

PROCEDURA DI GESTIONE DELLA SDO

Secondo protocolli redatti AAST Grande Ospedale Niguarda

OGGETTO E SCOPO

Lo scopo della seguente procedura è definire le idonee e uniformi modalità di compilazione e conservazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera nel rispetto della normativa vigente in materia, e le modalità aziendali per la gestione del piano dei controlli interni.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica per tutti i ricoveri in regime ordinario e di day hospital/day surgery dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda.

SIGLE E DEFINIZIONI

AO: Azienda Ospedaliera DH: Day Hospital
DRG: Diagnosis Related Groups
DS: Day Surgery
NOC: Nucleo Operativo di Controllo
SC: Struttura Complessa
SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera
SSR: Servizio Sanitario Regionale

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Normativa nazionale:

- . D.Lgs n. 502/1992
- DM n. 380/2000

Normativa regionale:

- LR n. 5, art. 13 del 15/1/1975
- DPGR n. 47640 del 24/11 /1999
- DDGS n. 25791 del 23/12/2002
- . DDGS n. 4733 del 28/2/2000
- DGRn. 2418 del 1/12/2000
- DGR n. 13796 del 25/7/2003
- Regione Lombardia, Manuale della cartella clinica 2007
- . DGRn. 8078 del 18/2/2002
- DGR n. 12692 del 10/4/2003
- . DGR n. 4799 del 30/5/2007
- DGR n. 10804 del 16/12/2009

DEFINIZIONE

La SDO è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. La SDO costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, dal punto di vista clinico, epidemiologico ed amministrativo, delle principali informazioni relative all'episodio di ricovero.

La SDO costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale.

RESPONSABILITÀ

La responsabilità della corretta compilazione compete al medico responsabile della dimissione; la SDO reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. Il Direttore di Struttura Complessa, o il Responsabile di Struttura Semplice, di dimissione del paziente è responsabile della completezza, accuratezza e tempestività della compilazione della SDO. La codifica delle informazioni riportate nella SDO deve essere effettuata dal medico responsabile della dimissione, oppure da personale sanitario, opportunamente formato e formalmente individuato dal Direttore Sanitario. Il Direttore Sanitario è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

Il Direttore di Struttura Complessa o il Responsabile di Struttura Semplice, è responsabile della custodia della cartella clinica fino al momento dell'archiviazione della stessa. Responsabile dell'archivio delle cartelle cliniche è il Direttore Sanitario.

Il Servizio Qualità, Privacy e Rischio Clinico ha la responsabilità di effettuare controlli sulla qualità, completezza e tempestività della compilazione della SDO.

Il Servizio Programmazione e Controllo di Gestione ha la responsabilità dell'invio dei dati estratti dalle SDO alle istituzioni competenti del SSR, della verifica quantitativa dei ritardi e della gestione dello scadenziario.

COMPILAZIONE DELLA SDO

Il modello di SDO adottato nell'AO Ospedale Niguarda Ca' Granda è riportato nell'Allegato 1 al presente documento.

Le informazioni contenute nella SDO vengono raccolte dalle differenti Strutture coinvolte nelle diverse fasi del ricovero, come riportato in tabella.

FASE DEL RICOVERO	DATI	STRUTTURA
Accettazione	Anagrafici Amministrativi Inizio prericovero	Accettazione amministrativa
Degenza	Trasferimenti di reparto Accessi di DH Dimissione Diagnosi Interventi/Procedure	Reparti di degenza
Dimissione	Diagnosi Interventi/Procedure Modalità di dimissione Altre informazioni precedenti il ricovero Motivo del DH Informazioni sul neonato Informazioni per la valorizzazione economica	Reparto di dimissione

Le modalità di compilazione di ciascuno dei campi contenuti nella SDO sono riportate nell'Allegato 2, che costituisce parte integrante della presente procedura.

Nei reparti di degenza la SDO viene compilata on line, con apposita procedura nel portale di reparto; per le modalità di utilizzo della procedura informatizzata si rimanda all'Allegato 3.

La SDO deve essere completata al momento della dimissione del paziente; tutte le SDO dei pazienti dimessi in un mese devono essere compilate entro il giorno 5 del mese successivo. In caso di attesa del referto istologico è possibile posticipare la chiusura della cartella clinica e la compilazione della SDO per garantire la completezza e accuratezza delle informazioni sanitarie riportate. Copia della SDO deve essere stampata, firmata in chiaro e conservata nella cartella clinica.

