

Art. 5

Il presente provvedimento sarà trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale e sarà inviato alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la integrale pubblicazione.

Palermo, 9 marzo 2017.

TOZZO

(2017.10.596)102

DECRETO 13 marzo 2017.

Modifiche ed integrazioni del flusso informativo della SDO (scheda di dimissione ospedaliera) di cui al decreto 11 aprile 2011 in base ai contenuti del decreto ministeriale n. 261 del 7 dicembre 2016.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge 3 novembre 1993, n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali";

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n. 10;

Visto il decreto assessoriale n. 94115 del 20 luglio 1991, con il quale è stata istituita la scheda nosologica ospedaliera;

Visto il decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 13 del 17 gennaio 1992, con il quale è stata istituita la scheda di dimissione ospedaliera, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale ed è stato istituito il flusso informativo relativo;

Visto il decreto del Ministro della sanità 26 luglio 1993, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 180 del 3 agosto 1993, relativo alla disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, con il quale sono state definite le modalità di raccolta, i tempi e le modalità di trasmissione delle informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera alle regioni ed alle province autonome e, da queste, al Ministero della sanità;

Visto il decreto del Ministro della sanità n. 380 del 27 ottobre 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 295 del 19 dicembre 2000 "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati" con il quale sono state fornite, tra l'altro, regole generali per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera;

Visto il decreto del Ministro della sanità n. 36615 del 27 novembre 2001, che, sulla base del citato D.M. n. 380/2000 e della normativa vigente sulla privacy, adegua il contenuto informativo della scheda di dimissione ospedaliera e impartisce istruzioni sulle regole di compilazione e di codifica delle stesse informazioni e sulla trasmissione del relativo flusso informativo;

Visto il decreto assessoriale n. 2365 del 18 dicembre 2003 "Approvazione della scheda di dimissione ospedaliera e del disciplinare tecnico con tracciato record dei dati

relativi alle attività sanitarie degli istituti di cura pubblici e privati" (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 23 gennaio 2004);

Viste le indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera, fornite dalla cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario in esito alla seduta del 9 luglio 2008 e trasmesse per la divulgazione dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali in data 23 ottobre 2008;

Visto il decreto del Ministro della salute 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere";

Visto l'Accordo, sancito nel corso della seduta del 29 aprile 2010, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, con il quale si approvano le nuove linee guida per le informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui al precedente Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002;

Visto il decreto del Ministro della salute n. 135 dell'8 luglio 2010, relativo a "Regolamento recante integrazioni delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380" (*Gazzetta Ufficiale* n. 194 del 20 agosto 2010);

Visto il decreto assessoriale n. 1822 del 13 luglio 2010 "Adozione del sistema di classificazione ICD9-CM-2007 - versione 24 della classificazione dei DRG", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 36 del 13 agosto 2010;

Visto il decreto assessoriale n. 2068 del 9 agosto 2010, relativo a "Aggiornamento delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 41 del 17 settembre 2010;

Visto il D.D.G. n. 563 dell'1 aprile 2011 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 3 giugno 2011), relativo a "Aggiornamento delle Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella scheda di dimissione ospedaliera";

Visto il decreto assessoriale n. 632 dell'11 aprile 2011 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 3 giugno 2011), relativo a "Aggiornamento delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera";

Visto il D.D.G. n. 269 del 7 febbraio 2013 (pubblicato nel suppl. ordinario n. 7 alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana dell'8 marzo 2013), relativo a "Aggiornamento delle Linee guida per la compilazione e la codifica delle informazioni cliniche presenti nella scheda di dimissione ospedaliera";

Visto il decreto del Ministro della salute 7 dicembre 2016 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del 7 febbraio 2017), con il quale vengono integrate le informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e viene disciplinato il relativo flusso informativo al fine di adeguare il contenuto informativo SDO alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria, anche in considerazione degli orientamenti definiti dalla normativa dell'Unione europea;

Considerato che il citato decreto ministeriale 7 dicembre 2016 nell'articolo 1 indica le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite; ed in particolare dispone anche che il trattamento dei dati acquisiti sia funzionale a:

- a) supportare i processi di "programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria";
- b) perseguire le finalità relative ai trattamenti effettuati per scopi statistici dai soggetti pubblici che fanno parte del SISTAN e ai trattamenti effettuati per scopi scientifici;
- c) consentire una rilevazione sistematica a scopi epidemiologici;

Ritenuto necessario recepire il contenuto del disciplinare tecnico riportato nell'allegato "A" del citato decreto del Ministro della salute 7 dicembre 2016;

Decreta:

Art. 1

Recepimento dei contenuti del decreto ministeriale 7 dicembre 2016

Le informazioni da rilevare tramite il flusso della scheda di dimissione ospedaliera di cui al decreto ministeriale n. 380 del 27 ottobre 2000 ed al decreto assessoriale n. 632 dell'11 aprile 2011 (citati in premessa) sono aggiornate in base ai contenuti del decreto ministeriale 7 dicembre 2016 per le finalità riportate nel relativo articolo 1 e citate in premessa.

