

Manuale Rilevazione

Flusso Informativo Scheda di Dimissione Ospedaliera

V. 2.2 – 2022



Cronologia delle principali variazioni al documento

Ver	Data	Sintesi variazioni
1.0	23-11-2015	Prima emissione del Documento
2.0	20-11-2017	<ul style="list-style-type: none"> • Modifiche all'elenco delle fonti normative • Modificata la definizione del campo CODICE INDIVIDUALE DEL PAZIENTE • Modificata l'obbligatorietà del codice individuale per i neonati • Aggiunte nuove voci al campo LIVELLO DI ISTRUZIONE • Elevata da L a G severità del controllo per il campo CITTADINANZA • Modificata definizione del campo ORA DI RICOVERO • Modificata la definizione del campo ONERE DELLA DEGENZA • Aggiunte nuove voci al campo ONERE DELLA DEGENZA • Eliminata la voce "C=Prestazioni di ricovero erogate a cittadini detenuti" dal campo ONERE DELLA DEGENZA • Eliminata la voce "3= rimborso totale o parziale a carico SSN; cd assistenza indiretta" dal campo ONERE DELLA DEGENZA • Modificata la definizione del campo PROVENIENZA DEL PAZIENTE • Aggiunte nuove voci al campo PROVENIENZA DEL PAZIENTE • Modificata la definizione del campo SCHEDA SDO DELLA PUERPERA • Modificata la definizione del campo REPARTO DI RICOVERO • Aggiunte nuove voci al campo TIPO DI RICOVERO • Modificata la definizione del campo MODALITA' DI TRAUMA • Modificata la definizione del campo CAUSA ESTERNA DEL TRAUMATISMO • Introduzione dei campi LATERALITA' DIAGNOSI PRINCIPALE e LATERALITA' INTERVENTO PRINCIPALE • Applicazione dell'informazione STADIAZIONE CONDENSATA a tutte le diagnosi e conseguente modifica del tracciato • Modificata la definizione del campo FLAG DIAGNOSI PRINCIPALE/SECONDARIA PRESENTE AL RICOVERO • Modificata la definizione del campo CHECK LIST SALA OPERATORIA ... • Modificate le condizioni di obbligatorietà per le informazioni aggiuntive collegate agli interventi chirurgici • Modificata la definizione del campo CREATININA SERICA • Data prenotazione: aggiunta cond. validità <=data ricovero • Variata la severità di alcuni errori

		<ul style="list-style-type: none"> • I controlli incrociati, che costituivano un capitolo a parte, sono ora descritti sui singoli campi del tracciato
2.1	31-3-2019	<ul style="list-style-type: none"> • Modifiche all'elenco delle fonti normative • Modificata la definizione del campo FLAG INTERVENTO CHIR./PROCEDURA PRINCIPALE ESTERNO (IN SERVICE) • Aggiunto il valore "SDO3-HIC" per il campo CODICE INDIVIDUALE DEL PAZIENTE e conseguenti indicazioni di utilizzo • Modificato il controllo del campo NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE su file SDO3 • Modificate definizioni del campo ONERE • Aggiunto il valore "P" per il campo REGIME DI RICOVERO e conseguenti indicazioni di utilizzo • Modificato il controllo del campo Creatinina Serica • Modificato il controllo sui reparti ed in particolare Reparto/Ospedale • Modificata la definizione del campo TIPO TARIFFA
2.2	22-3-2022	<ul style="list-style-type: none"> • Aggiunto il valore "R" per il campo EXTRA BUDGET • Inserito il campo FLAG SPECIFICA AMBITO EROGAZIONE

INTRODUZIONE

La scheda di dimissione ospedaliera (di seguito indicata semplicemente come SDO) è stata introdotta negli Istituti di ricovero della Regione Lombardia con **L.R. 15 gennaio 1975 n.5**, modificata con **DPRL del 25 luglio 1988 n. 16269/SAN** e successivamente con le **circolari 55/SAN/92 e 34/SAN/96**.

Con i **Decreti del 28.12.91 e del 26.7.1993** il Ministro della Salute ha introdotto la SDO in tutto il territorio nazionale e ne ha disciplinato il flusso informativo.

Con **D.M. del 30/6/1997 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994”** l'obbligo di compilazione della scheda di dimissione ospedaliera è esteso anche ai neonati sani ospitati nel nido.

Con **D.M. 380 del 27/10/2000** vengono introdotte nuove informazioni da raccogliere sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera e sono posti vincoli sostanziali alla gestione di tali informazioni.

Con **D.M. 135 del 8/7/2010** vengono introdotte le nuove informazioni “livello di istruzione”, “data di prenotazione”, “classe di priorità”, “causa esterna del traumatismo” e viene modificata la tempistica del flusso verso il livello centrale

Con **D.M. 261 del 7/12/2016** il Ministero della Salute modifica ed integra il decreto 27 ottobre 2000, n. 380 con numerose nuove informazioni e definisce le modalità di criptazione del codice individuale del paziente

Con **D.M. 262 del 7/12/2016** “Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato”, il Ministero della Salute rende possibile ricostruire a livello nazionale il percorso dell'assistito tra i diversi setting assistenziali.

Vengono di seguito elencati i principali provvedimenti con cui la Regione Lombardia ha successivamente apportato variazioni al flusso ed al contenuto delle informazioni SDO.

DDG 47640 del 24/11/1999 che estende il set di informazioni rilevate ed introduce l'utilizzo della versione 1997 della classificazione ICD-9-CM, per la codifica di diagnosi ed interventi chirurgici, corrispondente alla versione 14 del HCFA-DRG Grouper.

Circolare 51/SAN del 29/12/2000, che modifica il tracciato del record, in accordo con il citato D.M. 380 e, più in generale, con quanto disposto dalla L. 675 del 31/12/1996 sul trattamento dei dati personali: in particolare vengono separati i dati anagrafici del paziente dal resto delle informazioni (ivi comprese le informazioni cliniche), costituendo due record disgiunti da registrare su archivi separati.

Circolare 3/SAN del 21/1/2002, che adegua la rilevazione rispetto alla adozione dell'Euro, introduce nuove codifiche per il campo “onere della degenza” e adotta il Codice Fiscale dell'assistito come unica codifica valida per i residenti in Italia.

DDG 25791 del 23/12/2002 che introduce il campo “classe di priorità del ricovero” e definisce una ulteriore nuova codifica per il campo “onere della degenza”

Circolare 30/SAN del 19/9/2003 che introduce la nuova codifica “D” per il campo “onere della degenza”, reintegra l’errore grave per il controllo incrociato tra “diagnosi principale” ed “età del paziente” e introduce un nuovo controllo sulle degenze insolitamente brevi in presenza di interventi chirurgici rilevanti.

Circolare 34/SAN del 24/12/2003 che introduce la nuova codifica “8” per il campo “provenienza del paziente”.

Circolare 45/SAN del 23/12/2004 che introduce un terzo tipo record, denominato SDO3, per le informazioni provenienti dalla Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o documentazione internazionale equipollente. Vengono inoltre estesi alcuni controlli.

Circolare 4/SAN del 27/3/2008 che contiene precisazioni riguardo all’assistenza sanitaria ai cittadini comunitari senza copertura sanitaria dimoranti in Italia (CSCS)

Circolare 18/SAN del 19/11/2008 che recepisce la circolare ministeriale “Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)”

Circolare 28/SAN del 21/12/2009 che introduce alcune modifiche al flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera a partire da 1/1/2010, conseguenti all’introduzione della nuova classificazione ICD-9-CM

Circolare 29/SAN del 23/12/2009 che introduce un quarto tipo record, denominato SDO4, per le informazioni relative alle Endoprotesi impiantate nel corso del ricovero soggette a remunerazione aggiuntiva al DRG

DGR 1479 del 30/3/2011 che introduce l’attività di cure sub-acute definito attraverso il nuovo Regime di ricovero “S” e l’indice di intensità assistenziale (IIA) modulato su 4 livelli di intensità crescente

Nota H1.2014.0012619 del 28/03/2014 sull’impiego del sistema d’accoglienza dei Debiti Informativi Telematici SMAF, per la rilevazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Nota H1.2014.0039862 del 17/12/2014 che introduce modifiche al tracciato record per l’anno 2015, anticipando alcuni contenuti del Decreto del Ministero della Salute di modifica della SDO

Nota G1.2015.0017242 del 23/11/2015 che introduce ulteriori modifiche al tracciato record per l’anno 2016, anticipando alcuni contenuti del Decreto del Ministero della Salute di modifica della SDO

DGR 794 del 12/11/2018 e Circ. 3 del 4/3/2019 che norma e dà indicazioni sulla rendicontazione dell’attività di ricovero svolta nei periodi di sovraffollamento dei PS con conseguente temporaneo ampliamento della dotazione di posti letto nelle Strutture di Ricovero

Nel seguito di questo manuale sono riportate le istruzioni complete per la compilazione e codifica della SDO.

GENERALITA'

Le informazioni contenute nella SDO devono essere raccolte per tutti i dimessi (sia in regime ordinario che di day-hospital) dagli Istituti di ricovero e cura della Regione, pubblici e privati (accreditati e non), ad eccezione degli Istituti a carattere assistenziale.

Sono invece escluse dalla rilevazione le prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale per le quali, a decorrere dal 1.11.1996, è stato istituito un apposito flusso informativo.

Non costituiscono oggetto di rilevazione, inoltre:

- 1) i cittadini ospitati in strutture a prevalente carattere socio-assistenziale (residenze sanitarie assistenziali, comunità protette, strutture manicomiali residuali);
- 2) i dimessi dagli istituti di cura di cui all'art. 26 della legge 23/12/1978 N. 833;
- 3) gli accompagnatori ed, in genere, tutti i soggetti per cui non viene aperta una cartella clinica.

La responsabilità della corretta compilazione della SDO, in osservanza alle istruzioni riportate nel presente documento, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso

La codifica delle informazioni riportate nella SDO deve essere effettuata o dal medico responsabile della dimissione di cui al paragrafo precedente, oppure da personale sanitario, opportunamente formato e formalmente individuato dal Direttore Sanitario dell'Istituto di cura.

Il Direttore Sanitario dell'Istituto di cura inoltre è responsabile della verifica della completezza, accuratezza e qualità delle informazioni riportate e della tempestiva trasmissione dei dati alla Regione, che deve avvenire entro il termine tassativo della fine del mese successivo a quello di dimissione (v. D.G.R. VI/34437 del 4/2/1998).

La trasmissione di tali dati deve avvenire esclusivamente attraverso il sistema d'accoglienza dei Debiti Informativi Telematici **SMAF** secondo le regole precisate nel relativo manuale presente sul portale <https://dit.servizirl.it> . Non sono accettati dati trasmessi con altre modalità.

Le trasmissioni successive non devono contenere di norma record già trasmessi: l'eventuale correzione di errori deve avvenire inviando il record corretto opportunamente contrassegnato nel campo **Destinazione del Record**, secondo le modalità che sono descritte più avanti.