Nel caso in cui si debba correggere un errore si procede nei modi seguenti:

- annullamento della SDO in caso di errata intestazione anagrafica (ad opera del personale amministrativo di accettazione);
- correzione successiva con generazione di una nuova versione della SDO che sostituisce quella precedentemente compilata, anche nel caso in cui la cartella sia già stata consegnata all'archivio cartelle cliniche; le correzioni possono essere effettuate dallo stesso medico che ha generato la SDO, dal Direttore della Unità Operativa di dimissione o da parte di dirigenti medici da lui formalmente autorizzati;

CONSERVAZIONE

La SDO è parte integrante della cartella clinica e viene pertanto archiviata con la stessa. Le Strutture consegnano le cartelle cliniche dei pazienti dimessi all'archivio della Direzione Sanitaria, accessibile solo da personale autorizzato dalla Direzione stessa, dove vengono conservate.

Le modalità di custodia devono garantire la massima tutela nei riguardi di eventuali manomissioni e nel rispetto della privacy, in armadi chiusi accessibili solo da personale autorizzato.

Quanto descritto sulla conservazione cartacea, andrà ad essere modificato coerentemente con la procedura aziendale in merito alla conservazione sostitutiva.

CONTROLLI INTERNI

Sui dati estratti dalle SDO vengono effettuati controlli in ordine sia alla validità formale sia alla qualità della codifica.

Validità formale

Al momento della compilazione della SDO sono attivi alcuni controlli automatici di completezza dei campi, di validità formale dei codici e di congruenza fra le informazioni riportate in diversi campi.

Con un'apposita procedura informatizzata vengono effettuati controlli di validità formale dei dati sulle SDO compilate, sulla base dei criteri stabiliti dalla Regione, così come riportato nell'Allegato 4.

La presenza di un'incongruenza di tipo formale determina l'impossibilità di estrazione dei dati e loro successivo invio alla Regione.

Qualità della codifica

Il decentramento della compilazione delle SDO ha reso necessaria l'introduzione uno strumento utile al controllo della compilazione delle SDO per evidenziare eventuali errori, di tipo sistematico od occasionale, ed eventuali modifiche nello stile di codifica adottato. A tal scopo è stato introdotto un sistema di controllo di alcune pratiche potenzialmente errate, selezionate da specifici indicatori principalmente dettati dalle regole di codifica regionali e nazionali. Alcuni sono indicatori classici di natura generale, solitamente utilizzati per avere informazioni sulla natura e i cambiamenti della casistica e che qui vengono usati per evidenziare cambiamenti nello stile di codifica. Ci si aspetta infatti che cambiamenti intersorsi in brevi periodi possano più facilmente essere imputabili a modifiche nello stile di codifica piuttosto che alla tipologia di pazienti trattata dal reparto. Altri indicatori sono invece di natura più specifica, relativa a particolari problemi di codifica già noti e presenti, o possibili.

I numeri di SDO dei casi positivi per gli indicatori preposti vengono inviati ai reparti affinché le pratiche vengano riviste dai clinici ed eventualmente corrette. Questi indicatori servono a evidenziare potenziali errori e situazioni suscettibili di verifica, non danno la certezza che si sia verificato un errore.

Gli indicatori sono calcolati sia per degenza ordinaria che per day hospital.

Il calcolo degli indicatori viene eseguito con scadenza mensile sul mese appena trascorso. I dati sono elaborati per reparto di dimissione, in quanto è quello in cui viene compilata la SDO.

Ai dipartimenti e alle SC di ciascuno di essi viene inviato un file in formato excel che contiene l'elenco dei numeri di pratica dei casi che nel mese in oggetto sono risultati suscettibili di verifica e per alcuni indicatori il valore delle diagnosi secondarie complicanti e quello del DRG.

L'elenco e il significato degli indicatori calcolati è riportato nell'Allegato 4.

Indicazioni interne sulle modalità di codifica possono derivare sia dai risultati dei controlli effettuati dagli organi di controllo della ASL di appartenenza (NOC), che dalle revisione della documentazione sanitaria effettuate nel Servizio Qualità, Privacy e Rischio Clinico su casistiche specifiche.

VALIDITÀ

La presente procedura è valida fino al 22.04.2017 in assenza di mutamenti normativi/legislativi, di variazioni organizzative o di necessità di modifica dei contenuti che determinino un aggiornamento anticipato della stessa.

Allegato 1: SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Cod. Ospedale 030913

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

ACCETTAZIONE

Anno/n. pratica ora ricovero data ricovero *regime* reparto di ricovero codice

COGNOME E NOME

Sesso

data di nascita codice

fiscale luogo di nascita

residenza indirizzo n.

codice

telefono cittadinanza

codice

stato civile livello di

CAP

istruzione pos.

professione

provenienza del paziente tipo di

ricovero onere degenza diagnosi di

ammissione modalità del trauma

INFORMAZIONI PRECEDENTI IL RICOVERO

data evento indice per prestazioni di riabilitazione

RICOVERI PROGRAMMATI

data prenotazione ricovero

lata inizio precovero

data

fine

precovero

DIMISSIONE

data dimissione (o morte)

ora
dimissione

reparto di dimissione

codice

DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE

codice

ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE

CU

INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE O PARTO

codice data

ALTRI INTERVENTI O PROCEDURE

MODALITÀ' DI DIMISSIONE

DAY HOSPITAL motivo
del ricovero

INFORMAZIONI SUL NEONATO

peso alla nascita (gr) tv 3do della
madre

il. giornate non a carico SSN Tipo tariffa

Finanziamento extra budget

Matricola » firma del Medico compilatore

Allegato 2: RILEVAZIONE SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Tratto da: Regione Lombardia, Rilevazione Scheda di Dimissione Ospedaliera. Novembre 1999. Aggiornato a cura del Servizio Qualità, Privacy e Rischio Clinico secondo la normativa regionale.