Art. 2

La nuova scheda di dimissione ospedaliera

La nuova scheda di dimissione ospedaliera si compone delle seguenti sezioni:

A. Sezione prima, che contiene le informazioni anagrafiche di seguito riportate:

- 1) codice istituto di cura;
- 2) numero progressivo della scheda SDO;
- 2-bis) numero progressivo scheda SDO della puerpera;
- 3) cognome e nome del paziente;
- 4) sesso;
- 5) data di nascita;
- 6) comune di nascita;
- 6-bis) livello di istruzione;
- 7) stato civile;
- 8) comune di residenza;
- 9) cittadinanza;
- 10) codice identificativo del paziente;
- 11) regione di residenza;
- 12) ASP/ASL di residenza.

B. Sezione seconda, che contiene le informazioni del seguente elenco, la cui numerazione riprende e prosegue la numerazione dell'elenco di cui alla precedente lettera A):

- 1) codice istituto di cura;
- 2) numero progressivo della scheda SDO;
- 13) regime di ricovero;
- 13-bis) data di prenotazione;
- 13-ter) classe di priorità;
- 14) data di ricovero;
- 14-bis) ora di ricovero;
- 15) unità operativa di ammissione;
- 16) onere della degenza;
- 17) provenienza del paziente;

- 18) tipo di ricovero;
- 19) traumatismi o intossicazioni;
- 19-bis) codice causa esterna;
- 20) trasferimenti interni;
- 20-bis) trasferimenti esterni;
- 20-ter) unità operativa trasferimento esterno;
- 21) unità operativa di dimissione;
- 22) data di dimissione o morte;
- 22-bis) ora di dimissione o morte;
- 23) modalità di dimissione;
- 24) riscontro autoptico;
- 25) motivo del ricovero in regime diurno;
- 26) numero di giornate di presenza in ricovero diurno;
- 27) peso alla nascita;
- 28) diagnosi principale di dimissione;
- 28-bis) diagnosi principale di dimissione presente al ricovero;
- 28-ter) lateralità diagnosi principale;
- 28-quater) stadiazione condensata;
- 29) diagnosi secondarie di dimissione;
- 29-bis) diagnosi secondarie presenti al ricovero;
- 29-ter) lateralità diagnosi secondarie;
- 29-quater) stadiazione condensata secondaria;
- 30) intervento principale;
- 30-bis) intervento principale esterno;
- 30-ter) data intervento principale;
- 30-quater) ora inizio intervento principale;
- 30-quinquies) identificativo chirurgo intervento principale;
- 30-sexies) identificativo anestesista intervento principale;
- 30-septies) check list sala operatoria intervento principale;
- 30-octies) lateralità intervento principale;
- 31) interventi secondari;
- 31-bis) interventi secondari esterni;
- 31-ter) data intervento secondario;
- 31-quater) ora inizio intervento secondario;
- 31-quinquies) identificativo chirurgo intervento secondario;
- 31-sexies) identificativo anestesista intervento secondario;
- 31-septies) check list sala operatoria intervento secondario;
- 31-octies) lateralità interventi secondari;
- 32) rilevazione del dolore;
- 33) pressione arteriosa sistolica;
- 34) creatinina serica;
- 35) frazione eiezione.

Art. 3

Responsabilità e modalità di compilazione e conservazione della scheda di dimissione ospedaliera

1. Fermo restando che, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, la scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale, comprensive dell'obbligo di conservazione della documentazione cartacea o di suo equivalente documento digitale, e che tutte le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera devono trovare valida e completa documentazione analitica nelle corrispondenti cartelle cliniche, la compilazione

della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato, costituente parte integrante del presente decreto.

2. Resta in vigore quant'altro già disciplinato dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000 come modificato ed integrato dal decreto ministeriale 7 dicembre 2016.