Rimane a cura della Regione la trasmissione dei dati al livello centrale (Ministero della Salute) ed alle altre Regioni.

Vengono di seguito specificati i referenti di questa D.G. Welfare, per le attività di cui sopra:

Per le informazioni riguardanti il flusso SDO

U.O. Osservatorio Epidemiologico Regionale - Direzione Generale Welfare
flusso_sdo@regione.lombardia.it

Per le problematiche relative all'impiego del sistema d'accoglienza dei Debiti Informativi Telematici **SMAF**, alle autorizzazioni d'accesso, alle informazioni riguardanti la trasmissione e ricezione dei dati ecc. ad eccezione ovviamente di quanto riguarda strettamente il contenuto

informativo della SDO

ARIA – Assistenza SMAF:

assistenza-flussi@aria.it

Il presente manuale e le successive revisioni saranno rese disponibili agli erogatori attraverso la pubblicazione sul portale SMAF (<https://dit.servizirl.it>)

CARTELLA CLINICA

Le informazioni sulle dimissioni ospedaliere rilevate mediante la SDO costituiscono parte integrante della cartella clinica; quindi, la qualità e la esaustività nella compilazione della cartella sono l'indispensabile prerequisito della capacità della SDO di rappresentare l'episodio di ricovero.

La cartella clinica infatti coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'ospedale: ha inizio al momento della accettazione del paziente e lo segue nel suo percorso all'interno della struttura.

L'eventuale trasferimento interno del paziente da una divisione all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. 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 interni.

Tuttavia nel caso in cui il reparto di trasferimento sia caratterizzato da differenti modalità remunerative (ordinario/DH, acuto/riabilitazione, riabilitazione intensiva/estensiva, cure palliative, ecc.), deve essere chiusa la SDO e riaperta una nuova per la prosecuzione del ricovero (v. D.G.R. n.VI/16086 del 17.7.96 e seguenti).

In questi casi nella compilazione delle SDO dovranno essere utilizzate le seguenti codifiche:

- *modalità di dimissione del primo ricovero:*

Campo "modalità di dimissione":

codifica 7 = trasferimento ad altro regime o tipologia di ricovero

- *modalità di accettazione del secondo ricovero:*

Campo "provenienza del paziente"

codifica 7 = trasferimento da altro regime o tipologia di ricovero

La cartella clinica è un atto pubblico, dotato pertanto di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico. Per quanto riguarda tali aspetti si rimanda alla legislazione in vigore.

Si ricorda che le informazioni contenute nella SDO inviata in Regione secondo le modalità contenute nel presente manuale devono coincidere perfettamente con quelle contenute nella cartella clinica conservata presso la Struttura di ricovero.

DAY-HOSPITAL (Degenza Diurna)

Si intende per ricovero in regime di degenza diurna (Day-Hospital o DH) quello effettuato in divisioni, sezioni o servizi ospedalieri per fini diagnostici e/o curativi e/o riabilitativi, che risponda alle caratteristiche indicate nella D.G.R. n. VI/34766 del 20.2.1998.

Il ricovero in DH si configura come una **modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera** che, pertanto, necessita della compilazione di una cartella clinica e, quindi, di una SDO per ciascun ciclo di ricovero.

Per la raccolta dei dati nel caso di ricovero in day-hospital, si deve obbligatoriamente utilizzare una unica Scheda cumulativa per un intero ciclo programmato di ricoveri (v. disposizioni contenute nella Circ. 15/SAN del 28/3/1997), e quindi trasmettere alla Regione **un solo record** relativo a tutti i contatti del paziente.

In questo caso la **data di ingresso** e la **data di dimissione** corrispondono rispettivamente al primo e all'ultimo giorno di erogazione della prestazione; nel campo **n° giornate di presenza in day hospital** va riportato il numero complessivo di contatti; il numero di pratica, e quindi di cartella clinica, resta invariato per tutta la durata del ciclo.

Nel caso di **trasferimento** del paziente dal DH ad altro regime di ricovero, o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere aperta una nuova cartella clinica e compilata una nuova SDO. La distinzione tra ricovero in day-hospital o in degenza ordinaria deve sempre essere segnalata (campo 6 delle informazioni da trasmettere alla Regione: **Regime di ricovero**).

Se nel corso dell'accesso in day hospital si decidesse di ricoverare il paziente in regime di degenza ordinaria, deve essere chiusa la pratica di day hospital, senza segnalare sulla relativa SDO l'accesso in oggetto, e quindi aperta una pratica di ricovero ordinario. Nel caso in cui l'accesso di day hospital fosse singolo non dovrà essere inviata in Regione la relativa SDO e gli eventuali interventi chirurgici o procedure eseguiti in day hospital dovranno essere riportati sulla SDO relativa alla degenza ordinaria (v. D.G.R. VI/37597 del 24/7/1998).

Si raccomanda la chiusura tempestiva della cartella alla conclusione del ciclo programmato o nei casi in cui non viene più erogata la prestazione (es. pazienti divenuti irreperibili): le relative SDO dovranno essere trasmesse alla Regione nei tempi stabiliti.

ISTRUZIONI PER LA RACCOLTA E CODIFICA DEI DATI

Le informazioni di dettaglio della SDO costituiscono una unica entità logica (Record Logico) suddivisa in più sezioni fisiche separate di raccolta (Record Fisici) per ragioni di rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali (separazione delle informazioni anagrafiche dalle informazioni sanitarie) e di organizzazione del flusso informativo (le informazioni che riguardano un ridotto sottoinsieme di SDO, come ad esempio i dati TEAM, sono raccolte su tracciato separato)

Sono di seguito descritti i tracciati record costituenti il flusso informativo tra gli erogatori di prestazioni e la Regione

TRACCIATI RECORD

Legenda delle evidenziazioni	
	Dati aggiunti o variati a tracciati esistenti

File: sdo1.txt				
Posizioni				
da	a	Lun	Form	Descrizione
1	6	6	A	Codice Ospedale
7	8	2	A	Subcodice Ospedale
9	18	10	A	Anno di Ricovero + Numero Pratica (AAAANNNNNN)
19	19	1	A	Tipo Record = 1
20	20	1	A	Sesso del paziente
21	36	16	A	Codice Individuale del Paziente
37	42	6	A	Luogo di nascita
43	50	8	A	Data di nascita (AAAAMMGG)
51	56	6	A	Residenza
57	59	3	A	Cittadinanza
60	60	1	A	Stato Civile
61	62	2	A	Posizione Professionale
63	78	16	A	Campo non valorizzato
79	88	10	A	Scheda SDO della puerpera (AAAANNNNNN) (solo per i nati)
89	89	1	A	Livello Istruzione
90	99	10	A	Campo non valorizzato
100	100	1	A	Destinazione del record (Inserimento: "I", Correzione: "C", Annullamento: "A")

File: sdo2.txt

File: sdo2.txt				
Posizioni				
da	a	Lun	Form	Descrizione
1	6	6	A	Codice Ospedale
7	8	2	A	Subcodice Ospedale
9	18	10	A	Anno di Ricovero + Numero Pratica (AAAANNNNNN)
19	19	1	A	Tipo Record = 2
20	23	4	A	Data Ricovero (MMGG)
24	27	4	A	Ora Ricovero (HHMM)
28	28	1	A	Regime ricovero
29	32	4	A	Reparto ricovero
33	33	1	A	Provenienza del Paziente
34	34	1	A	Tipo Ricovero
35	35	1	A	Onere Degenza
36	36	1	A	Modalità di Trauma
37	44	8	A	Data trasferimento reparto 1 (AAAAMMGG)
45	48	4	A	Ora Trasferimento Reparto 1 (HHMM)
49	52	4	A	Reparto trasferimento 1
53	60	8	A	Data trasferimento reparto 2 (AAAAMMGG)
61	64	4	A	Ora Trasferimento Reparto 2 (HHMM)
65	68	4	A	Reparto trasferimento 2
69	76	8	A	Data trasferimento reparto 3 (AAAAMMGG)
77	80	4	A	Ora Trasferimento Reparto 3 (HHMM)
81	84	4	A	Reparto trasferimento 3
85	92	8	A	Data Dimissione o morte (AAAAMMGG)
93	96	4	A	Ora di dimissione o morte (HHMM)
97	101	5	A	Diagnosi principale alla dimissione
102	102	1	A	Flag Diagnosi principale presente al ricovero
103	107	5	A	1a Diagnosi secondaria, complicanza o comorbidità
108	108	1	A	Flag Diagnosi secondaria 1 presente al ricovero
109	113	5	A	2a Diagnosi secondaria, complicanza o comorbidità
114	114	1	A	Flag Diagnosi secondaria 2 presente al ricovero
115	119	5	A	3a Diagnosi secondaria, complicanza o comorbidità
120	120	1	A	Flag Diagnosi secondaria 3 presente al ricovero
121	125	5	A	4a Diagnosi secondaria, complicanza o comorbidità
126	126	1	A	Flag Diagnosi secondaria 4 presente al ricovero
127	131	5	A	5a Diagnosi secondaria, complicanza o comorbidità
132	132	1	A	Flag Diagnosi secondaria 5 presente al ricovero
133	140	8	A	Data intervento chirurgico/Procedura principale (AAAAMMGG)
141	144	4	A	Ora intervento chirurgico/Procedura principale (Formato HHMM)
145	148	4	A	Intervento chirurgico/Procedura principale
149	149	1	A	Flag per intervento chirurgico/Procedura principale esterno (in service)
150	150	1	A	Check List Sala Operatoria intervento chirurgico/Procedura principale
151	158	8	A	Data intervento chirurgico/Procedura 2 (AAAAMMGG)
159	162	4	A	Ora intervento chirurgico/Procedura 2 (Formato HHMM)
163	166	4	A	Intervento chirurgico/Procedura 2
167	167	1	A	Flag per intervento chirurgico/Procedura 2 esterno (in service)
168	168	1	A	Check List Sala Operatoria intervento chirurgico/Procedura 2
169	176	8	A	Data intervento chirurgico/Procedura 3 (AAAAMMGG)
177	180	4	A	Ora intervento chirurgico/Procedura 3 (Formato HHMM)
181	184	4	A	Intervento chirurgico/Procedura 3
185	185	1	A	Flag per intervento chirurgico/Procedura 3 esterno (in service)