DA TI ANAGRAFICI E AMMINISTRA TIVI CODICE

STRUTTURA

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

Codifica: **Codice Ministero della Sanità a 6 cifre** (Parte II - CODICI ISTITUTI DI RICOVERO)

SUBCODICE STRUTTURA

Da compilare solo se la struttura di ricovero si compone di più stabilimenti, secondo quanto previsto per la compilazione dei modelli HSP11/bis. Negli altri casi il campo va riempito con SPAZIO. **Codifica:** **Progressivo a 2 cifre oppure SPAZIO** (es. 01, 02, ...)

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 2000: "2000000001")

CAMPO DI RISERVA

Campo previsto per usi futuri; riempire con SPAZIO.

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. **Codifica:** **Scrivere nella forma: MMGG**

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). **Codifica:** **1=degenza ordinaria; 2=day-hospital**

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.

Codifica: **Codice Ministero della Sanità a 4 cifre (2+2)** così come previsto nel modello HSP12 della citata rilevazione ministeriale. Le prime due cifre identificano la specialità (Parte II -CODICI REPARTI), le restanti due (da 01 a 99) identificano il progressivo con cui viene distinto il reparto nell'ambito della stessa disciplina.

SESSO

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

CODICE INDIVIDUALE

Il codice individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed è costituito esclusivamente dal codice fiscale (legge 412/91), composto da 16 caratteri.

Può non essere compilato per i neonati e per i ricoveri entro il 1° mese di vita, o nel caso di soggetti non residenti in Italia, ma la compilazione del campo in questi casi implica comunque la sua correttezza formale.

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

LUOGO DI NASCITA

Riportare il comune e la provincia di nascita.

Codifica: **Codice ISTAT a 6 cifre, 3 per la provincia e 3 per il comune** (Parte II-CODICI COMUNI D'ITALIA).
Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre del Paese estero (Parte II -CODICI PAESI ESTERI)
Per i nati in comuni che non sono più parte del territorio italiano codificare: 998001

DATA DI NASCITA

Riportare anno, mese e giorno di nascita. **Codifica:**

Scrivere nella forma AAAAMMGG

RESIDENZA ANAGRAFICA

Riportare comune e provincia di residenza.

Codifica: **Codice ISTAT a 6 cifre, 3 per la provincia e 3 per il comune** (Parte II - CODICI COMUNI D'ITALIA).
Per i residenti all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre del Paese estero (Parte II -CODICI PAESI ESTERI)

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**
(Parte II - CODICI PAESI ESTERI)

STATO CIVILE

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

LIVELLO ISTRUZIONE

Codifica: **1=licenza elementare; 2=scuola media inferiore; 3=scuola media superiore; 4=diploma universitario o laurea breve; 5=laurea**

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 a 2 cifre** (Parte II - CODICI POSIZIONE NELLA PROFESSIONE)

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. **Codifica:** **1=** paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico (comprende gli accessi diretti ed i ricoveri tramite P.S. senza utilizzo del 118); **2=** pz. inviato dal medico di base;

3= ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura (da utilizzarsi solo da parte delle strutture che sono dotate di apposito ricettario regionale); **4=** pz. trasferito da Osp. pubblico; **5=** pz. trasferito da struttura privata accreditata; **6=** pz. trasferito da struttura privata non accreditata;

7= pz. trasferito da altro regime o tipologia di ricovero (day hospital -ricovero ordinario - riabilitazione o lungodegenza), all'interno dello stesso Istituto; **8=** ricoveri tramite PS e 118; **9=** altro.

non compilare per il ricovero del neonato

TIPO DI RICOVERO

Da compilare per i ricoveri in regime ordinario (sono esclusi i day hospital). Individua i ricoveri programmati, distinguendoli dai ricoveri d'emergenza 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) possono essere riportate anche procedure eseguite in data precedente la data di ammissione. *Codifica:* **1**=ricovero programmato, non urgente;

- 2**=ricovero urgente;
- 3**=T.S.O.;
- 4**=ricovero programmato con preospedalizzazione;

non compilare per il ricovero del neonato

ONERE DELLA DEGENZA

Individua il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero. *Codifica:* **1**= S.S.N. (ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale);

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

3= rimborso (ricovero con rimborso totale o parziale a carico SSN; ed assistenza indiretta);

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

5= libera professione (solo per le strutture pubbliche);

6= libera professione + differenza alberghiera (solo per le strutture pubbliche);

7= ricovero, a carico del SSN, di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con il SSN oppure di pazienti che presentano specifica modulistica (esempio: mod

E111-E112, carnet della salute, ...); **8**= altro, a carico del SSN (comprende il ricovero di pazienti stranieri extracomunitari 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); **9**= altro, non a carico del SSN (comprende il 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**= pazienti stranieri inseriti in progetti umanitari, a carico del FSR; **B**= libera professione extra-azienda (medico di struttura pubblica che esercita in struttura

privata); **C**= detenuti;

D= pazienti stranieri in attesa di emersione dalla clandestinità (in possesso di tessera sanitaria provvisoria rilasciata dalla ASL); **N**=

naviganti;

X= ricovero non finanziato dal FSR per scelta della struttura di ricovero (es. ricovero improprio).

MODALITÀ DEL TRAUMA

Da compilare sempre e solamente in caso di traumatismi o intossicazioni. Non compilare in caso di ricoveri successivi per lo stesso problema (es. postumi di traumatismi, rimozione gesso, ecc.). *Codifica:* **1**=sul lavoro; **2**=in ambiente domestico; **3**=da traffico; **4**=violenza altrui; **5**=autolesione o tentato suicidio; **9**=altro.

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, nel caso se ne fossero effettuati in numero maggiore riportare i più significativi.

DATA E REPARTO DEL 1° TRASFERIMENTO

DATA E REPARTO DEL 2° TRASFERIMENTO

DATA E REPARTO DEL 3° TRASFERIMENTO

Riportare per ogni trasferimento la data ed il nuovo reparto a cui viene trasferito il paziente; per la codifica del reparto valgono le medesime considerazioni riportate per il reparto di ricovero. *Codifica:* **data: scrivere nel formato**

AAAAMMGG

reparto: codice Ministero Sanità a 4 cifre (2+2); (Parte II - CODICI REPARTI)

DATI SANITARI ALLA DIMISSIONE

La codifica delle informazioni cliniche deve essere effettuata da personale sanitario (medico o infermieristico) 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.).

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**

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.

Codifica: **Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (traduzione italiana della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification, versione 1997). Il codice utilizzato deve essere a 5 cifre in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda: per i casi in cui siano previste soltanto 3 o 4 cifre, riportarle allineate a sinistra.**

ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE E/O COMPLICANZE

Indicare altre condizioni patologiche rilevanti che hanno condizionato l'evoluzione clinica ed il trattamento del paziente; tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero. 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

DATA INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE

Indicare la data dell'intervento chirurgico principale.

Codifica: **scrivere nella forma AAAAMMGG**

INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE O PARTO

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.

Codifica: **Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (traduzione italiana della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification, versione 1997). Il codice utilizzato deve essere a 4 cifre in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda: per i casi in cui siano previste soltanto 3 cifre, riportarle allineate a sinistra.**

DATE ALTRI INTERVENTI E/O PROCEDURE

Indicare le date degli altri interventi o procedure.

Codifica: **scrivere nella forma AAAAMMGG**

ALTRI INTERVENTI E/O PROCEDURE

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. **Codifica: vedi INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE O PARTO**

MODALITÀ DI DIMISSIONE

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 per iniziare una terapia riabilitativa;
9= dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.

RISCONTRO AUTOPTICO

Da rilevare solo e sempre in caso di decesso. **Codifica:**
1=SI (riscontro autoptico effettuato);
2=NO (riscontro autoptico non effettuato)

DAY HOSPITAL

Informazioni da compilare solo e sempre se si tratta di ricovero in day-hospital (Regime di ricovero = 2).

N° GIORNATE DI PRESENZA IN DAY-HOSPITAL

Indicare 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

MOTIVO DEL RICOVERO IN DAY-HOSPITAL

Indicare 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.

INFORMAZIONI SUL NEONATO

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

PESO ALLA NASCITA

Indicare il peso in grammi rilevato al momento della nascita

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

CODICE INDIVIDUALE DELLA MADRE

Riportare il codice fiscale della madre. **Codifica:**

vedi CODICE INDIVIDUALE

INFORMAZIONI PRECEDENTI IL RICOVERO

DATA DELL'EVENTO INDICE PER PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE

Il seguente campo deve essere compilato soltanto se la dimissione del paziente è avvenuta da un reparto di riabilitazione (cod. 28, 56, 75) o in strutture interamente dedicate alla riabilitazione.

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)

Compilare i successivi due campi soltanto se sono state effettuate prestazioni connesse al prericovero chirurgico di un paziente (erogate quindi al di fuori del periodo compreso tra la data di ricovero e la data di dimissione).

DATA DI INIZIO DEL PRERICOVERO CHIRURGICO *Codifica:*

Scrivere nella forma AAAAMMGG

DATA DI CONCLUSIONE DEL PRERICOVERO CHIRURGICO *Codifica:*

Scrivere nella forma AAAAMMGG

Compilare il campo successivo solo per i ricoveri chirurgici indicando quale data di prenotazione dell'intervento la data in cui il paziente è stato inserito in lista di attesa.

DATA DI PRENOTAZIONE DEL RICOVERO PROGRAMMATO *Codifica:*

Scrivere nella forma AAAAMMGG

CLASSE DI PRIORITÀ ' DEL RICOVERO

Da compilare per tutti i ricoveri programmati per i quali è inserita la data di prenotazione.

Codifica: **A=CLASSE A** - ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio alla prognosi;
B=CLASSE B - ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
C=CLASSE C - ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
D=CLASSE D - ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

VALORIZZAZIONE ECONOMICA

Da compilare soltanto nel caso in cui siano da applicare tariffe diverse da quelle regionali (ad esempio, per effetto di contrattazioni tra le ASL e le Strutture erogatrici).

TIPO TARIFFA

Informazioni da utilizzare per il corretto calcolo delle tariffe di alcuni DRG. *Codifica:* come da tabella.

	NESSUNA TARIFFA
A	trapianto midollo, chemioterapia intensificata con supporto di cellule staminali periferiche autologhe.
B	trapianto midollo, trapianto di cellule staminali autologhe dopo condizionamento mieloablativo
C	trapianto midollo, trapianto di midollo osseo allogenico HLA compatibile da consanguineo
D	trapianto midollo, trapianto di midollo osseo allogenico da consanguineo non compatibile o da non consanguineo, compreso trapianto da cordone ombelicale
E	revisione protesi anca, tipo 1 (stadio I)
F	revisione protesi anca, tipo 1 (stadio II)
G	revisione protesi anca, tipo 1 (stadio III)
H	revisione protesi anca, tipo 1 (stadio IV)
1	terapia oncologica NON in File F
J	terapia oncologica IN File F
K	Int. su mammella per neoplasie maligne CON ricerca positività del linfonodo sentinella
L	Int. su mammella per neoplasie maligne SENZA ricerca positività dei linfonodo sentinella
M	Neoplasie maligne app. riproduttivo maschile CON mapping prostatico
N	Neoplasie maligne app. riproduttivo maschile SENZA mapping prostatico
S	Trapianto di cornea, CON acquisto cornea da banca tessuti
N	Trapianto di cornea, SENZA acquisto cornea da banca tessuti
U	Resezione meccanica laser assistita

IMPORTO TOTALE PER LA PRESTAZIONE

Riportare l'importo totale comprensivo dell'eventuale quota dovuta alle giornate oltre soglia. *Codifica:* **allineare il numero a destra e riempire le posizioni restanti con zero**

GIORNATE NONA CARICO DEL SSN

Nei casi in cui la durata effettiva del ricovero, ad esempio per ragioni organizzative interne alla struttura che ha effettuato la prestazione, differisca dal numero di giornate per le quali si richiede il rimborso al SSN è necessario segnalare la discrepanza riportando il numero di giornate di ricovero per le quali non si richiede il rimborso al SSN.

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

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

FINANZIAMENTO EXTRA-BUDGET

Codifica:

A= per le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome post-comatosa caratterizzata da un punteggio della scala del coma di Glasgow <13, supportato da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale;

B= per le prestazioni relative a pazienti dimessi da UO di riabilitazione specialistica che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, 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.

Allegato 4: Controlli interni

3.1 CONTROLLI DI VALIDITÀ' FORMALE

Controlli eseguiti sui singoli campi:

CAMPO	CONDIZIONE DI VALIDITÀ'
Anno ricovero + n° pratica	Formato AAAANNNNNNNNumerico ed unico per l'ospedale all'interno dell'anno.
Mese e giorno di ricovero	Formato MMGG. Formalmente validi.
Regime di ricovero	Valori ammessi: 1, 2.
Reparto di ricovero	Esistenza in tabella CODICI REPARTI delle prime 2 cifre del codice (specialità). Esistenza tra le discipline della struttura, rilevate dal modello HSP12/HSP13.
Sesso	Valori ammessi: 1, 2.
Codice individuale	Formato AAAAAANNANNANNA (codice fiscale); Formato AAANNNNNNNNNNNNN (stp); N = numerico A = alfabetico. Nei casi per cui non è rilevato riempire con SPAZIO.
Luogo nascita	Esistenza in tabella CODICI COMUNI D'ITALIA. Per i nati all'estero: primi 3 caratteri =999 i restanti 3 caratteri devono esistere nella tabella CODICI PAESI ESTERI.
Data di nascita	Data formalmente valida. Formato AAAAMMGG, <= data di ricovero
Residenza anagrafica	Esistenza in tabella CODICI COMUNI D'ITALIA. Per residenti all'estero: primi 3 caratteri=999, i restanti 3 caratteri devono esistere nella tabella CODICI PAESI ESTERI
Cittadinanza	Esistenza in tabella CODICI PAESI ESTERI, ITALIANA=100
Stato civile	Valori ammessi: 1, 2, 3, 4, 5, 6
Posizione nella professione	Valori ammessi: da 01 a 17
Provenienza del paziente	Valori ammessi: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Tipo di ricovero	Valori ammessi: 1, 2, 3, 4
Onere della degenza	Valori ammessi: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, A, B, C, D, X
Modalità di trauma	Valori ammessi: 1, 2, 3, 4, 5, 9, SPAZIO
Data 1° trasferimento reparto	(AAAAMMGG) Formalmente valida; >= data ricovero, <= data dimissione; se non rilevato riempire con SPAZIO.
Reparto 1° trasferimento	Vedi REPARTO DI RICOVERO; # reparto ricovero; se non rilevato riempire con SPAZIO.
Data 2° trasferimento reparto	(AAAAMMGG) Formalmente valida; >= data 1° trasferimento Reparto, <= data dimissione; se non rilevato riempire con SPAZIO.
Reparto 2° trasferimento	Vedi REPARTO DI RICOVERO, # reparto 1° trasferimento, se non rilevato riempire con SPAZIO.
Data 3° trasferimento reparto	(AAAAMMGG) Formalmente valida; >= data 2° trasferimento Reparto, <= data dimissione se non rilevato riempire con SPAZIO.
Reparto 3° trasferimento	Vedi REPARTO DI RICOVERO, # reparto 2° trasferimento; se non rilevato riempire con SPAZIO.
Data di dimissione	(AAAAMMGG) Formalmente valida.>=data di ricovero

CAMPO	CONDIZIONE DI VALIDITA'*
Diagnosi principale	Esistenza nella tabella DIAGNOSI.
Altre condizione patologiche 1 - V	Vedi Diagnosi principale; se non rilevata riempire con SPAZIO
Data intervento chirurgico principale	(AAAAMMGG) Formalmente valida; >=data ricovero, <=data dimissione; se non rilevata riempire con SPAZIO
Intervento chirurgico principale o parto	Esistenza nella tabella INTERVENTI; se non rilevato riempire con SPAZIO
Data altro intervento o procedura: 1 - V	(AAAAMMGG) Formalmente valida; se non rilevata riempire con SPAZIO; se TIPO RICOVERO # "4" : >=data ricovero, <=data dimissione
Altro intervento o procedura: 1 - V	Vedi intervento chirurgico principale; se non rilevato riempire con SPAZIO
Modalità di dimissione	Valori ammessi: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Riscontro autoptico	Valori ammessi: 1, 2, SPAZIO
Day hospital - n. giornate	Se Regime di ricovero = "2" deve essere valorizzato; valori ammessi: da 001 a 365. Allineare il valore a destra e riempire con "0" a sinistra.
Day hospital - motivo	1,2, 3, 4o SPAZIO
Peso alla nascita	Valori ammessi: da 0250 a 6000 . Allineare il valore a destra e riempire con "0" a sinistra.
Codice Individuale della madre	Vedi Codice Individuale
Data evento indice	(AAAAMMGG) Formalmente valida; se non rilevata riempire con SPAZIO
Data inizio prericovero	(AAAAMMGG) Formalmente valida; se non rilevata riempire con SPAZIO
Data termine prericovero	(AAAAMMGG) Formalmente valida; se non rilevata riempire con SPAZIO
Data prenotazione intervento chirurgico	(AAAAMMGG) Formalmente valida; se non rilevata riempire con SPAZIO
Tipo tariffa	Da A a N o SPAZIO
Importo (solo per tariffe non regionali)	Se Tipo tariffa = "T" deve essere valorizzato Allineare il valore a destra e riempire con "0" a sinistra.
Giornate non a carico del SSN	Valori ammessi: da 001 a 365. Allineare il valore a destra e riempire con "0" a sinistra. Se non rilevato: " 000"
Finanziamento Extra budget	Valori ammessi: A, B.

Controlli incrociati:

Incrocio: Diagnosi principale / Sesso	= 222x	= 1
Diagnosi principale	= 256x	= 2
= 174x	525x = 2	= 1
= 175x	600x...608x	1
179x...184x	614x...676x ²	= 2
185x...187x	V22x...V24x ¹	= 2
218x...221x	= V28x = 2	= 2

Incrocio: Diagnosi principale / Età		
Diagnosi principale	290x	Età >39
=	291x	>14
=	299x	< 14
=	303	>14
=	314x	< 14
=	31 5x	< 14
=	330x	< 14
=	440x	>39
500..	.505	>14
=	600	>39
630..	.676x	12...55
769..	.779	< 1

Incrocio: Diagnosi principale / Modalità di trauma

Diagnosi principale 800x..904x Modalità trauma * SPAZIO
 910x..994x * SPAZIO

Incrocio: Reparto di dimissione / Età		
Reparto dimissione	= 11x	Età < 19
	= 31x	< 19
	= 33x	< 19
	= 39x	< 19
	= 62x	< 19
	= 73x	< 19
	= 78x	< 19

Incrocio: Int. chirurgico principale / Sesso	
Int. chirurgico principale 600...649x	Sesso = 1
650...759x	= 2

Incrocio: Regime di ricovero / Motivo day-hospital

Regime di ricovero = 2 Motivo day-hospital * SPAZIO
Regime di ricovero = 1 Motivo day-hospital = SPAZIO

Incrocio: Modalità dimissione / Riscontro autoptico

Modalità dimissione = 4 Riscontro autoptico * SPAZIO

Età del dimesso: compresa tra 0 e 115**Informazioni sul neonato**

Se Data ricovero = Data nascita, e Provenienza paziente diversa da 4, 5 o 6: Peso alla nascita > "0000"

Codice individuale / Onere degenza / Residenza

Congruenza fra i tre campi.

Tipo tariffa

Per i DRG per i quali è prevista l'informazione, presenza dello specifico codice del tipo di tariffa.

DRG 469 e 470

Se attribuiti, errore di codifica dei dati sanitari.

3.2 CONTROLLI DI QUALITÀ DELLA CODIFICA

Indicatori specifici. Scopo della segnalazione è il controllo da parte del reparto della corretta compilazione della SDO per confermarla o eventualmente modificarla. Per facilitare questa operazione per alcuni indicatori si danno le diagnosi secondarie complicanti e il valore del DRG.

IND6 - Numero di DRG anomali

Sono i casi con DRG:

468 Intervento chir. esteso non correlato a diagnosi principale
476 Intervento chir. prostata non correlato a diagnosi principale
477 Intervento chir. non esteso non correlato a diagnosi principale Si tratta di casi

che potrebbero essere dovuti a una cattiva qualità della codifica.

IND7 - Numero di casi con diagnosi di malattia infettiva rara

Si tratta di quelle SDO che presentano in una qualunque posizione diagnosi di malattia infettiva classificate dalla Regione come rare. Poiché si tratta di diagnosi che solo eccezionalmente possono comparire, il loro utilizzo merita di essere accuratamente vagliato.

IND8 - Numero di deceduti in DRG a bassa mortalità

Vengono qui segnalati i decessi di pazienti le cui SDO corrispondono a DRG generalmente a bassa mortalità. Tali DRG sono individuati sulla scorta dei criteri messi a punto dall'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) tra gli indicatori di "safety". Per il calcolo dell'indicatore vengono comunque esclusi quei casi che presentano in una qualunque posizione diagnosi di trauma, immuno-compromissione o tumore, oppure procedure relative a trapianti.

L'indicatore è nato per la valutazione della qualità dell'assistenza, tuttavia controlli effettuati in diverse Aziende, su cartelle di pazienti deceduti con questi DRG, hanno messo in evidenza come, accanto a casi di problemi assistenziali, si trovassero anche problemi di qualità della codifica. Si trattava cioè di casi più complessi di quanto non risultasse dal DRG associato alla SDO.

IND9 - Numero di casi con codice di arresto cardiaco in prima diagnosi

Sono quei casi in cui è stata selezionata la diagnosi principale 427.5 "Arresto cardiaco". Salvo alcune eccezioni si tratta di una scelta non corretta

INDIO - Numero di casi con codice di infarto con quinta cifra pari a 0

Sono qui segnalate quelle SDO che presentano in una qualunque posizione una diagnosi di infarto del tipo: 410.10, 410.20, 410.30, 410.40, 410.50, 410.60, 410.70, 410.80 e 410.90. Si tratta infatti di errate codifiche della diagnosi di infarto, poiché riferite a episodi di assistenza non specificati. Infatti la conoscenza della sequenza temporale degli episodi è data per scontata per un paziente ricoverato.

IND11 - Numero di casi con DRG 469

Si tratta di casi in cui la diagnosi principale selezionata non è valida come diagnosi di dimissione e deve pertanto essere corretta; vengono attribuiti a questo DRG i codici ostetrici in cui non viene segnalata con l'apposita quinta cifra l'episodio di assistenza (ricovero in gravidanza, ricovero per parto, ricovero post parto).

IND12 - Numero di casi con diagnosi principale di "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" e durata di degenza superiore a una soglia prefissata

Sono qui selezionati i casi con codice di diagnosi principale tra 780x e 799x (capitolo "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti") e con durata di degenza superiore ai quattro giorni per la degenza ordinaria e 1 accesso per il day hospital. Si ritiene infatti che, salvo ricoveri di breve durata, la presenza di un codice di questo tipo potrebbe facilmente essere dovuta a errori di compilazione.