Art. 4

Oneri informativi a carico delle strutture erogatrici pubbliche e private

Le strutture erogatrici pubbliche inviano all'Assessorato della salute con periodicità mensile, entro il 18° giorno del mese successivo a quello di competenza, le informazioni di cui all'articolo 2, che costituiscono debito informativo anche nei confronti del Ministero della salute. Le strutture erogatrici private inviano le informazioni di cui all'articolo 2, entro il decimo giorno del mese successivo a quello di competenza, all'ASP territorialmente competente, che provvederà al successivo inoltro all'Assessorato della salute. Qualora il 18° giorno sia un sabato o un festivo la scadenza si intende prorogata al primo giorno lavorativo successivo. Eventuali integrazioni devono essere trasmesse entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello della rilevazione.

La trasmissione dei dati è effettuata esclusivamente in modalità elettronica, attenendosi alle indicazioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al presente decreto e secondo le specifiche funzionali pubblicate nel sito internet del Ministero della salute www.nsis.ministerosalute.it.

Art. 5

Decorrenza e obblighi

Le disposizioni contenute nel presente decreto, di cui l'allegato "A" è parte integrante, entrano in vigore a decorrere dall'1 gennaio 2017.

Il rispetto dei tempi di trasmissione del flusso e la qualità e completezza dei dati sarà oggetto di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie provinciali, ospedaliere, universitarie ed IRCCS.

Art. 6

Obbligo di trasmissione del tracciato txt e del nuovo tracciato xml

Sarà mantenuto per l'intero anno 2017 l'obbligo per le strutture sanitarie di inviare sia il tracciato TXT attualmente in vigore, per come espressamente previsto dal decreto assessoriale 11 aprile 2011 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 3 giugno 2011), che il nuovo tracciato in formato xml con le informazioni indicate nell'art. 2 del presente decreto e nell'allegato "A", parte integrante del decreto.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Il provvedimento, comprensivo dell'allegato A, è trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione *on line*.

Palermo, 13 marzo 2017.

GUCCIARDI

Allegato A

DISCIPLINARE TECNICO

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati.

La SDO è parte integrante della cartella clinica di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

La cartella clinica ospedaliera costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti, che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente.

Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura; essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno dell'istituto di cura ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.

L'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa 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 allo stesso istituto di cura.

Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.

In caso di ricovero diurno, la cartella clinica, e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero ciclo di trattamento; ogni singolo accesso giornaliero del paziente è conteggiato come giornata di degenza e la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale; la cartella clinica, e la corrispondente SDO, relative ai ricoveri diurni, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, salvo dar luogo a una nuova cartella, e a una nuova SDO, per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo.

Le strutture pubbliche e private inviano i dati di cui all'art. 2, esclusivamente in modalità elettronica in due tracciati distinti, di seguito indicati:

- tracciato A - che contiene le informazioni di carattere anagrafico;
- tracciato B - che contiene le informazioni relative al ricovero.

Le informazioni di dettaglio contenute nei due tracciati sono indicate di seguito nelle tabelle.

Si rimanda al documento di specifiche funzionali per il dettaglio delle regole che disciplinano i tracciati record, indicazioni di dettaglio circa la struttura dei file XML e gli schemi XSD di convalida a cui far riferimento e le procedure di controllo e verifica dei dati trasmessi; i valori di riferimento da utilizzare nella predisposizione dei file XML sono contenuti nel documento di specifiche funzionali pubblicato nel sito internet del Ministero www.nsis.salute.gov.it.

Relativamente a tali specifiche fanno eccezione:

- i tempi di trasmissione riportati nel paragrafo 2.3 in quanto disciplinati dall'articolo 4 del presente decreto;
- il campo relativo al codice identificativo del paziente (vedere più avanti le indicazioni riportate nel tracciato A);
- i campi relativi ai codici identificativi di chirurgo intervento principale, anestesista intervento principale, chirurgo intervento secondario e anestesista intervento secondario, che devono riportare il codice fiscale in chiaro.

Ne consegue che la procedura di cifratura descritta nei paragrafi da 5.2 a 5.6 delle specifiche funzionali ministeriali è a carico della Regione.

La seguente tabella riporta, per ciascuna informazione di carattere anagrafico prevista dal presente decreto la definizione, fermo restando che per il dettaglio del relativo sistema di codifica, riconosciuto come standard nazionale per le regole che disciplinano i tracciati record, per le indicazioni circa la struttura dei file XML e gli schemi XSD di convalida a cui far riferimento e le procedure di controllo e verifica dei dati trasmessi si rimanda al documento di specifiche funzionali pubblicate nel sito del Ministero www.nsis.salute.gov.it.