186	186	1	A	Check List Sala Operatoria intervento chirurgico/Procedura 3
187	194	8	A	Data intervento chirurgico/Procedura 4 (AAAAMMGG)
195	198	4	A	Ora intervento chirurgico/Procedura 4 (Formato HHMM)
199	202	4	A	Intervento chirurgico/Procedura 4
203	203	1	A	Flag per intervento chirurgico/Procedura 4 esterno (in service)
204	204	1	A	Check List Sala Operatoria intervento chirurgico/Procedura 4
205	212	8	A	Data intervento chirurgico/Procedura 5 (AAAAMMGG)
213	216	4	A	Ora intervento chirurgico/Procedura 5 (Formato HHMM)
217	220	4	A	Intervento chirurgico/Procedura 5
221	221	1	A	Flag per intervento chirurgico/Procedura 5 esterno (in service)
222	222	1	A	Check List Sala Operatoria intervento chirurgico/Procedura 5
223	230	8	A	Data intervento chirurgico/Procedura 6 (AAAAMMGG)
231	234	4	A	Ora intervento chirurgico/Procedura 6 (Formato HHMM)
235	238	4	A	Intervento chirurgico/Procedura 6
239	239	1	A	Flag per intervento chirurgico/Procedura 6 esterno (in service)
240	240	1	A	Check List Sala Operatoria intervento chirurgico/Procedura 6
241	241	1	A	Modalità di dimissione
242	242	1	A	Riscontro autoptico
243	245	3	N	Giornate degenza DH
246	246	1	A	Motivo DH
247	250	4	N	Peso alla nascita
251	258	8	A	Data evento indice (AAAAMMGG)
259	266	8	A	Data pericovero (AAAAMMGG)
267	274	8	A	Campo non valorizzato
275	282	8	A	Data prenotazione (AAAAMMGG)
283	283	1	A	Tipo Tariffa (per DRG a tariffa differenziata)
284	284	1	A	Stadiazione condensata Diagnosi Principale
285	285	1	A	Stadiazione condensata Diagnosi Secondaria 1
286	286	1	A	Stadiazione condensata Diagnosi Secondaria 2
287	287	1	A	Stadiazione condensata Diagnosi Secondaria 3
288	288	1	A	Stadiazione condensata Diagnosi Secondaria 4
289	289	1	A	Stadiazione condensata Diagnosi Secondaria 5
290	292	3	N	Giornate non a carico SSN
293	293	1	A	Classe Priorità Ricovero
294	294	1	A	Extra Budget
295	299	5	A	Causa Esterna del traumatismo
300	300	1	A	Lateralità Diagnosi Principale
301	301	1	A	Lateralità Intervento Principale
302	302	1	A	Rilevazione del dolore
303	303	1	A	Flag Specifica Ambito Erogazione
304	306	3	N	Pressione arteriosa sistolica
307	310	4	N	Creatinina serica
311	312	2	N	Frazione di eiezione
313	313	1	A	Destinazione del record (Inserimento: "I", Correzione: "C", Annullamento: "A")

File: sdo3.txt (informazioni TEAM)

Posizioni				
da	a	Lun	Form	Descrizione
1	6	6	A	Codice Ospedale
7	8	2	A	Subcodice Ospedale
9	18	10	A	Anno di Ricovero + Numero Pratica (AAAANNNNNN)
19	19	1	A	Tipo Record = 3
20	21	2	A	Codice Nazione (rilevato da TEAM o doc. equivalente)
22	61	40	A	Cognome Assistito (rilevato da TEAM o doc. equivalente)
62	96	35	A	Nome Assistito (rilevato da TEAM o doc. equivalente)
97	116	20	A	Numero Identificativo Personale (rilevato da TEAM o doc. equivalente)
117	147	31	A	Numero Identificativo Istituzione (rilevato da TEAM o doc. equivalente)
148	167	20	A	Numero identificativo Tessera San. (rilevato da TEAM o doc. equivalente)
168	175	8	A	Data Scadenza Tessera (rilevato da TEAM o doc. equivalente)
176	176	1	A	Destinazione del record (Inserimento: "I", Correzione: "C", Annullamento: "A")

File: sdo4.txt (Endoprotesi)

Si veda in proposito lo specifico Manuale della Rilevazione

File: sdo6.txt

File: sdo6.txt				
Posizioni				
da	a	Lun	Form	Descrizione
1	6	6	A	Codice Ospedale
7	8	2	A	Subcodice Ospedale
9	18	10	A	Anno di Ricovero + Numero Pratica (AAAANNNNNN)
19	19	1	A	Tipo Record = 6
20	27	8	A	Trasferimento esterno 1 - data uscita
28	31	4	A	Trasferimento esterno 1 - ora uscita
32	39	8	A	Trasferimento esterno 1 - data rientro
40	43	4	A	Trasferimento esterno 1 - ora rientro
44	51	8	A	Trasferimento esterno 1 - codice struttura, con subcodice
52	55	4	A	Trasferimento esterno 1 - codice reparto
56	63	8	A	Trasferimento esterno 2 - data uscita
64	67	4	A	Trasferimento esterno 2 - ora uscita
68	75	8	A	Trasferimento esterno 2 - data rientro
76	79	4	A	Trasferimento esterno 2 - ora rientro
80	87	8	A	Trasferimento esterno 2 - codice struttura, con subcodice
88	91	4	A	Trasferimento esterno 2 - codice reparto
92	99	8	A	Trasferimento esterno 3 - data uscita
100	103	4	A	Trasferimento esterno 3 - ora uscita
104	111	8	A	Trasferimento esterno 3 - data rientro
112	115	4	A	Trasferimento esterno 3 - ora rientro
116	123	8	A	Trasferimento esterno 3 - codice struttura, con subcodice
124	127	4	A	Trasferimento esterno 3 - codice reparto
128	143	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 1 - Identificativo Chirurgo 1
144	159	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 1 - Identificativo Chirurgo 2
160	175	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 1 - Identificativo Chirurgo 3
176	191	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 1 - Identificativo Anestesista
192	207	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 2 : Identificativo Chirurgo 1
208	223	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 2 : Identificativo Chirurgo 2
224	239	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 2 : Identificativo Chirurgo 3
240	255	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 2 : Identificativo Anestesista
256	271	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 3 : Identificativo Chirurgo 1
272	287	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 3 : Identificativo Chirurgo 2
288	303	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 3 : Identificativo Chirurgo 3
304	319	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 3 : Identificativo Anestesista
320	335	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 4 : Identificativo Chirurgo 1
336	351	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 4 : Identificativo Chirurgo 2
352	367	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 4 : Identificativo Chirurgo 3
368	383	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 4 : Identificativo Anestesista
384	399	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 5 : Identificativo Chirurgo 1
400	415	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 5 : Identificativo Chirurgo 2
416	431	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 5 : Identificativo Chirurgo 3
432	447	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 5 : Identificativo Anestesista
448	463	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 6 : Identificativo Chirurgo 1
464	479	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 6 : Identificativo Chirurgo 2
480	495	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 6 : Identificativo Chirurgo 3
496	511	16	A	Intervento chirurgico/Procedura 6 : Identificativo Anestesista
512	512	1	A	Destinazione del record (Inserimento: "I", Correzione: "C", Annullamento: "A")

A: Campo alfanumerico, allineato a sinistra e riempito con spazi

N: campo numerico, allineato a destra e riempito con zeri

Le lettere devono essere registrate in caratteri maiuscoli.

I campi privi di informazione o per cui non sia prevista obbligatoriamente la valorizzazione (es. trasf. di reparto, interventi, ...), se non è indicato diversamente, dovranno essere interamente riempiti con:

- **SPAZIO** (ASCII: 032) per i campi alfanumerici (form. **A** del tracciato)
- **ZERO** (Ø) per i campi numerici (form. **N** del tracciato)

Registrare i file in Codifica ASCII, con campi a lunghezza fissa, record separati da CR-LF, e con il file chiuso con carattere EOF (end-of-file).

DEFINIZIONE E CODIFICA DELLE INFORMAZIONI DA TRASMETTERE ALLA REGIONE E DESCRIZIONE DEI CONTROLLI APPLICATI

Vengono di seguito descritti in dettaglio i campi elencati nei tracciati record e le relative modalità di codifica.

Nei riquadri sono riportate la condizione di validità e la tipologia di errore:

- G** Grave, il record viene escluso dalle successive elaborazioni e dal finanziamento
- L** Lieve, il record è elaborato e finanziato; in questa tipologia sono comprese alcune segnalazioni, non necessariamente associate ad errore, per cui è suggerito un controllo dell'informazione (es. "Diagnosi rara" o "Degenza oltre il valore soglia")

Per i campi contenenti date, orari o valori numerici che rappresentano quantità è richiesto, in genere, un semplice controllo di correttezza formale. Per i controlli di confronto tra date è richiesta congruenza cronologica anche rispetto agli orari.

Gli eventuali controlli aggiuntivi da effettuare sono specificati per i singoli campi.

Per i campi contenenti codici specifici viene verificata l'esistenza nell'**elenco di valori** riportato esplicitamente nella descrizione oppure nella specifica tabella di codifica associata.

Le tabelle di codifica specifiche della rilevazione della SDO sono allegate al presente documento in forma elettronica.

Alcuni controlli implicano il confronto tra due o più campi (controlli incrociati), che possono essere già presenti sul record o calcolati da informazioni presenti sul record:

Data di ricovero: è composta dall'anno di ricovero (primi 4 caratteri del n. pratica) e dal mese e giorno di ricovero.

Età del dimesso: è la differenza, in anni compiuti, tra la data di ricovero (campo calcolato) e la data di nascita.

Durata della degenza: è la differenza, in giorni, tra la data di dimissione e la data di ricovero (campo calcolato). Nel caso in cui le due date coincidano è posta uguale a 1. È calcolata solo per i ricoveri in regime di degenza ordinaria.

Periodo di ciclo in Day-Hospital: è la differenza, in giorni, tra la data dell'ultimo accesso (campo data di dimissione) e la data del primo accesso (campo data di ricovero), aumentata di 1. È calcolata solo per i ricoveri in regime di day hospital.

Reparto di dimissione: è l'ultimo diverso da blank tra i campi che individuano il reparto, considerati nel seguente ordine:

- Reparto di ricovero
- Reparto 1° trasferimento
- Reparto 2° trasferimento
- Reparto 3° trasferimento

I record SDO trasmessi alla Regione devono essere sottoposti a tutti i controlli indicati nel

presente manuale, ed eventualmente corretti prima del loro invio in Regione. L'invio dei dati, deve avvenire con periodicità mensile, entro la fine del mese successivo alla dimissione del paziente.

INFORMAZIONI COMUNI A TUTTI I FILE

I seguenti tre campi, costituiscono la chiave univoca di ciascuna SDO e consentono la correlazione dei record fisici della rilevazione, per ricostituire la completezza informativa della prestazione di ricovero.

CODICE OSPEDALE

Codice di identificazione dell'Istituto utilizzato nei modelli della "Rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende Unità Sanitarie Locali" del Ministero della Salute, ed in particolare nei modelli HSP11.

Codifica: **Codice Ministero della Salute a 6 cifre**

Esistenza nella anagrafica delle strutture di ricovero, rilevata con il modello HSP11, per l'anno in oggetto	Err. G
--	--------

SUBCODICE OSPEDALE

Progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se l'istituto di cura si compone di un solo stabilimento, utilizzare il codice "00".

Codifica: **Progressivo a 2 cifre oppure "00"** (es. 01, 02, ...)

Esistenza del corrispondente modello HSP11bis	Err. G
---	--------

ANNO RICOVERO + N. PRATICA

Numero di identificazione del ricovero: le prime 4 cifre identificano l'anno di ricovero, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno che coincide con il n. di cartella clinica. Il n. di pratica è univoco all'interno della struttura e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno. La numerazione dei ricoveri in degenza e di quelli in day-hospital non deve sovrapporsi.

Codifica: **4 cifre per l'anno, 6 cifre per il n. di pratica** (es. 1° ricovero del 2016: "2016000001")

Formato AAAANNNNNN numerico ed unico per l'ospedale all'interno dell'anno	Err. G
---	--------

Il seguente campo definisce il tipo di operazione da compire con il record logico in input, tutti i record fisici componenti il medesimo record logico (chiave univoca) devono riportare lo stesso valore.

DESTINAZIONE RECORD

Carattere di controllo che consente di distinguere i record inviati per la prima volta da quelli già presenti in archivio.

Codifica:

I = inserimento di record normalmente inviato per la prima volta

C = correzione di record già presente nell'archivio regionale

A = annullamento di record già presenti nell'archivio regionale

Elenco di valori	Err. G
------------------	--------

FILE SDO1.TXT

TIPO RECORD

Per i record dell'archivio SDO1 codificare "1"

Valore Fisso	Err. G
--------------	--------

SESSO

Codifica: **1**=maschio; **2**=femmina

Elenco di valori	Err. G
Sono previsti controlli incrociati con i campi Diagnosi, Intervento/procedura, Reparto	

CODICE INDIVIDUALE DEL PAZIENTE

Per i cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale deve essere riportato esclusivamente il Codice Fiscale (legge 412/91), composto da 16 caratteri.

Il Codice Fiscale da registrare su tutti i flussi deve essere quello attribuito dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) e in nessun caso deve essere calcolato autonomamente mediante l'utilizzo di programmi informatici.

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

Per i cittadini italiani con pensione italiana che trasferiscono la propria residenza in un Paese dell'Unione Europea/SEE/Svizzera, e per i familiari a loro carico, laddove questi ultimi non lavorino e non percepiscano pensione contributiva, si dovrà riportare la sigla "**SDO3-HIC**", scritta in caratteri maiuscoli ed allineata a sinistra, riempiendo con spazio le restanti posizioni del campo.

Per maggiori dettagli sul rilascio ed utilizzo del modello HIC si rimanda alla nota del Ministero della Salute del 18/5/2010 prot. DG RUERI/II/ 9004 /I.3.b/1, riportata integralmente alla seguente pagina web:

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=35193&parte=1%20&serie=>

Nel file SDO3.TXT dovranno essere riportate le principali informazioni desunte dal

certificato provvisorio sostitutivo della TEAM (cosiddetto modello HIC) e, in particolare, il codice di identificazione personale (che per questi soggetti non è il Codice Fiscale) che sarà verificato con le stesse regole definite nella citata nota del Ministero della Salute (prot. DG RUERI/II/ 9004 /I.3.b/1 del 18/5/2010)

Per i cittadini dell'Unione Europea (UE) o Spazio Economico Europeo (SEE) o Svizzera, in possesso di Tessera Europea di assicurazione malattia (TEAM) o di certificato sostitutivo, si dovrà riportare la sigla "**SDO3-TEAM**", scritta in caratteri maiuscoli ed allineata a sinistra, riempiendo con spazio le restanti posizioni del campo.

Nel file SDO3.TXT dovranno essere riportate le informazioni desunte dalla TEAM o altro documento sostitutivo. (v. anche Circ 45/san del 23.12.2004 prot. H1.2004.0063169)

Per questa tipologia di soggetti dovrà essere utilizzato **ONERE = 7**

Per i cittadini dell'Unione Europea (UE) o Spazio Economico Europeo (SEE) o Svizzera, in possesso del modello denominato "Allegato1 (assistito a carico di uno Stato UE, SEE e Svizzera)", si dovrà riportare la sigla, "**SDO3-ALL1**", scritta in caratteri maiuscoli ed allineata a sinistra, riempiendo con spazio le restanti posizioni del campo.

Nel file SDO3.TXT dovranno essere riportate le informazioni desunte dal modello "Allegato 1",. (v. anche Circ 45/san del 23.12.2004 prot. H1.2004.0063169)

Per questa tipologia di soggetti dovrà essere utilizzato **ONERE = 7**

Per i cittadini provenienti da paesi con i quali vige una convenzione bilaterale di sicurezza sociale, in possesso del modello denominato "Allegato2 (assistito a carico di uno Stato in convenzione)", si dovrà riportare la sigla, "**SDO3-ALL2**", scritta in caratteri maiuscoli ed allineata a sinistra, riempiendo con spazio le restanti posizioni del campo.

Nel file SDO3.TXT dovranno essere riportate le informazioni desunte dal modello "Allegato 2", o dalla modulistica prevista dalle convenzioni. (v. anche Circ 45/san del 23.12.2004 prot. H1.2004.0063169)

Per questa tipologia di soggetti dovrà essere utilizzato **ONERE = 7**

Per i cittadini dell'Unione Europea senza copertura sanitaria (v. anche Circ 4/SAN del 27.3.2000) si dovrà riportare la sigla "**SDO3-CSCS**", scritta in caratteri maiuscoli ed allineata a sinistra, riempiendo con spazio le restanti posizioni del campo.

Nel file SDO3.TXT dovranno essere riportate le informazioni "Codice struttura", "Subcodice struttura", "Anno ricovero + numero pratica", "Tipo record", "Nazione", "Cognome", "Nome", "Destinazione del record".

Per questa tipologia di soggetti dovrà essere utilizzato **ONERE = 8 o 9**

Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri,

secondo il seguente formato (v. anche Circ 39/SAN del 26.9.2000):

STPrrrsssnnnnnnnn

rrrsss : Regione + ASST, ATS o Struttura di ricovero che ha assegnato il codice (ad esempio, per le assegnazioni eseguite in Lombardia, sarà del tipo "030 ... ")

nnnnnnn : numero progressivo completato con cifre "0" a sinistra (ad esempio: "0000001", "0000123").

Per questa tipologia di soggetti dovrà essere utilizzato **ONERE = 8 o 9**

Per i soggetti con attribuzione di codice sanitario provvisorio da parte della ATS, sprovvisti di codice fiscale definitivo attribuito dal Ministero delle Finanze, si dovrà riportare il codice provvisorio, nel formato:

3xxnnnnnnnnnnnnnnnn oppure **Pxxnnnnnnnnnnnnnnnn**

3xx opp Pxx : ASL/ATS che ha assegnato il codice (301 ... 315 oppure P01 ... P15)

nnnnnnnnnnnnnnnn: numero progressivo completato con cifre "0" a sinistra (v. anche Circolare 30/SAN del 19/9/2003 e nota H1.2011.0015439 del 20.5.2011).

Per questa tipologia di soggetti dovrà essere utilizzato **ONERE = D**

Per i soggetti a cui la Agenzia delle Entrate ha attribuito il codice fiscale provvisorio di 11 cifre (ad esempio stranieri richiedenti protezione internazionale) dovrà essere riportato tale codice allineato a sinistra, riempiendo con spazio le restanti posizioni del campo. Il codice sarà verificato utilizzando l'algoritmo predisposto dalla Agenzia delle Entrate:

http://www.agenziaentrate.gov.it/wps/content/Nsilb/Nsi/Home/CosaDeviFare/Richiedere/Codice+fiscale+e+tessera+sanitaria/Richiesta+TS_CF/Schedal/Informazioni+codificazione+pf/

Per questa tipologia di soggetti dovrà essere utilizzato **ONERE = D**

Per i cittadini stranieri ricoverati nell'ambito di programmi umanitari o di cooperazione internazionale (L. 449/97 art. 32 comma 15) di dovrà utilizzare il codice COOPINT riportando la codifica del soggetto così come indicata nel decreto autorizzativo cui si riferisce l'intervento (es. **COOPINTaaaa00001**) (v. anche Circ. 45 / SAN. del 23.12.2004 prot. H1.2004.0063169)

Per questa tipologia di soggetti dovrà essere utilizzato **ONERE = A**

Il codice individuale non è obbligatorio per i neonati non ancora in possesso del codice fiscale, relativamente al solo ricovero alla nascita (Provenienza del paziente = N).

Per il controllo del codice fiscale viene applicato l'algoritmo del Ministero delle Finanze (v. DM 23/12/1976 "Sistemi di codificazione dei soggetti da iscrivere all'anagrafe tributaria"): - Controllo interno sull'ultimo carattere (controcodice) - Controllo incrociato con campi Sesso e Data di Nascita	Err. G
--	--------

Controllo delle codifiche alternative al codice fiscale, come riportato nei passi precedenti.	
Controllo incrociato dei campi ONERE DEGENZA, RESIDENZA e CODICE INDIVIDUALE secondo lo schema riportato nella tabella CodifSDO_Onere-Resid-CodInd	Err. G

LUOGO DI NASCITA

Riportare il codice ISTAT del comune italiano o dello stato estero di nascita.

Codifica: **Codice ISTAT a 6 cifre, 3 per la provincia e 3 per il comune**

Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre del Paese estero

In caso di comune o Stato estero cessati, utilizzare il codice ISTAT in uso al momento della nascita

Esistenza in tabella CodifSDO_Localita .	Err. L
---	--------

DATA DI NASCITA

Riportare anno, mese e giorno di nascita.

Codifica: **Scrivere nella forma AAAAMMGG**

Data formalmente valida e ≤ data di ricovero Controllo di coerenza con il Codice Fiscale L'età del paziente deve essere < 125	Err. G
---	--------

RESIDENZA

Riportare il codice ISTAT del comune italiano o dello stato estero di residenza del soggetto.

Per tutti gli stranieri non residenti in Italia ma iscritti al SSN riportare il comune italiano nel quale il cittadino straniero risulta iscritto (v. anche Circ 18/SAN del 19/11/2008, Prot.H1.2008.0042141).

Codifica: **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 del Paese estero

Esistenza in tabella CodifSDO_Localita , solo codici con Data_Inizio_Validità e Data_Fine_Validità coerente con <u>data di ricovero</u>	Err. G
Controllo incrociato dei campi ONERE DEGENZA, RESIDENZA e CODICE INDIVIDUALE secondo lo schema riportato nella tabella CodifSDO_Onere-Resid-CodInd	Err. G

CITTADINANZA

Riportare la cittadinanza tenendo presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza (molti residenti in Lombardia sono cittadini di Paesi esteri).

Codifica: **Cittadinanza italiana=100; Cittadinanza estera = codice a 3 cifre del Paese**

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

Esistenza in tabella **CodifSDO_Localita**, ITALIANA=100

Err. G

STATO CIVILE

Codifica: 1=non coniugato/a; 2=coniugato/a; 3=separato/a; 4=divorziato/a; 5=vedovo/a;
6=non dichiarato

Elenco di valori

Err. L

POSIZIONE NELLA PROFESSIONE

Rilevare l'attuale posizione professionale del paziente, distinguendo tra chi svolge o ha svolto attività retribuite e chi non ne ha mai svolte.

