamento controlli interni

Scarti (E)

Il file contiene le chiavi dei record scartati per il mancato superamento dei controlli.

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
tipoFile	1	Tipo File
codiceAzienda	3	Codice Azienda di ricovero
codicePresidio	6	Codice Presidio
progrSdo	8	Progressivo SDO
progrRep	2	Progressivo reparto
progressivoDiagnosi	2	Progressivo diagnosi
progressivoIntervento	2	Progressivo intervento/procedura
progressivoControllo	2	Progressivo controllo
codiceErrore	4	Codice Errore
decrErrore	200	Descrizione Errore
progressivoCampo	4	Progressivo del campo
descrCampo	200	Descrizione del campo
valoreCampo	30	Valore del campo
noteErrore	200	Note relative all'errore

Inoltre sono disponibili i tracciati **completi** delle SDO scartate e valide.

Segnalazioni (W)

Il file contiene le chiavi dei record che hanno prodotto segnalazioni non scartanti.

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
tipoFile	1	Tipo File
codiceAzienda	3	Codice Azienda di ricovero
codicePresidio	6	Codice Presidio
progrSdo	8	Progressivo SDO
progrRep	2	Progressivo reparto
progressivoDiagnosi	2	Progressivo diagnosi
progressivoIntervento	2	Progressivo intervento/procedura
progressivoControllo	2	Progressivo controllo
codiceErrore	4	Codice Errore
decrErrore	200	Descrizione Errore
progressivoCampo	4	Progressivo del campo
descrCampo	200	Descrizione del campo

valoreCampo	30	Valore del campo
noteErrore	200	Note relative all'errore

Importi e DRG

Il file contiene la chiavi dei record con l'importo e il DRG calcolati dalla Regione.

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
codiceAzienda	3	Codice Azienda di ricovero
codicePresidio	6	Codice Presidio
progrSdo	8	Progressivo SDO
importoRegionale	10	Importo calcolato dalla regione
drgRegionale	3	Drg
onereDegenza	1	Onere della degenza
tipoRecord	1	1. Mobilità attiva infraregionale 2. Mobilità attiva interregionale 3. Produzione propria (Aziende USL) 4. Mobilità internazionale (Residenti all'estero)

E' fornito l'importo anche per i ricoveri con onere della degenza 4=solventi.

Campionamento controlli interni

Il file contiene la chiave dei record con le informazioni utili per effettuare il campionamento di alcuni controlli interni

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
codiceAzienda	3	Codice Azienda di ricovero
codicePresidio	6	Codice Presidio
progrSdo	8	Progressivo SDO
TpControlli	2	Tipologia controlli
descrTpControlli	200	Descrizione

Tipologia controlli

01 = DRG Maldefiniti

02 = DRG Chirurgico CC in DH

03 = DRG Chirurgico CC in RO (Ricovero Ordinario) 0-1 gg

04 = DRG con CC in regime ordinario con degenza uguale o inferiore alla degenza media trimmata del DRG omologo (esclusi deceduti-trasferiti)

05 = Corretta codifica della diagnosi principale di Sepsis

06 = RO programmati con deg 2-3 gg e modalità di dimissione=2 ordinario al domicilio

07 = Outliers (esclusi deceduti-trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75 e 40 Pz <= 65 AA)

08 = DRG 088 e 429 Ordinari > 1 g programmati (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75)

09 = DRG ordinari > 1g (esclusi DRG 088 e 429) programmati potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017 (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75)

10 = DH diagnostici

11 =PNE (ogni azienda secondo le proprie criticità)

12 =Congruenza SDO-Cartella Clinica

13 = Audit clinici istituzionali (ad es. audit AGENAS)

14 = Audit clinici locali

15 = Controlli su altre tipologie definite negli accordi locali

99 =Altri controlli

9.2 Debito informativo da fornire dopo il caricamento

Ad ogni invio, dopo il consolidamento effettuato dall'Azienda/Struttura privata e il caricamento dei dati **validi** nella banca dati regionale, vengono messi a disposizione degli utenti abilitati i file di ritorno informativo.

I dati potranno essere ottenuti attraverso opportune funzioni presenti sul portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali cliccando Schede di dimissione ospedaliera (SDO) e la voce RITORNO INFORMATIVO, oppure attraverso dei *servizi web* per i quali verrà fornita in seguito la documentazione tecnica.

L'utente potrà selezionare la tipologia di file che intende scaricare, il periodo di riferimento, e il formato del file che vuole ottenere (i formati previsti sono: XML, TXT, CSV)

I file prodotti riproporranno sempre **l'ultima situazione della banca dati regionale** rispetto ai dati di competenza dell'utente.

Le tipologie di file che si possono richiedere sono le seguenti:

--- Per anno e mese (**dati dell'invio n, non cumulativi**)

- Riepilogo dell'elaborazione
- Scarti
- Segnalazioni
- Campionamento controlli interni

--- Per anno proponendo sempre l'ultima situazione presente in banca dati (**dato cumulativo**)

1. Mobilità passiva infraregionale
2. Mobilità attiva infraregionale
3. Mobilità attiva interregionale
4. Mobilità attiva interregionale e internazionale delle strutture private (solo per le aziende USL)
5. Mobilità internazionale
6. Produzione propria
7. Produzione totale delle SDO (2,3,5,6) validate per Azienda/struttura privata
8. Ricoveri ripetuti
9. Controlli esterni

Riepilogo dell'elaborazione

Questo file ripropone il report riepilogativo dei risultati del consolidamento.

Scarti

Tracciato: (vedere tracciato delle simulazioni)

Il file contenente i singoli record scartati per il mancato superamento dei controlli, viene fornito mensilmente alle singole Aziende sanitarie (pubbliche e private) che dovranno provvedere alla correzione e all'invio nei periodi successivi.

Segnalazioni

Tracciato: (vedere tracciato delle simulazioni)

Il file contenente i singoli record validati ma con segnalazioni, viene fornito mensilmente alle singole Aziende sanitarie (pubbliche e private).

Campionamento controlli interni

Tracciato: (vedere tracciato delle simulazioni)

Il file contenente i singoli record che fanno parte del campionamento, viene fornito mensilmente alle singole Aziende sanitarie produttrici (pubbliche e private).

Alle Aziende UsI vengono forniti anche i campionamenti delle CDC e AOSP di ubicazione nel territorio. I campionamenti dell'Ospedale I.R.S.T. (080921) sono restituiti all'Azienda Romagna come se fosse una struttura privata. I campionamenti dell'Ospedale Montecatone (080045) sono restituiti all'Azienda di Imola come se fosse una struttura privata.

Mobilità passiva infraregionale

Tracciato: il tracciato è quello previsto dalle specifiche funzionali per l'invio dei dati in Regione arricchito dei seguenti campi:

- DRG regionale
- Importo regionale

Inoltre, verranno fornite le informazioni utili per effettuare il campionamento di alcuni controlli esterni.

Questo file, fornito alle sole Aziende AUSL, contiene tutti i ricoveri erogati da altre Aziende pubbliche (AUSL e AOSP) e Strutture private del territorio regionale a favore dei propri residenti.

La produzione dell'Ospedale I.R.S.T. (080921) è restituita all'Azienda Romagna come se fosse una struttura privata.

La produzione dell'Ospedale Montecatone (080045) è restituita all'Azienda di Imola come se fosse una struttura privata.

Per un completo monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza 4=non a carico del SSN) sono parte integrante del file valorizzati con importo a zero.

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.

Mobilità attiva infraregionale

Tracciato: il tracciato è quello previsto dalle specifiche funzionali per l'invio dei dati in regione arricchito dei seguenti campi:

- Drg regionale
- Importo regionale

Inoltre, verranno fornite le informazioni utili per effettuare il campionamento di alcuni controlli interni.

Questo file, fornito a tutte le Aziende pubbliche (AUSL e AOSP) e Strutture private, contiene tutti i ricoveri riferiti a residenti in Emilia Romagna e soggetti a compensazione/fatturazione tra Aziende della Regione. Alle Aziende Ospedaliere e alle Case di cura saranno restituite le SDO dei residenti in regione, mentre alle Aziende AUSL saranno restituite le SDO dei residenti in altre AUSL della regione.

Per un completo monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza 4=non a carico del SSN) sono parte integrante del file valorizzati con importo a zero.

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.

Mobilità attiva interregionale

Tracciato: il tracciato è quello previsto dalle specifiche funzionali per l'invio dei dati in regione arricchito dei seguenti campi:

- Drg regionale
- Importo regionale

Inoltre, verranno fornite le informazioni utili per effettuare il campionamento di alcuni controlli interni.

Questo file, fornito a tutte le Aziende pubbliche (AUSL e AOSP) e Strutture private, contiene tutti i ricoveri di residenti in altre regioni d'Italia presenti in banca dati e soggetti a compensazione interregionale.

Per un completo monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza 4=non a carico del SSN) sono parte integrante del file valorizzati con importo a zero.

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.

Mobilità attiva interregionale e internazionale dei produttori privati

Tracciato: il tracciato è quello previsto dalle specifiche funzionali per l'invio dei dati in regione arricchito dei seguenti campi:

- Drg regionale
- Importo regionale

Inoltre, verranno fornite le informazioni utili per effettuare il campionamento dei controlli esterni.

Per consentire alle Aziende USL il monitoraggio dell'attività dei produttori privati, ubicati sullo stesso territorio, nei confronti dei residenti fuori regione e residenti all'estero, nel presente file viene certificata l'attività dei medesimi.

Per un completo monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza 4=non a carico del SSN) sono parte integrante del file valorizzati con importo a zero.

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.

Mobilità internazionale (residenti all'estero)

Tracciato: il tracciato è quello previsto dalle specifiche funzionali per l'invio dei dati in Regione arricchito dei seguenti campi:

- Drg regionale
- Importo regionale

Inoltre, verranno fornite le informazioni utili per effettuare il campionamento di alcuni controlli interni.

Questo file, fornito a tutte le Aziende pubbliche (AUSL e AOSP) e Strutture private, contiene tutti i ricoveri riferiti a residenti all'estero.

Per un completo monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza 4= non a carico del SSN) sono parte integrante del file valorizzati con importo a zero.

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.

Produzione propria

Tracciato: il tracciato è quello previsto dalle specifiche funzionali per l'invio dei dati in Regione arricchito dei seguenti campi:

- Drg regionale
- Importo regionale

Inoltre, verranno fornite le informazioni utili per effettuare il campionamento di alcuni controlli interni.

Questo file, fornito alle sole Aziende AUSL contiene tutti i ricoveri riferiti a propri residenti validati.

Per un completo monitoraggio dell'attività di ricovero anche i ricoveri non soggetti a compensazione/fatturazione (onere della degenza 4= non a carico del SSN) sono parte integrante del file valorizzati con importo a zero.

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.

Produzione totale delle SDO validate per Azienda/struttura privata

Tracciato: il tracciato è quello previsto dalle specifiche funzionali per l'invio dei dati in Regione arricchito dei seguenti campi:

- Drg regionale
- Importo regionale

Inoltre, verranno fornite le informazioni utili per effettuare il campionamento di alcuni controlli interni ed esterni.

Questo file, fornito a tutte le Aziende pubbliche (AUSL e AOSP) e Strutture private, consente di ottenere l'ultima situazione della banca dati regionale cumulata nell'anno riguardante la Mobilità attiva infraregionale, la Mobilità attiva interregionale, la Mobilità internazionale e la Produzione propria (solo per le aziende USL).

Controlli esterni

Tracciato: il tracciato è quello previsto dalle specifiche funzionali per l'invio dei dati in regione arricchito dei seguenti campi:

- Drg regionale
- Importo regionale

Il file contiene le SDO presenti in banca dati con campo "Tipologia controllo esterno" compilato e rese disponibili alle:

- Aziende USL di residenza del paziente
- Aziende USL di ubicazione delle Strutture private e delle Aziende Ospedaliere per i fuori regione e i non residenti in Italia.

Ricoveri Ripetuti

Tracciato: il tracciato è quello previsto dalle specifiche funzionali per l'invio dei dati in Regione arricchito dei seguenti campi:

- Drg regionale
- Importo regionale
- Indice ripetuto (Numero che associa le coppie di ricoveri);
- Tipo record (1. ricoveri ripetuti 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);

Il file contiene le SDO relative a ricoveri ripetuti o sovrapposti all'interno del presidio e viene fornito a tutte le Aziende pubbliche (AUSL e AOSP) e Strutture private.

10 Referenti regionali

Servizio ICT, tecnologie e strutture sanitarie	Servizio Assistenza Ospedaliera
Giuseppina Lanciotti	Carlotta Serenelli
0515277428	0515277174
Flusso.sdo@regione.emilia-romagna.it	Flusso.sdo@regione.emilia-romagna.it
Andrea Vergallo	
0515277037	
Flusso.sdo@regione.emilia-romagna.it	