TRACCIATO A		
N. PROGR.	CAMPO	DESCRIZIONE
1	Codice istituto di cura	Indica l'istituto di cura pubblico o privato.
2	Numero progressivo scheda SDO	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.
2 bis	Numero progressivo scheda SDO della puerpera	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.
4	Sesso	Sesso del paziente
5	Data di nascita	Data di nascita del paziente.
6	Comune di nascita	Comune di nascita del paziente o, nel caso di paziente nato all'estero, Stato estero di nascita.
6 bis	Livello di Istruzione	Titolo di studio del paziente al momento del ricovero.
7	Stato civile	Stato civile del paziente al momento del ricovero
8	Comune di residenza	Comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, Stato estero di residenza, al momento del ricovero.
9	Cittadinanza	Cittadinanza del paziente al momento del ricovero
10	Codice identificativo del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Per i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice fiscale, a 16 caratteri (legge 412/91); deve essere acquisito direttamente dalla tessera sanitaria mediante appositi lettori di BarCode e non può essere attribuito autonomamente mediante l'utilizzo di programmi informatici; • Per i cittadini europei in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) indicare il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri, riportato sulla TEAM; • Per i cittadini Europei non in possesso della TEAM e non iscrivibili al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice ENI (Europeo non iscritto) a 16 caratteri (Circolare Ministero della Salute 19 febbraio 2008); • 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 (ai sensi D.P.R. 31.8.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000, n.5); • Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere compilato con il carattere "X" ripetuto 20 volte in input alla procedura di cifratura. <p>Il campo deve essere compilato con allineamento a sinistra; se il codice da inserire è inferiore ai 20 caratteri disponibili, riempire i restanti con spazi.</p>

COPIA TR
NON VA

10-bis	Presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità	Informazione relativa alla presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica (sistema Tessera Sanitaria, nelle more dell'attivazione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti, istituita ai sensi dell'articolo 62-ter del CAD). Previsto per utilizzo futuro, all'applicazione delle procedure di cui all'articolo 6, comma 1 del decreto
10-ter	Tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità	Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica (sistema Tessera Sanitaria, nelle more dell'attivazione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti, istituita ai sensi dell'articolo 62-ter del CAD). Previsto per utilizzo futuro, all'applicazione delle procedure di cui all'articolo 6, comma 1 del decreto
11	Regione di residenza	La regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente al momento del ricovero.
12	ASP/ASL di residenza	ASP/ASL che comprende il comune o la frazione di comune in cui risiede l'assistito al momento del ricovero.

TRACCIATO B

N. PROGR.	CAMPO	DESCRIZIONE
1	codice istituto di cura	Indica l'istituto di cura pubblico o privato.
2	Numero progressivo scheda SDO	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.
13	Regime di ricovero	Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" ed il "ricovero diurno"; il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> • si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato; • è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero e non prevede il pernottamento del paziente; • fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che per la loro intrinseca complessità o invasività o per il correlato rischio per il paziente non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale.
13 bis	Data di 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. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.
13 ter	Classe di priorità	Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nell'Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002
14	Data di ricovero	Data di ricovero nell'istituto di cura.
14 bis	Ora di ricovero	Ora di accettazione nel reparto di ammissione; si intende l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente.
15	Unità operativa di ammissione	L'unità operativa di ammissione individua l'unità operativa presso la quale il paziente viene ricoverato all'accettazione, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa.
16	Onere della degenza	Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero.
17	Provenienza del paziente	La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero.