IND15A, IND15B - Numero di casi con codice di stent senza codice di angioplastica e viceversa

Poiché l'inserimento della procedura di inserzione di stent non è sufficiente ad attivare il DRG dell'angioplastica, è importante ricordarsi di indicare la procedura di angioplastica quando effettuata. Inoltre frequentemente si effettuano entrambe le procedure. Per questo motivo vengono selezionate le SDO che presentano, in una qualunque posizione, la procedura di inserzione di stent coronario:

- 36.06 - Inserzione di stent nell'arteria coronarica ma non la procedura di angioplastica coronarica:
- 36.1 - Angioplastica coronarica percutanea transluminale di vaso singolo [PTCA] o aterectomia coronarica senza menzione di agente trombolitico
- 36.2 - Angioplastica coronarica percutanea transluminale di vaso singolo [PTCA] o aterectomia coronarica con menzione di agente trombolitico
- 36.05 - Angioplastica coronarica percutanea transluminale su vaso multiplo [PTCA] o aterectomia coronarica eseguita durante lo stesso intervento, con o senza menzione di agente trombolitico
- 36.09 - Altra rimozione di ostruzione dell'arteria coronarica

E viceversa.

Analogamente per gli stent non coronarici vengono segnalati i casi in cui sia presente, in una qualunque posizione, la procedura di inserzione di stent non coronarico:

- 39.90 - Inserzione di stent su arteria non coronarica, ma non la procedura di angioplastica non coronarica:
- 39.50 - Angioplastica o aterectomia di vaso non coronarico.

E viceversa.

IND17 - Incoerenza tra diagnosi "V27 - Esito del parto" e DRG

Individua i casi in cui è stata utilizzata, in una qualunque posizione, la diagnosi V27, che descrive l'esito del parto, ma il ricovero non è associato a un DRG di parto.

IND18 - Incoerenza tra DRG medico e verbale di camera operatoria

Seleziona i ricoveri durante i quali è stato eseguito un intervento di camera operatoria, ma attribuiti a DRG medici, con lo scopo di segnalare casi di mancata codifica dell'intervento sulla SDO.

Nel calcolo di questo indicatore sono state escluse a priori alcune casistiche per le quali è compatibile la presenza di codici di intervento chirurgico sulla SDO e DRG medico

IND19 - DRG complicato in DH

Seleziona i casi di ricoveri in day hospital che hanno dato luogo a un DRG complicato, escludendo i DRG 121, 124, 372 e 383. Si richiede di verificare la corretta segnalazione delle diagnosi complicanti supportata da evidenze rintracciabili in cartella, anche al fine di ottemperare a quanto richiesto dalla Regione in materia criteri di codifica della SDO.

Per facilitare il compito di verifica vengono indicate le diagnosi complicanti presenti nella SDO. **IND20 - DRG**

146,148, 154,191,193 in deg. ord. (delibera reg. 7612)

Mette in evidenza le SDO, in degenza ordinaria, che esitano in alcuni DRG complicati, oggetto di una deliberazione regionale **(7612)** in materia di codifica. In particolare la Regione si è espressa in merito al corretto utilizzo delle diagnosi complicanti per questi DRG.

Per facilitare il compito di verifica vengono indicate le diagnosi complicanti presenti nella SDO e il valore del DRG.

Come accennato in precedenza, questo gruppo di indicatori serve a individuare compilazioni della SDO potenzialmente non corrette. Quindi non necessariamente tutti le SDO segnalate devono essere modificate. Per ogni indicatore è possibile aspettarsi una percentuale più o meno elevata di correzioni, come indicato nel seguito.

Indicatori per i quali si attende che tutte le SDO vengano corrette (salvo rare eccezioni)

IND7 - Numero di casi con diagnosi di malattia infettiva rara

INDIO - Numero di casi con codice di infarto con quinta cifra pari a 0

IND11 - Numero di casi con DRG 469

INDI 7 - Incoerenza tra diagnosi "V27 - Esito del parto" e DRG

Indicatori per i quali si attende che una percentuale elevata di SDO venga corretta

IND6 - Numero di DRG anomali

IND8 - Numero di deceduti in DRG a bassa mortalità

IND9 - Numero di casi con codice di arresto cardiaco in prima diagnosi

IND15A, IND15B - Numero di casi con codice di stent senza codice di angioplastica e viceversa INDI8 -

Incoerenza tra DRG medico e verbale di camera operatoria

Indicatori per i quali non è possibile indicare a priori la percentuale di correzioni attesa

INDI 2 - Numero di casi con diagnosi principale di "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" e durata di degenza superiore a una soglia prefissata INDI 9 - DRG complicato in DH

IND20 - DRG 146, 148, 154, 191, 193 in Degenza Ordina