Codifica: **Codice ISTAT a 2 cifre**

Se attualmente svolge un lavoro retribuito:

- 01 imprenditore
- 02 dirigente
- 03 impiegato, insegnante
- 04 artigiano, coltivatore diretto, commerciante, altro
- 05 operaio, salariato agricolo, altro lavoratore dipendente
- 06 lavorante a domicilio
- 07 coadiuvante in aziende a conduzione familiare

Se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito:

- 08 casalinga (che ha svolto lavoro retribuito)
- 09 pensionato (che ha lavorato)
- 10 invalido, inabile (anche se pensionato)
- 11 disoccupato (attualmente)
- 12 altro

Se non ha mai svolto lavoro retribuito:

- 13 scolaro, studente, bambino
- 14 casalinga (che non ha mai svolto lavoro retribuito, anche se con pensione)
- 15 in cerca di prima occupazione
- 16 invalido, inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito)
- 17 altro

Elenco di valori

Controllo incrociato con ETA' del paziente

Se $ETA' \leq 14$ POSIZIONE PROFESSIONE deve essere = 13

Err. L

SCHEDA SDO DELLA PUERPORA (solo per i nati)

Questo campo va compilato solo nel caso si tratti della SDO di un neonato relativa all'evento della sua nascita. Compilare con il numero progressivo della scheda SDO della madre relativa al parto.

Il campo deve essere compilato con valore "9999999999" nel caso in cui la madre richieda

l'anonimato o il neonato venga dato in adozione.

Codifica: 4 cifre per l'anno, 6 cifre per il n. di pratica

Formato AAAANNNNNN numerico

Err. G

LIVELLO ISTRUZIONE

Titolo di studio posseduto al momento del ricovero.

Codifica:

0 = Nessun titolo

1 = Licenza elementare

2 = Diploma di Scuola media inferiore

3 = Diploma di Scuola media superiore

4 = Diploma universitario o Laurea breve

5 = Laurea o superiore

9 = Non dichiarato

Elenco di valori

Err. G

FILE SDO2.TXT

TIPO RECORD

Per i record dell'archivio SDO2 codificare "2"

Valore fisso

Err. G

MESE E GIORNO DI RICOVERO

Insieme all'anno costituisce la data di ricovero; deve essere nel formato mese e giorno. In day-hospital è la data del 1° contatto. Per i nati nella struttura, la data di ricovero coincide con la data di nascita.

In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire la data in cui si effettua l'accesso alla sala operatoria

(MMGG) Considerato insieme all'anno del n. di pratica deve costituire una data formalmente valida

Err. G

ORA DI RICOVERO

Si intende l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente. Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita, l'ora di ricovero coincide con l'ora di nascita.

In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire l'ora di accesso alla sala operatoria

Da compilare solo per i ricoveri ordinari.

(HHMM) Orario formalmente valido

Err. G

REGIME DI RICOVERO

Distingue i ricoveri in degenza ordinaria da quelli in day-hospital. Solo in caso di day

hospital devono essere compilati anche i campi n. 47 (giornate di presenza) e il campo n. 48 (motivo).

Dall'anno di dimissione 2011 identifica anche l'attività di cure **sub-acute** (v. anche Circ 11/SAN del 26.09.2011)

Codifica: **1**=degenza ordinaria; **2**=day-hospital; **S**=Cure sub-acute, **P**=Prestazioni erogate nell'ambito di potenziamento dell'attività di soccorso e assistenza di cui alla DGR 794/2018 e successive modifiche/integrazioni

Elenco di valori Per il regime P sarà verificata la effettiva presenza del PS per la Struttura, inoltre sarà utilizzabile solo per date di ricovero comprese nel periodo 1/12 ... 31/3	Err. G
--	--------

REPARTO DI RICOVERO

Indicare il reparto cui il paziente è fisicamente ammesso al momento del ricovero, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa.

Dall'anno di dimissione 2011 identifica anche l'attività di cure sub-acute, con il codice "SA" (v. anche Circ 11/SAN del 26.09.2011)

Codifica: **Codice Ministero della Salute a 4 cifre (2+2)** così come previsto nel modello HSP12/HSP13 della citata rilevazione ministeriale.

Per le strutture pubbliche (HSP12) ed equiparate i primi due caratteri identificano la disciplina ospedaliera, le restanti due (da 01 a 99) identificano il progressivo con cui viene distinto il reparto nell'ambito della stessa disciplina.

Per le case di cura private (HSP13) i primi due caratteri identificano la disciplina ospedaliera, per gli altri due caratteri utilizzare "00".

Per l'evento nascita è ammessa la disciplina 31 (NIDO)

Il codice completo (disciplina+progressivo) deve corrispondere ad un reparto attivo nei modelli HSP12/HSP13 relativi alla Struttura (codice + subcodice di Istituto).	Err. G
Compatibilità Disciplina/Sesso: Disciplina=37 compatibile con sesso=2	Err. L
Compatibilità Disciplina/Età: Disciplina=06, 11, 33, 39, 46, 65, 76, 77, 78 compatibile con ETA<19 Disciplina= 31, 62, 73 compatibile con ETA<1	Err. L

PROVENIENZA DEL PAZIENTE

Individua la modalità di accesso alla struttura al momento del ricovero. Sono rilevati anche i pazienti provenienti da un reparto per acuti e ricoverati in un reparto di riabilitazione della medesima struttura.

I codici "4", "5", "6" identificano anche i neonati provenienti da altra struttura, ricoverati nella giornata di nascita. In questo caso, non trattandosi di ricovero alla nascita, non sono da riportare le informazioni "Peso alla nascita" e "Scheda SDO della puerpera"

L'OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo o a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri setting assistenziali.

La modalità OBI, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l'esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo

- Codifica:**
- 1=** paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico (comprende gli accessi diretti ed i ricoveri tramite P.S.);
 - 2=** paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico;
 - 3=** ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura
 - 4=** paziente trasferito da Osp. pubblico;
 - 5=** paziente trasferito da struttura privata accreditata;
 - 6=** paziente trasferito da struttura privata non accreditata;
 - 7=** paziente trasferito da altro regime o tipologia di ricovero (day hospital - ricovero ordinario – riabilitazione o lungodegenza), all'interno dello stesso Istituto;
 - 8=** paziente che accede alla struttura attraverso la rete di Emergenza/Urgenza (da usare unicamente per il ricovero di soggetti giunti in ospedale attraverso la rete del 118);
 - C=** paziente proveniente da carcere;
 - N=** ricovero al momento della nascita
 - O=** proveniente da OBI Osservazione Breve Intensiva
 - R=** paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)
 - 9=** altro;

Elenco di valori

Err. G

TIPO DI RICOVERO

Da compilare per i ricoveri in regime ordinario (sono esclusi i day hospital). Individua i ricoveri programmati, distinguendoli dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO, ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833).

Nei casi di ricovero con preospedalizzazione (art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662) le procedure rilevate, ad esclusione dell'intervento principale, potranno essere in data antecedente all'ammissione del paziente.

Non compilare per il ricovero alla nascita (Provenienza del paziente = N).

Codifica: 1=ricovero programmato, non urgente;

2=ricovero urgente;

3=T.S.O.;

4=ricovero programmato con preospedalizzazione; in questo caso nella SDO saranno riportate, al di fuori della posizione dell'intervento principale, le eventuali procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione.

5= parto non urgente

Elenco di valori

Err. G

ONERE DELLA DEGENZA

Individua il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero. Se durante il ricovero intervengono modifiche nello status del soggetto (ad esempio perdita di validità del permesso di soggiorno) si considera l'onere al momento della dimissione. (v. nota Ministero della Salute del 23/10/2008)

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

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

4= solvente (ricovero senza oneri per il S.S.N.);

5= Prestazione di ricovero in attività di libera professione erogata nell'ambito delle strutture aziendali (rif: lettere a) e b), comma 2 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni). La Regione partecipa alla spesa nella misura del 70 per cento della tariffa;

6= Prestazione di ricovero in attività di libera professione, comprensiva di differenza alberghiera, erogata nell'ambito delle strutture aziendali (rif: lettere a) e b), comma 2 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni). La Regione partecipa alla spesa nella misura del 70 per cento della tariffa;

7= ricovero, a carico del SSN, di pazienti stranieri provenienti dall'Unione Europea in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) e cittadini provenienti da paesi con i quali vige una convenzione di sicurezza sociale;

8= ricovero, a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza (ad esclusione di quelli per prestazioni urgenti o comunque essenziali di cui all'art. 33 L. 6/3/98 n. 40). Comprende le prestazioni legate

alla tutela della maternità e del minore, inclusi i minori non in regola con le norme di soggiorno, iscritti temporaneamente a NAR, a cui è stato rilasciato un codice STP;

- 9=** ricovero, a carico del SSN, di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza (ricovero per prestazioni urgenti o comunque essenziali di pazienti stranieri extracomunitari con dichiarazione di indigenza, di cui all'art. 33 L. 6/3/98 n. 40).
- A=** ricovero a carico del F.S.R a favore di cittadini stranieri nell'ambito di programmi umanitari o di cooperazione internazionale
- B=** ricovero in libera professione erogata in strutture diverse da quelle aziendali (rif: c), comma 2, art. 15-quinquies del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e succ.). La Regione partecipa alla spesa al 25% della tariffa
- D=** Ricovero a carico del SSN di cittadini extracomunitari con attribuzione di codice sanitario provvisorio (da parte della ATS, Agenzia delle Entrate, ...)
- E=** Ricovero a carico S.S.N. per Iscritto AIRE (Anagrafe Italiani Residenti all'Estero)
- N=** Ricovero a favore di personale navigante iscritto al Servizio SASN del Ministero della Salute
- X=** Ricovero di cui si rinuncia al finanziamento

Elenco di valori	Err. G
Controllo incrociato dei campi ONERE DEGENZA, RESIDENZA e CODICE INDIVIDUALE secondo lo schema riportato nella tabella CodifSDO_Onere-Resid-CodInd	Err. G

MODALITA' DI TRAUMA

Da compilare sempre e solamente in caso di traumatismi o intossicazioni (diagnosi principale con cod. ICD-9-CM **800xx-904xx, 910xx-9958x**), solo per i ricoveri in Regime ordinario (REGIME=1) da reparti per acuti (esclusi quindi reparti 56, 60, 28, 75, RM, 99, SA)

- Codifica:*
- 1=** Infortunio sul lavoro;
 - 2=** Infortunio in ambiente domestico;
 - 3=** incidente stradale;
 - 4=** violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);
 - 5=** autolesione o tentato suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);
 - 9=** altro

Elenco di valori	Err. G
------------------	--------

Controllo incrociato con DIAGNOSI PRINCIPALE: se è presente un cod. ICD-9-CM **800xx-904xx, 910xx-9958x** il campo deve avere uno dei valori previsti;
in tutti gli altri casi il campo deve essere lasciato vuoto (SPAZIO)

Err. G

TRASFERIMENTI DI REPARTO

Solo per ricoveri in regime ordinario e per trasferimenti interni all'ospedale, non per trasferimenti ad altra struttura.

Sono previsti fino a 3 trasferimenti, da registrare in ordine cronologico. Nel caso se ne fossero effettuati in numero maggiore rilevare i più significativi e sempre il reparto di dimissione.

Riportare per ognuno la data, l'ora e minuti ed il nuovo reparto a cui viene trasferito il paziente.

Il set di informazioni (Data, Ora e Unità di trasferimento) non è obbligatorio (gran parte dei ricoveri fanno uso di un unico reparto) ma in presenza di una sola delle tre informazioni devono essere compilate anche le altre due.

In presenza di trasferimenti di reparto sarà verificata anche la corretta sequenza cronologica di date ed orari, anche rispetto alle date di ricovero e dimissione.

Il trasferimento non può avvenire in un reparto avente il medesimo codice del reparto di provenienza.

DATA TRASFERIMENTO REPARTO 1

Codifica: Scrivere nel formato **AAAAMMGG**

Formalmente valida; sequenza cronologica valida
se non rilevato riempire con SPAZIO.

Err. G

ORA TRASFERIMENTO REPARTO 1

Ora e minuti in cui viene trasferito il paziente.

(HHMM) Orario formalmente valido; sequenza cronologica valida

Err. G

REPARTO TRASFERIMENTO 1

Codifica: **Vedi reparto di ricovero**

Vedi REPARTO DI RICOVERO

Deve essere presente se esiste la corrispondente data di trasferimento

Err. G

DATA TRASFERIMENTO REPARTO 2

Codifica: Scrivere nel formato **AAAAMMGG**

Formalmente valida; sequenza cronologica valida
se non rilevato riempire con SPAZIO.

Err. G

ORA TRASFERIMENTO REPARTO 2

Ora e minuti in cui viene trasferito il paziente.

(HHMM) Orario formalmente valido; sequenza cronologica valida	Err. G
---	--------

REPARTO TRASFERIMENTO 2

Codifica: **Vedi reparto di ricovero**

Vedi REPARTO DI RICOVERO Deve essere presente se esiste la corrispondente data di trasferimento	Err. G
--	--------

DATA TRASFERIMENTO REPARTO 3

Codifica: Scrivere nel formato **AAAAMMGG**

Formalmente valida; sequenza cronologica valida se non rilevato riempire con SPAZIO.	Err. G
---	--------

ORA TRASFERIMENTO REPARTO 3

Ora e minuti in cui viene trasferito il paziente.

Codifica: Scrivere nel formato **HHMM**

(HHMM) Orario formalmente valido; sequenza cronologica valida	Err. G
---	--------

REPARTO TRASFERIMENTO 3

Codifica: **Vedi reparto di ricovero**

Vedi REPARTO DI RICOVERO Deve essere presente se esiste la corrispondente data di trasferimento	Err. G
--	--------

DATI SANITARI ALLA DIMISSIONE

La codifica delle informazioni cliniche deve essere effettuata da personale sanitario adeguatamente formato, dal momento che tale compito richiede una accurata conoscenza delle classificazioni adottate e della terminologia usata.

La definizione di tutti i casi di dubbia codifica deve essere risolta ricorrendo al sanitario che ha formulato la diagnosi.

La completezza dei dati (segnalazione di tutte le principali patologie trattate e/o presenti durante il ricovero e di tutti i principali interventi eseguiti) assume particolare importanza per una migliore valutazione dell'attività ospedaliera (calcolo degli indici di case-mix, DRG, ecc.).

Per una esposizione analitica delle regole di corretta codifica delle informazioni cliniche si rimanda al volume:

Linee guida per la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici e

procedure diagnostiche e terapeutiche

curato dal Ministero della Salute.

DATA DI DIMISSIONE O MORTE

Riportare anno mese e giorno.

In day-hospital, la data di dimissione corrisponde al giorno dell'ultimo accesso del paziente per il ciclo assistenziale.

Codifica: Scrivere nella forma AAAAMMGG

Data formalmente valida e \geq data di ricovero	Err. G
E' anche prevista una semplice segnalazione se la DEGENZA (campo calcolato) è superiore al valore soglia del DRG	Err. L

ORA DI DIMISSIONE O MORTE

Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione oppure l'ora del decesso.

Solo per i ricoveri Ordinari

Codifica: Scrivere nel formato HHMM

(HHMM) Orario formalmente valido	Err. G
----------------------------------	--------

DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE

La diagnosi principale di dimissione costituisce la condizione morbosa, 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 principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di dimissione ospedaliera.

Codifica: Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (traduzione italiana della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification, versione correntemente in uso). Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda: per i casi in cui siano previsti soltanto 4 o 3 caratteri, riportarli allineati a sinistra.

Esistenza nella tabella CodifSDO_DIAGNOSI .	Err. G
Compatibilità Diagnosi / Sesso: Tab CodifSDO_DIAGNOSI Col. Dia_Sex	Err. G
Compatibilità Diagnosi / Età: Tab CodifSDO_DIAGNOSI Col. Dia_Eta	Err. G
Compatibilità Diagnosi / Reparto Dimissione:	Err. L

Tab CodifSDO_DIAGNOSI Col. Dia_Rep	
La presenza del codice nella colonna Dia_Rara comporta una segnalazione	Err. L

FLAG DIAGNOSI PRINCIPALE PRESENTE AL RICOVERO

Codificare '1' (SI) se la diagnosi era presente al momento del ricovero, individuata attraverso l'anamnesi o in un momento successivo, ma comunque preesistente e non insorta durante il ricovero.

Codificare '0' (NO) se la diagnosi è relativa a complicanze insorte nel corso del ricovero.

Codifica: 0= NO;

1= SI;

Elenco di valori	Err. G
Deve essere sempre compilato	

DIAGNOSI SECONDARIA, COMPLICANZA O COMORBIDITÀ (1a, 2a, 3a, 4a, 5a)

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; tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero.

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate più di 5 forme morbose, oltre a quella principale, devono essere selezionate e codificate quelle che, a giudizio del sanitario che ha formulato la diagnosi, possono avere esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

Codifica: vedi DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE

Vedi Diagnosi principale; se non rilevata riempire con SPAZIO	Err. G
---	--------

FLAG DIAGNOSI SECONDARIA PRESENTE AL RICOVERO (1a, 2a, 3a, 4a, 5a)

Codificare '1' (SI) se la diagnosi era presente al momento del ricovero, individuata attraverso l'anamnesi o in un momento successivo, ma comunque preesistente e non insorta durante il ricovero.

Codificare '0' (NO) se la diagnosi è relativa a complicanze insorte nel corso del ricovero.

Codifica: 0= NO;

1= SI;

Elenco di valori	Err. G
Deve essere compilato se esiste la corrispondente diagnosi	

INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero. Nel caso in cui siano state effettuate nel corso dello stesso ricovero diverse procedure chirurgiche, selezionare e codificare quella che ha comportato il maggior peso assistenziale e/o maggiormente correlata con la diagnosi principale di dimissione.

Non necessariamente tale intervento è il primo eseguito in ordine di tempo.

Devono essere segnalati tutti i parti compresi quelli non operativi indicando la data ed il tipo di parto secondo quanto previsto dalla classificazione.

Se l'intervento è definito come categoria AHRQ=4-major therapeutic (Tab CodifSDO INTERVENTI&PROCEDURE Col. ClassAHRQ), devono essere compilate obbligatoriamente anche le informazioni relative a ORA INIZIO INTERVENTO, CHECK LIST SALA OPERATORIA, IDENTIFICATIVO CHIRURGO (almeno uno), IDENTIFICATIVO ANESTESISTA (se presente)

Codifica: Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (traduzione italiana della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification, versione correntemente in uso). Il codice utilizzato deve essere a 4 caratteri in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda: per i casi in cui siano previsti soltanto 3 caratteri, riportarli allineati a sinistra.

Esistenza nella tabella INTERVENTI. Deve essere compilato se esiste la corrispondente data;	Err. G
Compatibilità Intervento / Sesso: Tab CodifSDO_INTERVENTI&PROCEDURE Col. Int_Sex	Err. G
Compatibilità Intervento / Regime, Degenza: Tab CodifSDO_INTERVENTI&PROCEDURE Col. Int_Ope	Err. G

DATA INTERVENTO CHIRURGICO / PROCEDURA PRINCIPALE

Indicare la data dell'intervento chirurgico principale.

Codifica: scrivere nella forma AAAAMMGG

>=data ricovero, <=data dimissione; Deve essere compilato se esiste l'intervento principale, Data e ora dell'intervento devono essere comprese tra data di ricovero e data di dimissione	Err. G
--	--------

ORA INTERVENTO CHIRURGICO / PROCEDURA PRINCIPALE

Inserire l'ora e minuti di inizio dell'intervento principale, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione (così come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2 / 2.7 | 117 del 14/3/1996).

Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche,

riportare l'ora di inizio della procedura riportata nel campo "Intervento principale"..

Codifica: Scrivere nel formato **HHMM**

(HHMM) Orario formalmente valido Data e ora dell'intervento devono essere comprese tra data di ricovero e data di dimissione Deve essere compilato se l'intervento/procedura è di categoria AHRQ=4	Err. G
--	--------

FLAG INTERVENTO CHIR./PROCEDURA PRINCIPALE ESTERNO (IN SERVICE)

Indicare se l'intervento principale è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quello in cui è ricoverato il paziente.

Procedure di modesta entità, che normalmente non sarebbero riportate sulla SDO, non dovranno essere registrate neppure se eseguite in Service.

E' prevista l'indicazione al massimo di 3 interventi eseguiti in service, compreso il principale.

Se flag=1 (SI) dovranno essere registrate tutte le relative informazioni del file SDO6 che saranno quindi considerate abbinate all'intervento (il primo intervento con flag=1 con il primo gruppo di informazioni SDO6, il secondo intervento con flag=1 con il secondo gruppo, ecc.)

Per gli interventi eseguiti in Service la data e ora dell'intervento deve essere compresa tra data/ora di uscita e data/ora di rientro del corrispondente trasferimento esterno. Per gli interventi non in Service il paziente deve risultare presente nella Struttura originale di ricovero

Codifica: **0**= NO;

1= SI;

Elenco di valori Deve essere compilato se esiste l'intervento principale	Err. G
---	--------

CHECK LIST SALA OPER. INTERVENTO CHIR./PROCEDURA PRINCIPALE

Indicare se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012

Codifica: **0**= NO;

1= SI;

9= Non Applicabile

Elenco di valori Deve essere compilato se l'intervento/procedura è di categoria	Err. G
--	--------

AHRQ=4, altrimenti indicare 9-non applicabile Lasciare vuoto se non è compilato il corrispondente campo intervento	
---	--

ALTRO INTERVENTO E/O PROCEDURA (2a, 3a, 4a, 5a, 6a)

Indicare gli altri eventuali interventi chirurgici effettuati e/o le procedure diagnostico-terapeutiche più importanti fra quelle cui è stato sottoposto il paziente. Possono essere cronologicamente precedenti a quello indicato come principale. Nel caso di ricovero con preospedalizzazione possono essere indicati interventi con data anteriore a quella di ricovero; nel caso di procedura ripetuta più volte durante lo stesso ricovero segnalare una sola volta, con la data della prima esecuzione.

Se l'intervento è definito come categoria AHRQ=4-major therapeutic (Tab CodifSDO INTERVENTI&PROCEDURE Col. ClassAHRQ), devono essere compilate anche le informazioni relative a ORA INIZIO INTERVENTO, CHECK LIST SALA OPERATORIA, IDENTIFICATIVO CHIRURGO (almeno uno), IDENTIFICATIVO ANESTESISTA (se presente)

Codifica: vedi **INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE**

Esistenza nella tabella INTERVENTI. Deve essere compilato se esiste la corrispondente data intervento	Err. G
--	--------

DATA ALTRO INTERVENTO E/O PROCEDURA (2a, 3a, 4a, 5a, 6a)

Indicare le date degli altri interventi o procedure.

Codifica: scrivere nella forma **AAAAMMGG**

Data formalmente valida; Deve essere compilato se esiste l'intervento corrispondente se TIPO RICOVERO ≠ "4" : >=data ricovero, <=data dimissione se TIPO RICOVERO = "4" : >=data prericovero, <=data dimissione	Err. G
--	--------

ORA ALTRO INTERVENTO E/O PROCEDURA (2a, 3a, 4a, 5a, 6a)

Compilare come l'informazione riferita all'Intervento Chirurgico / Procedura Principale"

(HHMM) Orario formalmente valido Deve essere compilato se l'intervento/procedura è di categoria AHRQ=4	Err. G
--	--------

FLAG ALTRO INTERVENTO CHIR./PROC. ESTERNO (IN SERVICE) (2a, 3a, 4a, 5a, 6a)

Compilare come l'informazione riferita all'Intervento Chirurgico / Procedura Principale

Elenco di valori Deve essere compilato se esiste l'intervento corrispondente,	Err. G
--	--------

CHECK LIST SALA OPER. ALTRO INTERVENTO CHIR./PROC. (2a, 3a, 4a, 5a, 6a)

Compilare come l'informazione riferita all'Intervento Chirurgico / Procedura Principale

Elenco di valori Deve essere compilato se l'intervento/procedura è di categoria AHRQ=4, altrimenti indicare 9-non applicabile Lasciare vuoto se non è compilato il corrispondente campo intervento	Err. G
---	--------

MODALITA' DI DIMISSIONE

La modalità di dimissione deve essere sempre compilata ed individua la destinazione del paziente dimesso dall'istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.

- Codifica:* 1= ordinaria al domicilio del paziente;
2= volontaria (su decisione del paziente; in Day Hospital corrisponde al caso di paziente che non si ripresenta per la prosecuzione del ciclo programmato);
3= trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti (in caso di trasferimento diretto, disposto dall'ospedale);
4= deceduto;
5= dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA);
6= dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare;
7= trasferito ad altro regime o tipologia di ricovero (day hospital - ricovero ordinario - riabilitazione o lungodegenza), all'interno dello stesso Istituto;
8= trasferimento ad un altro istituto pubblico o privato, non per acuti, per proseguimento di cure (Riabilitazione, Lungodegenza, Sub-Acute);
9= dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.

Elenco di valori	Err. G
------------------	--------

RISCONTRO AUTOPTICO

Da rilevare solo e sempre in caso di decesso.

- Codifica:* 1=SI (riscontro autoptico effettuato);
2=NO (riscontro autoptico non effettuato)

Se Modalità Dimissione = "4" deve essere compilato Elenco di valori	Err. G
--	--------

N° GIORNATE DI PRESENZA IN DAY-HOSPITAL

da compilare solo e sempre se si tratta di ricovero in day-hospital (Regime = 2), indicando il numero complessivo di contatti che il paziente ha avuto con la struttura durante il ciclo assistenziale.

Codifica: **allineare il numero a destra e riempire le posizioni restanti con zero**

Se Regime di ricovero = "2" deve essere un valore compreso tra 001 e 365. N. giornate in day-hospital \leq periodo del ciclo di DH.	Err. G
--	--------

MOTIVO DEL RICOVERO IN DAY-HOSPITAL

da compilare solo e sempre se si tratta di ricovero in day-hospital (Regime = 2), Indicando la prevalente finalità per cui è stato attivato il ciclo assistenziale.

- Codifica:* 1=day hospital diagnostico (ivi compreso il follow up);
2=day hospital chirurgico (day surgery);

3=day hospital terapeutico;

4=day hospital riabilitativo.

Se Regime di ricovero = "2" deve essere compilato Elenco di valori	Err. G
---	--------

PESO ALLA NASCITA

Da compilare sempre e soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.

Indicare il peso in grammi rilevato al momento della nascita

Codifica: **allineare il numero a destra e riempire le posizioni restanti con zero**

Non nullo se Provenienza del paziente = N	Err. G
---	--------

Valori ammessi: da 0250 a 6000 .

Allineare il valore a destra e riempire con "0" a sinistra.

DATA DELL'EVENTO INDICE

Il seguente campo deve essere compilato soltanto se la dimissione del paziente è avvenuta da un reparto di riabilitazione specialistica (cod. 28, 56, 75)

Rileva la data a cui può essere riferito l'evento (chiamato comunemente "evento indice"), di tipo traumatico o clinico, che ha dato inizio allo stato patologico giunto in osservazione nel ricovero in atto.

Codifica: **Scrivere nella forma AAAAMMGG** (nel caso in cui il giorno non sia noto con precisione utilizzare il valore 15 oltre ad anno e mese; nel caso in cui il giorno ed il mese non siano noti con precisione utilizzare il valore 0630 oltre ad anno)

Data formalmente valida; se non rilevata riempire con SPAZIO	Err. L
--	--------

DATA PRERICOVERO

Indicare la data in cui sono state effettuate eventuali prestazioni in prericovero, erogate quindi al di fuori del periodo compreso tra la data di ricovero e la data di dimissione.

Codifica: **Scrivere nella forma AAAAMMGG**

Data formalmente valida; se non rilevata riempire con SPAZIO	Err. L
--	--------

DATA PRENOTAZIONE

La data di prenotazione esprime la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa e deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, (ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94).

La data di prenotazione deve essere compilata sempre e soltanto per tutti i ricoveri in Day Hospital e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (con "tipo ricovero" valorizzato a "1" – ricovero programmato non urgente, oppure "4" – ricovero programmato con preospedalizzazione)

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.

Non si compila per tipo ricovero "5" – parto non urgente.

Codifica: Scrivere nella forma AAAAMMGG

Data formalmente valida; <=data ricovero; Per i casi in cui non deve essere rilevata riempire con SPAZIO	Err. G
--	--------

TIPO TARIFFA

Da compilare sempre e soltanto per:

- particolari DRG che prevedono tariffe differenziate sulla base di condizioni non immediatamente desumibili dalle altre informazioni del ricovero (ad esempio per le tipologie relative al DRG 481 - trapianto di midollo osseo)
- le prestazioni erogate in ambito di cure sub-acute (Regime = "S") in cui assume il significato di "indice di intensità assistenziale"

Codifica: Per la codifica occorre fare riferimento alle specifiche deliberazioni di regolamentazione tariffaria delle prestazioni di ricovero.

Elenco di valori	Err. G
------------------	--------

GIORNATE NON A CARICO DEL SSN

Il campo è da utilizzare, sia in regime ordinario che in Day Hospital, per segnalare il numero di giornate per le quali non si richiede il rimborso al SSN (ad esempio ricovero anticipato o dimissione ritardata per ragioni organizzative della struttura, permesso di rientro a casa accordato del paziente, ecc.)

Tale periodo sarà detratto anche dai calcoli relativi alla durata della degenza finanziata ed alle valorizzazioni economiche conseguenti.

Il campo non deve essere utilizzato per simulare un annullamento del record, registrando un valore pari alla degenza calcolata per il ricovero. Nel caso in cui si rinunci al finanziamento dell'intera prestazione sarà da utilizzare il campo ONERE=X

Codifica: allineare il numero a destra e riempire le posizioni restanti con zero

Valore numerico < della degenza calcolata o del n. giornate DH. Se non rilevato: " 000"	Err. G
--	--------

CLASSE PRIORITA' DEL RICOVERO PROGRAMMATO

Da compilare sempre e soltanto per i ricoveri per i quali è inserita la data di prenotazione, secondo il seguente schema (Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002):

Codifica: A= Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

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

aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

C= Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

D= Ricovero senza attesa definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi;

Elenco di valori	Err. G
------------------	--------

EXTRA BUDGET

individua alcune prestazioni, non altrimenti definite da altre informazioni sulla SDO, per cui è previsto un finanziamento al di fuori della quota di risorse assegnata all'erogatore.

Codifica:

A = per le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica (individuate dai codici disciplina 28, 56, 75) che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome post-comatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13, documentato dal punteggio delle singole voci, e supportata da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale;

B = per le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica (individuate dai codici disciplina 28, 56, 75) che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica. I postumi di mielolesione devono essere caratterizzati da un livello su scala ASIA (American Spinal Injury Association) compreso tra A e C ed il quadro clinico deve essere supportato da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale.

R = per i ricoveri rientranti nella casistica definita nella **DGR 6002_2022 piano per le liste di attesa.**

Elenco di valori	Err. G
Se Extra Budget = A o B: solo in associazione a prestazioni di riabilitazione	Err. G

CAUSA ESTERNA DEL TRAUMATISMO

Da compilare sempre e solamente in caso di traumatismi o intossicazioni (diagnosi principale con cod. ICD-9-CM **800xx-904xx, 910xx-9958x**), solo per i ricoveri in Regime

ordinario da reparti per acuti (esclusi quindi reparti 56, 60, 28, 75, RM, 99, SA), utilizzando i codici "E" della Classificazione ICD-9-CM versione correntemente in uso.

Per una corretta codifica dell'informazioni si veda anche la parte introduttiva del capitolo "CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DELLE CAUSE ESTERNE DI TRAUMATISMO E AVVELENAMENTO (E800-E999)" sul volume della classificazione

Codifica: Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (traduzione italiana della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification, versione correntemente in uso). Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda: per i casi in cui siano previsti soltanto 4 caratteri, riportarli allineati a sinistra.

Deve essere compilato se esiste un codice compreso tra 800xx-904xx o tra 910xx-9958x in diagnosi principale Esistenza nella tabella CAUSE ESTERNE TRAUMATISMI.	Err. G
---	--------

LATERALITA' DIAGNOSI PRINCIPALE

In attesa di indicazioni più precise dal Ministero, ove applicabile, specificare se la diagnosi si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale

Codifica: 1= Destra;

2= Sinistra;

3= Bilaterale;

SPAZIO= Non Applicabile

Elenco di valori	Err. L
------------------	--------

LATERALITA' INTERVENTO PRINCIPALE

In attesa di indicazioni più precise dal Ministero, ove applicabile, specificare se l'intervento si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale

Codifica: 1= Destra;

2= Sinistra;

3= Bilaterale;

SPAZIO= Non Applicabile

Elenco di valori	Err. L
------------------	--------

RILEVAZIONE DEL DOLORE

Riportare se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010,

Codifica: 0= NO;

1= SI;

Elenco di valori	Err. G
------------------	--------

STADIAZIONE CONDENSATA (DIAGNOSI PRINCIPALE)

Indica lo stadio della neoplasia maligna e deve essere compilato sempre e solo in presenza di diagnosi di neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140x-190x e 193*-199*

Codifica: 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
8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4
9 = ignoto

Elenco di valori	Err. G
------------------	--------

STADIAZIONE CONDENSATA (DIAGNOSI SECONDARIA 1a, 2a, 3a, 4a, 5a)

Indica lo stadio della neoplasia maligna e deve essere compilato sempre e solo in presenza di diagnosi di neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140x-190x e 193*-199*

Codifica: 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
8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4
9 = ignoto

Elenco di valori	Err. L
------------------	--------

PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA

Deve essere compilato sempre e solo per i pazienti, con diagnosi principale o secondaria di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx),

Registrare il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso.

Codifica: **allineare il numero a destra e riempire le posizioni restanti con zero**
valore compreso tra 030 e 300

valore compreso tra 030 e 300	Err. G
-------------------------------	--------

CREATININA SERICA

Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL), considerando i primi 2 caratteri a sinistra come parte intera e gli ultimi 2 come parte decimale; ad esempio un valore di creatinina di 0.45 mg/dL sarà registrato come 0045, un valore di 1.4 mg/dL sarà registrato come 0140

Il campo deve essere compilato sempre e solo nei seguenti casi:

1) intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento;

2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx). Indicare il valore della creatinina sierica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale;

3) intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina sierica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.

Codifica: considerare i primi 2 caratteri come parte intera e gli ultimi 2 come parte decimale

valore maggiore o uguale a 0000

Err. G

FRAZIONE DI EIEZIONE

Il campo deve essere compilato sempre e solo per gli interventi chirurgici principali o secondari di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o per quelli sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x).

Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.

Codifica: allineare il numero a destra e riempire le posizioni restanti con zero

valore tra 00 e 99

Err. G

FLAG SPECIFICA AMBITO EROGAZIONE

Individua le prestazioni erogate in particolari ambiti di erogazione, non altrimenti rilevabili.

Codifica:

U = per le prestazioni relative a profughi dell'Ucraina, secondo quanto stabilito dalla nota regionale **G1.2022.0013686** del 11/03/2022

Per i casi in cui non deve essere indicato riempire con SPAZIO.

Elenco di valori

Err. G

FILE SDO3.TXT

TIPO RECORD

Per i record dell'archivio SDO3 codificare "3"

Valore fisso	Err. G
--------------	--------

NAZIONE

riportare la sigla di 2 caratteri indicata sulla tessera TEAM

IT = Italia,	EL = Grecia,	PL = Polonia,
AT = Austria,	IE = Irlanda,	PT = Portogallo,
BE = Belgio,	IS = Islanda,	UK = Regno Unito,
BG = Bulgaria	LV = Lettonia,	CZ = Repubblica Ceca,
CY = Cipro,	LI = Liechtenstein,	RO = Romania
DK = Danimarca,	LT = Lituania,	SK = Slovacchia,
EE = Estonia,	LU = Lussemburgo,	SI = Slovenia
FI = Finlandia,	MT = Malta,	ES = Spagna,
FR = Francia,	NO = Norvegia,	SE = Svezia,
DE = Germania,	NL = Paesi Bassi,	HU = Ungheria

Elenco di valori Concordanza con il codice RESIDENZA riportato su SDO1	Err. G
---	--------

COGNOME ASSISTITO (3)

riportare l'informazione "name" così come indicata sulla tessera TEAM

	Err. L
--	--------

NOME ASSISTITO (4)

riportare l'informazione "given names" così come indicata sulla tessera TEAM

	Err. L
--	--------

NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE (6)

riportare l'informazione "personal identification number" indicato sulla tessera TEAM

Per i soggetti con modello HIC (SDO3-HIC) il codice riportato sul modello, della lunghezza complessiva di 16 caratteri, sarà così strutturato (vedere anche la citata nota del Ministero della Salute del 18/5/2010 prot. DG RUERI/II/ 9004 /I.3.b/1):

caratteri da 1 a 3: HIC

caratteri da 4 a 6: il codice della Regione (all. 4)

caratteri da 7 a 9: il codice della ASL (all. 4)

caratteri da 10 a 11: le seguenti sigle

PT (pensionato titolare), PF (pensionato familiare), FL (familiare di lavoratore

E109): FD (familiare di lavoratore E106)

caratteri da 12 a 16 dovranno riportare una numerazione progressiva e univoca che verrà utilizzata da ciascuna ASL a partire da: 10001

	Err. L
--	--------

NUMERO E NOME IDENTIFICAZIONE ISTITUZIONE COMPETENTE (7)

riportare l'informazione completa "identification number of the institution"

	Err. L
--	--------

NUMERO IDENTIFICAZIONE TESSERA SANITARIA (8)

riportare l'informazione "identification number of the card" indicato sulla tessera TEAM

	Err. L
--	--------

DATA SCADENZA TESSERA SANITARIA (9)

riportare l'informazione "expiry date" indicato sulla tessera TEAM

ggmmaaaa	Err. L
----------	--------

FILE SDO4.TXT

Il file SDO4.TXT è relativo al flusso delle Endoprotesi di cui alla D.G.R. VI/37597 del 24/7/1998 e successive modificazioni e integrazioni.

Per le istruzioni di compilazione e codifica si rimanda al relativo manuale

FILE SDO5.TXT

Il file SDO5.TXT rileva, per le prestazioni erogate in Strutture di Hospice, le informazioni aggiuntive definite dal Ministero della Salute nel DM 6/6/2012 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice".

Per tale flusso sarà prodotta e distribuita idonea documentazione

FILE SDO6.TXT

TIPO RECORD

Per i record dell'archivio SDO6 codificare "6"

Valore fisso	Err. G
--------------	--------

TRASFERIMENTI ESTERNI (1°, 2°, 3°)

Gruppo di informazioni da compilare sempre e solo per i ricoveri ordinari, nel caso in cui un intervento chirurgico o procedura venga effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura esterno, ovvero diverso da quella in cui il paziente è ricoverato (quindi senza chiusura della SDO). Comprende data ed ora di uscita dalla Struttura, data ed ora di rientro nella Struttura, codice della Struttura in service, codice reparto della Struttura in service.

Deve essere completamente compilato almeno un gruppo trasferimento esterno se è positivo un flag "INTERVENTO CHIR./PROCEDURA ESTERNO (IN SERVICE)"

TRASFERIMENTI ESTERNI (1°, 2°, 3°) - DATA USCITA

Codifica: scrivere nella forma **AAAAMMGG**

Data formalmente valida; >=data ricovero, <=data dimissione	Err. G
--	--------

TRASFERIMENTI ESTERNI (1°, 2°, 3°) - ORARIO USCITA

Codifica: Scrivere nella forma: **HHMM**

(HHMM) Orario formalmente valido	Err. G
----------------------------------	--------

TRASFERIMENTI ESTERNI (1°, 2°, 3°) - DATA RIENTRO

Codifica: scrivere nella forma **AAAAMMGG**

Data formalmente valida; >=data ricovero, <=data dimissione >=data uscita del trasferimento esterno	Err. G
---	--------

TRASFERIMENTI ESTERNI (1°, 2°, 3°) - ORARIO RIENTRO

Codifica: Scrivere nella forma: **HHMM**

(HHMM) Orario formalmente valido	Err. G
----------------------------------	--------

TRASFERIMENTI ESTERNI (1°, 2°, 3°) – COD. STRUTTURA CON SUBCODICE

Codifica: Vedere campi **Codice e Subcodice Ospedale**

Vedere campi Codice e Subcodice Ospedale	Err. G
--	--------

TRASFERIMENTI ESTERNI (1°, 2°, 3°) – COD. REPARTO

Codifica: Vedere campi **Codice Reparto**

Vedere campi Codice Reparto	Err. G
-----------------------------	--------

IDENTIFICATIVI CHIRURGO E ANESTESISTA PER INTERVENTO PRINCIPALE E SECONDARIO (1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°)

IDENTIFICATIVO DEL CHIRURGO

Individua l'operatore responsabile dell'intervento principale o secondario, rilevato attraverso il Codice Fiscale

E' possibile inserire fino a tre identificativi per ogni intervento codificato, corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio.

Deve essere riportato almeno un identificativo se l'intervento/procedura è di categoria AHRQ=4

Deve essere compilato se l'intervento/procedura è di categoria AHRQ=4	Err. G
---	--------

Controllo del codice fiscale con l'algoritmo del Ministero delle Finanze (v. DM 23/12/1976 "Sistemi di codificazione dei soggetti da iscrivere all'anagrafe tributaria")	
--	--

IDENTIFICATIVO DELL'ANESTESISTA

Individua l'anestesista dell'intervento principale o secondario (se presente).

Per il controllo del codice fiscale viene applicato l'algoritmo del Ministero delle Finanze (v. DM 23/12/1976 "Sistemi di codificazione dei soggetti da iscrivere all'anagrafe tributaria")	Err. L
---	--------

CORREZIONE E ANNULLAMENTO DI RECORD GIÀ INVIATI

Premesso che i record trasmessi alla Regione, come già indicato, devono aver superato tutti i controlli previsti nei punti precedenti, la successiva correzione delle informazioni è da considerarsi del tutto eccezionale e non può pertanto configurarsi come attività corrente.

Qualora si riscontrasse da parte di qualche Erogatore una consuetudine all'invio di correzioni non richieste a record già valorizzati correttamente, le correzioni inviate non saranno accettate e ne verrà data segnalazione alla Struttura inviante ed alla ATS di riferimento.

I record Inviati per la prima volta e quindi non presenti nell'archivio regionale devono essere contrassegnati con il carattere di controllo "I" (Inserimento) nel campo: "Destinazione del Record", pena l'esclusione dal caricamento.

I record inviati a correzione di SDO, già presenti nell'archivio regionale devono essere contrassegnati con il carattere di controllo "C" (Correzione) nel campo: "Destinazione del Record", pena l'esclusione dal caricamento.

Per l'annullamento di record già trasmessi valgono le medesime considerazioni fatte per le correzioni. I record, nello stesso formato dei normali record SDO, possono contenere solo: la chiave identificativa (cod. Struttura + subcodice + n° di pratica completo), l'anno di dimissione (del campo Data di Dimissione) e il carattere di controllo "A" (Annullamento) nel campo: "Destinazione del Record". I record annullati non devono essere ritrasmessi in invii successivi.

Le eventuali variazioni sulle SDO derivanti dall'attività dei Nuclei Operativi di Controllo (NOC) non devono essere inserite nel flusso di informazioni qui descritto. A tale proposito, è già attivata una apposita rilevazione.

Questo documento e le tabelle di riferimento per i controlli sono reperibili nella documentazione presente sul Portale SMAF, all'indirizzo:

<https://dit.servizirl.it>

MENU: Moduli Sanita > SDO > Archivio Documenti > Documentazione