17	Provenienza del paziente	La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero.
18	Tipo di ricovero	Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario, 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.
19	Traumatismi o Intossicazioni	Informazione che caratterizza la causa del ricovero, quando questo è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale o secondaria cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995).
19 bis	Codice di Causa esterna	Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo o dell'intossicazione quando il ricovero è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale o secondaria cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89)
20	Trasferimenti interni	La variabile descrive il percorso che il paziente ha seguito durante un singolo ricovero all'interno di un unico istituto di cura. Si ha un trasferimento interno quando il paziente viene trasferito da un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto al posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto diversi all'interno dello stesso istituto di cura. La variabile, da riportare soltanto nei casi di ricovero in regime ordinario, comprende la data, l'ora del trasferimento e il codice dell'unità operativa presso cui è stato trasferito il paziente.
20bis	Trasferimenti esterni	La variabile descrive il percorso che il paziente ha seguito 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). La variabile, da riportare soltanto nei casi di ricovero in regime ordinario, comprende la data, l'ora del trasferimento e il codice dell'unità operativa presso cui è stato trasferito il paziente.
20 ter	Unità operativa trasferimento esterno	La variabile indica l'Unità operativa dell'Istituto di cura, presso cui durante un ricovero ordinario il paziente viene trasferito per essere sottoposto ad un intervento chirurgico o procedura in modalità "in service" (quindi senza chiusura della SDO).
21	Unità operativa di dimissione	Indica l'unità operativa presso cui è ricoverato il paziente al momento della dimissione: il campo deve essere sempre compilato, anche nel caso in cui l'unità operativa coincida con l'unità operativa di ammissione o con quella relativa all'ultimo trasferimento interno.
22	Data di dimissione o morte	Indica la data di dimissione o di decesso del paziente
22 bis	Ora di dimissione o morte	Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora del decesso.
23	Modalità di dimissione	La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso dall'istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.
24	Riscontro autoptico	Individua i pazienti deceduti durante il ricovero per i quali è stata effettuata l'autopsia.
25	Motivo del ricovero in regime diurno	Indica se il ricovero in regime diurno è effettuato a scopo diagnostico, chirurgico, terapeutico o riabilitativo.
26	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno	Indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto accessi presso l'istituto di cura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale in regime diurno
27	Peso alla nascita	Indica il peso rilevato al momento della nascita e riportato nella scheda di dimissione relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita.
28	Diagnosi principale di dimissione	La diagnosi principale di dimissione è la condizione, identificata alla fine del ricovero come la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche.

28 bis	Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	Indica se la diagnosi principale rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.
28 ter	Lateralità	Ove applicabile, specificare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
28 quater	Stadiazione Condensata	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1) Valori ammessi: 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
29	Diagnosi secondarie di dimissione	Le diagnosi secondarie di dimissione sono quelle condizioni, diverse dalla diagnosi principale, che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico. Possono essere riportate al massimo cinque diagnosi secondarie,
29 bis	Diagnosi secondarie presenti al ricovero	Indica se la diagnosi secondaria rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.
29 ter	Lateralità	Ove applicabile, specificare se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
29 quater	Stadiazione Condensata	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione secondaria (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1). Valori ammessi: 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
30	Intervento principale	L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero e individuata come quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.)
30bis	Intervento principale esterno	Indica se l'intervento principale è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente,
30 ter	Data intervento principale	Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento principale.

30 quater	Ora inizio intervento principale	Indica l'ora 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 18/2/1997).
30 quinquies	Codice Fiscale Chirurgo intervento principale	Individua il chirurgo responsabile dell'intervento principale. E' possibile inserire fino a tre identificativi (codici fiscali) corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio.
30 sexies	Codice Fiscale Anestesista intervento principale	Individua l'anestesista dell'intervento principale.
30 septies	Check List Sala Operatoria intervento principale	Indica 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 Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012.
30 octies	Lateraltà	Ove applicabile, specificare se la procedura principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
31	Interventi secondari	Possono essere riportati al massimo cinque ulteriori procedure rispetto all'intervento principale, Quando nella cartella clinica sono indicate procedure in numero superiore ai sei previsti dal tracciato record della S.D.O., la scelta delle priorità delle segnalazioni è condotta secondo quanto stabilito nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni rep. atti 64/CSR del 29/06/2010.
31bis	Interventi secondari esterni	Indicare se l'ulteriore procedura rispetto all'intervento principale è stata effettuata in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quello in cui è ricoverato il paziente.
32	Data intervento secondario	Indica la data dell'intervento secondario per ogni campo di intervento compilato.
33	Ora inizio intervento secondario	Indica l'ora di inizio dell'intervento secondario, 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 18/2/1997).
34	Codice Fiscale Chirurgo intervento secondario	Individua il chirurgo responsabile dell'intervento secondario. E' possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio.
35	Codice Fiscale Anestesista intervento secondario	Individua l'anestesista dell'intervento secondario.
36	Check List Sala Operatoria intervento secondario	Indica 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 Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012.
37	Lateraltà interventi secondari	Ove applicabile, specificare se la procedura secondaria si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
38	Rilevazione del dolore	Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.
39	Pressione arteriosa sistolica	Indica 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, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx).

40	Creatinina serica	<p>Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) rilevato nei seguenti casi:</p> <p>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);</p> <p>2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx);</p> <p>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).</p>
41	Frazione di eiezione	<p>Indica la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x).</p>

(2017.11.663)102

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE