



REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO EMR)
PG/2016/0515993 del 07/07/2016



DIREZIONE GENERALE

CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

IL DIRETTORE

KYRIAKOULA PETROPULACOS

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
IL DIRETTORE
KYRIAKOULA PETROPULACOS

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori Amministrativi

Ai Direttori dei Presidi Ospedalieri
Ai Direttori dei Sistemi Informativi-Informatici/ICT

CIRCOLARE N. 6

Ai Responsabili del Controllo di Gestione
Ai Referenti della Scheda di Dimissione
Ospedaliera
Ai Referenti della Mobilità Sanitaria
Ai Referenti dei controlli sanitari interni ed esterni
delle Aziende Sanitarie, I.O.R., IRCCS IRST-
Meldola, Montecatone RHI, Ospedale di Sassuolo

Ai Legali rappresentanti
Ai Direttori Sanitari
degli Ospedali Privati

e p.c. Ai Presidenti delle Associazioni AIOP e ARIS

Ai legali rappresentanti
Ai Direttori Sanitari
delle Strutture autorizzate all'attività di Day
Surgery

della Regione Emilia Romagna

LORO SEDI

Oggetto: *specifiche per la gestione della scheda di dimissione ospedaliera SDO – Anno 2017*

Si comunica che dal 1 Gennaio 2017, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), regolamentata dal DM n.380/2000 verrà modificata sostanzialmente nei contenuti dal Decreto del Ministero della Salute (approvato dalla Conferenza Stato – Regioni il 20 gennaio scorso ed in corso di pubblicazione) per adeguare il contenuto informativo della SDO alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria.

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7163
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

a uso interno: DP/ _____

INDICE	LIV. 1	LIV. 2	LIV. 3	LIV. 4	ANNO	NUM	Sottofase
Classif. _____							

Fascicolo _____

EF
MTM



I profondi cambiamenti normativi di questi ultimi anni – dal Patto per la Salute 2014 - 2016, al DM n.70/2015 ed alla Legge di Stabilità, hanno evidenziato la necessità di avere a disposizione informazioni tempestive e raccolte su base individuale che consentano di descrivere meglio l'attività svolta.

Il confronto delle performance sanitarie delle diverse Regioni e la valutazione degli esiti, con l'aiuto di indicatori condivisi a livello nazionale ed europeo, è possibile solo attraverso una profonda revisione della SDO. L'esperienza di questi anni ha consentito di concretizzare le necessità informative utili a valutare in modo più preciso l'attività ospedaliera e di affinare i sistemi di aggiustamento della casistica per aumentare la confrontabilità dei dati e rendere più robusti gli indicatori.

La SDO, parte integrante della cartella clinica, di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa, costituisce una sintesi del percorso dei pazienti ricoverati sia da un punto di vista clinico sia rispetto all'organizzazione dell'assistenza.

Le collaborazioni che si sono sviluppate fra professionisti di diversi istituti di ricovero e cura all'interno delle reti ospedaliere del modello Hub and Spoke, comportano lo spostamento in giornata di pazienti per l'erogazione di prestazioni in service presso altro presidio ed il rientro del paziente presso il presidio di ammissione. Un'altra modalità organizzativa che si sta diffondendo è rappresentata dall'erogazione di attività da parte di equipe non appartenenti allo stabilimento di ricovero del paziente. Tali modalità organizzative fino ad oggi non sono tracciate nei sistemi informativi.

Alla luce anche di queste motivazioni il Decreto sulla SDO introduce novità importanti sia in termini di nuove informazioni cliniche, sia rispetto ad elementi di valutazione del processo di cura.

Con la presente pertanto si recepiscono i nuovi contenuti della SDO che riguardano in sintesi i seguenti obblighi:

- ◆ compilazione di una SDO per i Ricoveri Acuti e di una SDO per i Ricoveri Post-acuti;
- ◆ compilazione del codice fiscale del chirurgo e dell'anestesista;
- ◆ compilazione del campo check list di sala operatoria;
- ◆ compilazione dei campi per le procedure erogate in service, dove per service si intendono le procedure/interventi erogati in giornata da un presidio diverso da quello di ricovero del paziente (quali ad esempio gli interventi/procedure di radiologia e neuroradiologia interventistica, di cardiologia interventistica, le procedure endoscopiche di gastroenterologia e pneumologia, ecc.);
- ◆ segnalazione della presenza o meno delle diagnosi al momento dell'ammissione al fine di distinguere le comorbidità dalle complicanze insorte durante il ricovero;
- ◆ stadiazione dei tumori;
- ◆ rilevazione di alcuni parametri clinici (es: PA sistolica per l'infarto; creatinina serica per gli interventi di by-pass aortocoronarico, valvole cardiache, frattura del femore).



REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO EMR)
PG/2016/0515993 del 07/07/2016



Consapevole dell'impegno che comporterà l'adeguamento ai nuovi contenuti ed al contempo garantire la qualità del flusso SDO, caposaldo delle basi informative per la valutazione dell'erogazione dei LEA, si chiede la massima attenzione e collaborazione.

Cordialmente


Kyriakoula Petropoulacos

All. Specifiche Funzionali

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7163
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

a uso interno: DP/_____/_____
a use interno: DP/_____/_____
INDICE LIV 1 LIV 2 LIV 3 LIV 4 ANNO NUM Sottotasc
Classif. _____ Fascicolo _____



SPECIFICHE FUNZIONALI

Flusso SDO Schede di dimissione Ospedaliera

Versione 1.0 del 06/07/2016



SOMMARIO

1.	Revisioni	3
2.	Introduzione.....	4
3.	Obiettivo del documento	5
3.1	Descrizione breve del flusso	5
3.2	Descrizione dei tracciati	6
3.3	Schema relazionale dei tracciati	7
4.	Definizioni e formati.....	8
4.1	Formato dei file.....	8
4.2	Definizione e standard dei campi.....	8
4.3	Legenda	9
5.	Tracciati.....	10
5.1	FILE 1 – Informazioni Anagrafiche.....	10
5.1.1.	FILE1 - Diagrammi XSD.....	11
5.1.2.	FILE1 - Definizione campi	12
5.1.3.	FILE1 - Esempio XML	19
5.1.4.	FILE1 - Schema XSD	19
5.2	FILE 2 – Informazioni relative al Ricovero	20
5.2.1.	FILE2 - Diagrammi XSD.....	23
5.2.2.	FILE2 - Definizione campi	28
5.2.3.	FILE2 - Esempio XML	68
5.2.4.	FILE2 - Schema XSD	68
6.	Controlli specifici	69
6.1	Controlli generalizzati sul Codice Identificativo Paziente.....	69
6.2	Controlli sulla residenza	69
6.3	Altri controlli relativi alla scheda di ricovero	70
6.4	Altri controlli relativi alle diagnosi	71
7.	Tabelle di riferimento.....	72
7.1	Tabella 1 - Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere	72
7.2	Tabella 2 - Codici degli interventi o procedure secondo la codifica ICD-9-CM	72
7.3	Tabella 3 - Codici delle diagnosi secondo la codifica ICD-9-CM	74
7.4	Tabella 4 - Codifiche per l' Onere della degenza.....	74
8.	Modalità e tempi di trasmissione.....	76
8.1	Modalità di invio	76
8.2	Scadenze	77
9.	Ritorno informativo	78
9.1	Diagnostica fornita in validazione flusso	78
9.2	Debito informativo da fornire dopo il caricamento.....	80
10.	Referenti regionali	83



1. REVISIONI

Versione	Data Creazione/Ultimo aggiornamento	Stato	Redatto da	Approvato da	Modifiche	Note
1.0	04/07/2016	Prima versione	Engineering Ingegneria Informatica	Giuseppina Lanciotti		



2. INTRODUZIONE

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è parte integrante della cartella clinica di cui assume le stesse valenze di carattere medico legale; le informazioni in essa rilevate devono essere rigorosamente congruenti con quelle presenti nella cartella clinica.

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

La responsabilità della corretta compilazione della SDO compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso.

La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dal medico responsabile della dimissione oppure da personale sanitario, individuato dal direttore sanitario. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.

Il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche, in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.



3. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

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

3.1 Descrizione breve del flusso

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

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

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

In caso di ricovero diurno, la cartella clinica e la corrispondente SDO devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero trattamento; ogni singolo accesso del paziente è conteggiato come una giornata di degenza, la data di ammissione e la data di dimissione corrispondono rispettivamente alla data del primo e dell'ultimo contatto con la struttura ospedaliera.

L'invio dei dati di day hospital deve rispettare regole omogenee per le aziende, si ricorda la necessità di chiudere la SDO all'ultimo accesso e di inviare i dati in Regione rispettando le scadenze e il ritardo al massimo di un trimestre. Per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero continuare nell'anno successivo, la cartella clinica e la corrispondente SDO devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, e dar luogo a una nuova cartella e a una nuova SDO che si riaprono il 1° gennaio dell'anno successivo. Relativamente al day hospital medico è importante compilare il campo "Altri interventi e/o procedure".

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

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



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

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

3.2 Descrizione dei tracciati

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

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

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

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



3.3 Schema relazionale dei tracciati

LE 1

LE 2

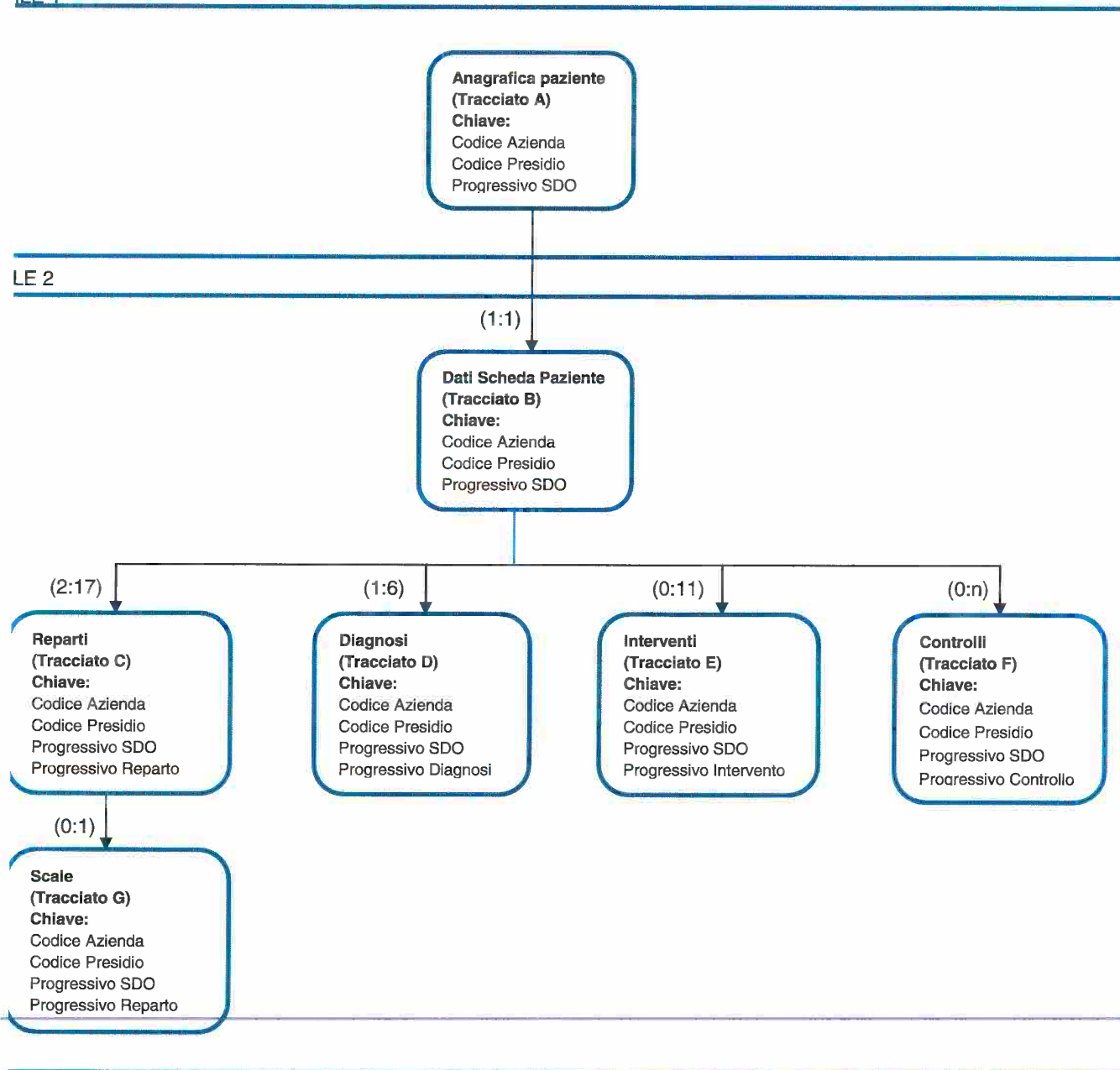


Fig. A – Schema relazionale



4. DEFINIZIONI E FORMATI

4.1 Formato dei file

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

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

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

4.2 Definizione e standard dei campi

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

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

Le tipologie di campo previste sono le seguenti:

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

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

DT = Campo Data

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

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

ORA = Campo ora

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

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

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

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

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

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

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

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



Le operazioni previste sui dati sono le seguenti:

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

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

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

4.3 *Legenda*

Legenda per i paragrafi successivi.

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

Acronimi:

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



TSV Trattamento Sanitario Volontario

5. TRACCIATI

5.1 FILE 1 - Informazioni Anagrafiche

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

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

I campi della chiave sono evidenziati in grassetto sottolineato.

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



5.1.1. FILE1 - Diagrammi XSD

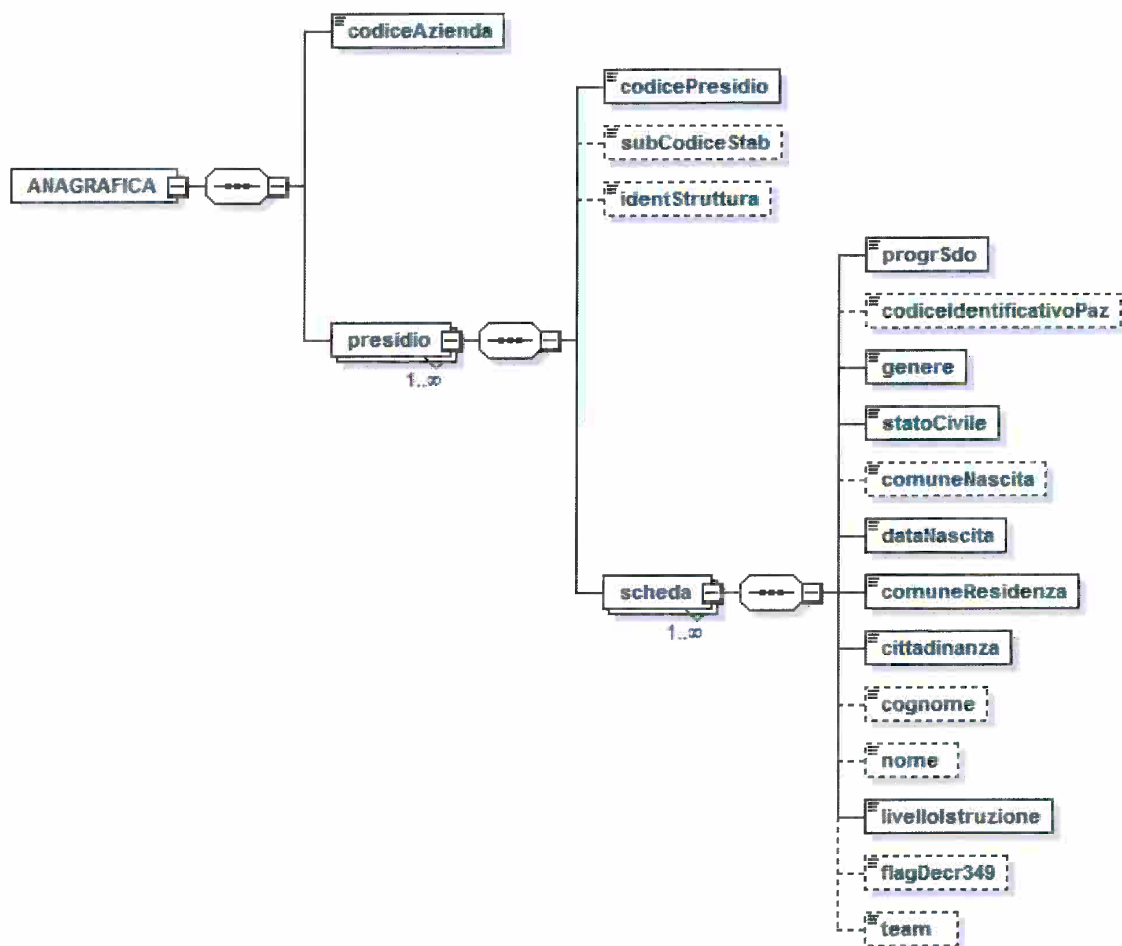


Fig. 1 Anagrafica

5.1.2. FILE1 - Definizione campi

Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare
Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Progressivo campo		Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A001		Anagrafica	codiceAzienda	Codice dell'Azienda USL nel cui territorio è ubicata la struttura oppure Codice dell'Azienda Ospedaliera.	AN	3	CAMPO CHIAVE OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNN DOMINIO: Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n° 36 Anno 1998 successive modifiche (E). I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende?dt_riferimento=01-annoriferimento (per esempio anno riferimento=2017) ALTRI CONTROLLI: - Deve essere congruente con il codice azienda dell'utente che ha inviato i file (E).
		Anagrafica	Presidio	Nodo presidio			
A002		Presidio	codicePresidio	Codice di identificazione del presidio.	AN	6	CAMPO CHIAVE OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNNNNN DOMINIO: Codice previsto nel modello ministeriale HSP11 (DM 5/12/2006 e succ.) e presente nell'anagrafe regionale delle strutture (E). ALTRI CONTROLLI: - Congruente con il codice azienda inviante (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio solo per le strutture pubbliche nel caso in cui più stabilimenti facciano parte di un unico presidio (E). FORMATO: NN DOMINIO: Codice previsto nel modello ministeriale HSP11 BIS (DM 5/12/2006 e succ.) e presente nell'anagrafe regionale delle strutture (E). Le strutture sono consultabili attraverso il seguente link:
A003		Presidio	subCodiceStab	Sub-codice dello stabilimento.	AN	2	

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						https://sisepts.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/struttureflusso/?CODICE_FLUSSO=Q ALTRI CONTROLLI: - Congruente con il codice del presidio (E). OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNNNNNNNN Si tratta dell'identificativo univoco della struttura erogatrice presente nell'anagrafe regionale delle strutture. Le strutture erogatrici sono consultabili attraverso il seguente link: https://sisepts.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/strutturaerogatrice/
A004	Presidio	identStruttura	Identificativo della struttura erogatrice (Istituto di dimissione).	N	9	
	Presidio	Scheda	Nodo scheda			
A005	Scheda	progrSdo	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.	AN	8	CAMPO CHIAVE OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNNNNNNN DOMINIO: Le prime 2 cifre identificano l'anno di ammissione, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno indipendentemente dal regime di ricovero (E). La numerazione progressiva è univoca all'interno del Presidio e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno. ES: 1° ricovero del 2017 numero della scheda: 17000001 ALTRI CONTROLLI: - Deve essere numerico e diverso da zero (E). - Le prime due cifre devono essere = Anno ammissione della scheda (E). - Deve essere univoco nel presidio (E). - La scheda non deve essere mista e cioè non deve contenere reparti acuti e post-acuti contemporaneamente (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A006	Scheda	codice IdentificativoPaz	Codice identificativo del paziente (Presenza su sistema TS per i codici fiscali).	AN	16	Altri controlli generici legati alla scheda di ricovero sono specificati secondo le indicazioni riportate nel Paragrafo 6.3 - Altri controlli relativi alla scheda di ricovero. OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio eccetto i casi di anonimato, neonati sprovvisti di codice fiscale e non residenti in Italia (E). FORMATO/DOMINIO/ALTRI CONTROLLI: Come dettagliato nel Paragrafo 6.1- Controlli sul Codice Identificativo Paziente (E). OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = maschio 2 = femmina I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://sisepts.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=REMH
A007	Scheda	genere	Sesso del paziente.	AN	1	ALTRI CONTROLLI: - Deve essere congruente con il sesso ricavato dal Codice fiscale (W). OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato I valori sono consultabili attraverso il seguente link:

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=STC OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio tranne per i comuni/stato estero cessati (P) codice ISTAT(E). FORMATO: NNNNNN DOMINIO: I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni
A009	Scheda	comuneNascita	Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta essere nato.	AN	6	ALTRI CONTROLLI: - Deve essere congruente con il comune ricavato dal Codice fiscale (W). OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAA-MM-GG
A010	Scheda	dataNascita	Data di nascita del paziente.	AN	10	ALTRI CONTROLLI: - Deve essere minore o uguale alla data di ammissione (E). - Deve essere tale che l'età massima del paziente non sia maggiore di 124 anni (E). - Deve essere congruente con la data di nascita ricavata dal Codice fiscale (W). OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNNNNN
A011	Scheda	comuneResidenza	Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente al momento del ricovero.	AN	6	ALTRI CONTROLLI: I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni
A012	Scheda	cittadinanza	Cittadinanza del	AN	3	ALTRI CONTROLLI: - Deve essere valido secondo le indicazioni riportate nel Paragrafo 6.2 – Controlli sulla residenza (E) . OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			paziente al momento del ricovero.			FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Per i dimessi con cittadinanza italiana utilizzare il codice '100', mentre per i dimessi con cittadinanza straniera compilare con il codice a tre caratteri dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT. Per gli apolidi utilizzare il codice "999". OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio per i non residenti in Italia e per i neonati senza codice fiscale (E). DOMINIO: La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO e l'omissione del codice fiscale è riservata ai seguenti casi previsti dalla normativa vigente: 1. Legge 135/90 per i casi di HIV e AIDS. I ricoveri sono individuabili dal codice di diagnosi principale o secondaria '042' o 'V08'. 2. DPR 309/90 per i pazienti affetti da dipendenza a sostanze stupefacenti. I ricoveri sono individuabili dalla categoria diagnostica '303' o '304'. 3. Decreto Ministero della Sanità n° 349 del 16/07/2001 "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni", per le donne che vogliono partorire in anonimato. I ricoveri sono individuabili dal campo flag Decreto 349/2001 impostato con DRG che vanno dal '370' al '375'. 4. Legge 194/78 per i ricoveri di IVG. I ricoveri sono individuabili dalla categoria diagnostica principale o secondaria '635'. ALTRI CONTROLLI: - Se codicelidentificativoPaz è valorizzato deve essere diverso da 'ANONIMO' (E). - Se codicelidentificativoPaz non è valorizzato ed è previsto l'anonimato deve essere 'ANONIMO' (E). - Se codicelidentificativoPaz non è valorizzato e non è previsto l'anonimato deve essere diverso da 'ANONIMO' (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio per i non residenti in Italia e per i neonati senza codice fiscale (E).
A013	Scheda cognome		Cognome del paziente.	AN	30	
A014	Scheda nome	nome	Nome del paziente.	AN	30	

Progressivo campo		Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
							DOMINIO: Vedi cognome. OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 0 = nessun titolo 1 = licenza elementare 2 = diploma scuola inferiore 3 = diploma scuola media superiore 4 = diploma universitario o laurea breve 5 = laurea I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=ISTR
A015		Scheda	livelloistruzione	Titolo di studio del paziente al momento del ricovero.	AN	1	OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 0 = Donna che non vuole partorire in anonimato 1 = Donna che vuole partorire in anonimato I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=D349
A016		Scheda	flagDecr349	Flag che indica se il parto è avvenuto in anonimato.	AN	1	ALTRI CONTROLLI: Se valorizzato: - Il parto è identificato dal DRG che vanno dal '370' al '375' (E). - Se vale '1' i campi Nome/Cognome devono essere valorizzati con 'ANONIMO' (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A017	Scheda	team	Per i cittadini europei in possesso di TEAM riportare il numero di identificazione personale.	AN	20	OBBLIGATORietà: Dato facoltativo. ALTRI CONTROLLI: - Se valorizzato deve essere residente in uno Stato dell'Unione Europea (W) - Da non valorizzare se valorizzato il codice identificativo Paz (E).



5.1.3. FILE1 - Esempio XML

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

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

file : SDO_Specifiche funzionali_V1.0_anagrafica_esempio.xml

5.1.4. FILE1 - Schema XSD

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

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

file: SDO_Specifiche funzionali_V1.0_anagrafica.xsd

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

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

file: SDO_Specifiche funzionali_V1.0_common.xsd

ATTENZIONE:

Nella prima fase di attivazione del flusso, per permettere alle aziende di inviare i dati al sistema regionale di verifica, saranno derogati alcuni controlli di obbligatorietà e validità presenti nello schema XSD del File 1. Pertanto, il file sarà accettato nella fase di invio bypassando la validazione delle regole dell'XSD che verranno applicate esclusivamente nella fase della simulazione.

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



5.2 FILE 2 – Informazioni relative al Ricovero

Il **File 2** è così composto:

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

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

In questo tracciato sono specificate le informazioni sui Service.

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

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

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

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

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

I campi della chiave sono evidenziati in grassetto sottolineato.

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



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



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



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

5.2.1. FILE2 - Diagrammi XSD

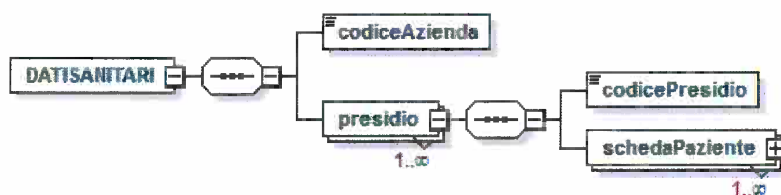


Fig. 2 Dati Sanitari

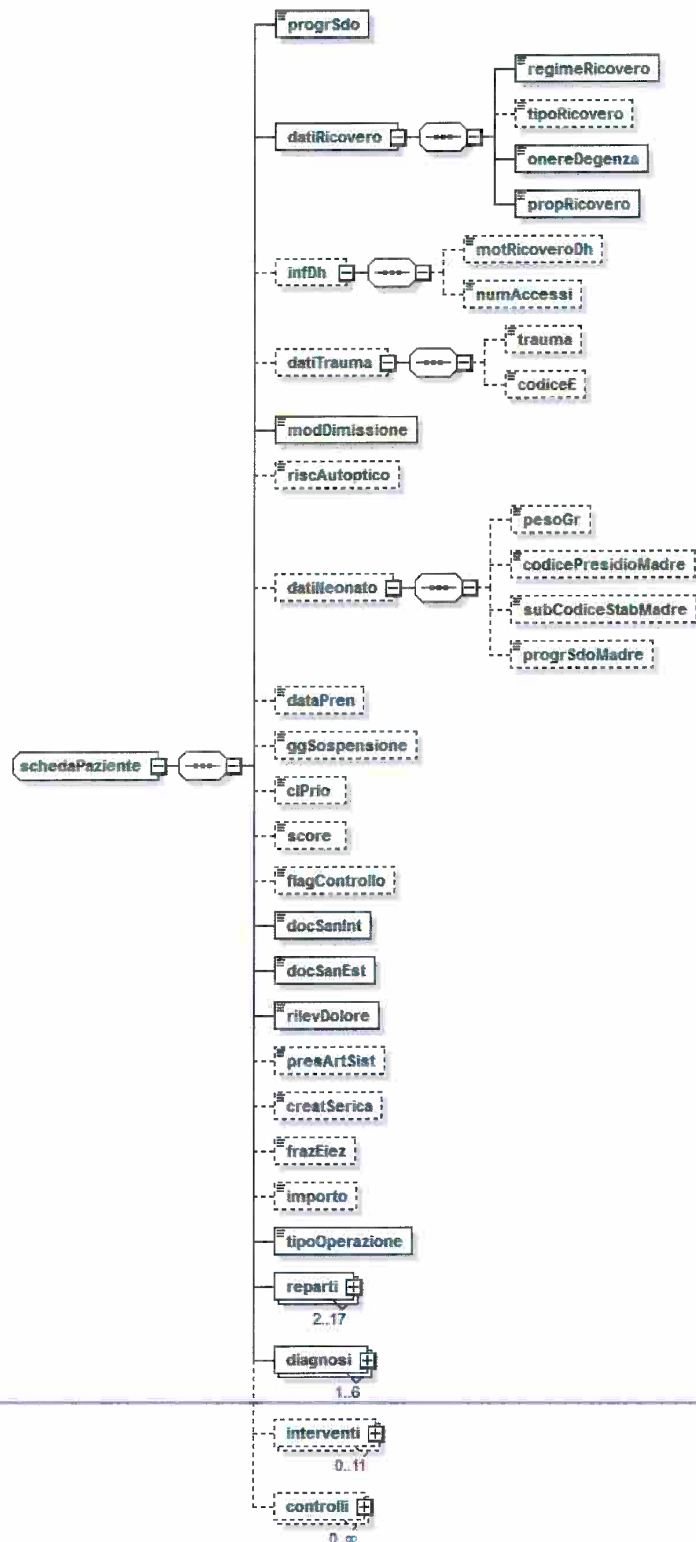


Fig. 3 Scheda Paziente

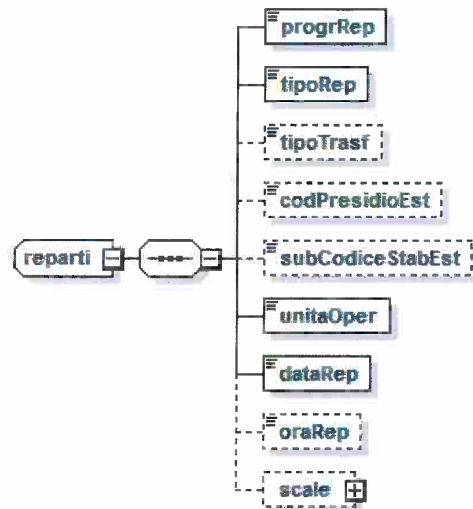


Fig. 4 Reparti

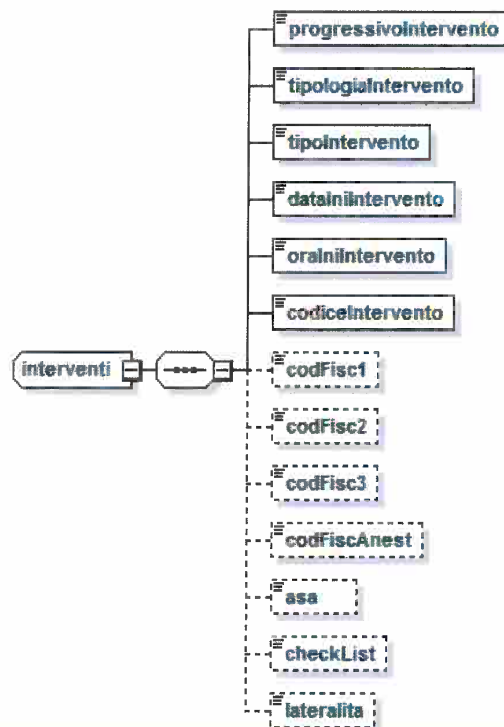


Fig. 5 Interventi

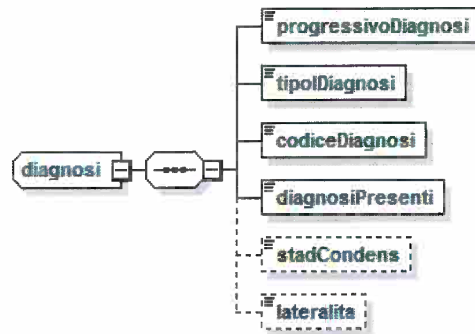


Fig. 6 Diagnosi

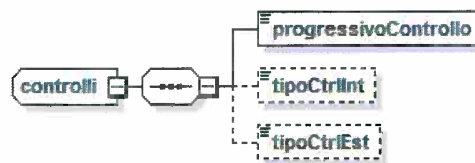


Fig. 7 Controlli

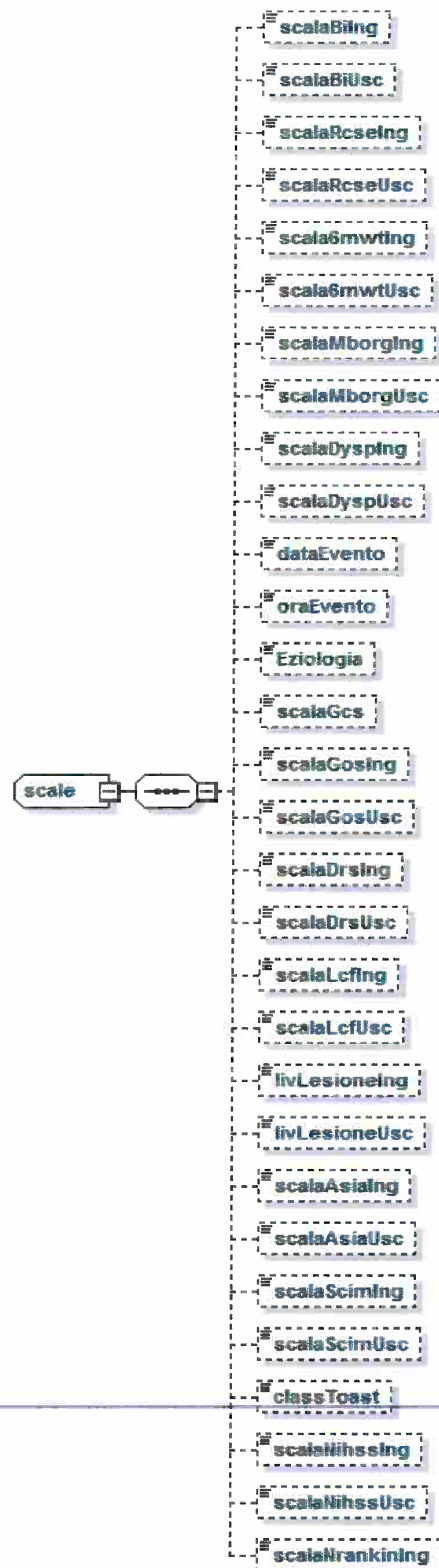


Fig. 8 Scale

5.2.2. FILE2 - Definizione campi

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B001	DatiSanitari	codiceAzienda	Codice dell'Azienda USL nel cui territorio è ubicata la struttura oppure codice dell'azienda ospedaliera.	AN	3	Vedere File 1 CAMPO CHIAVE
	DatiSanitari	Presidio	Nodo Presidio			
B002	Presidio	codicePresidio	Codice di identificazione del presidio di dimissione.	AN	6	Vedere File 1 CAMPO CHIAVE
	Presidio	Scheda Paziente	Nodo Scheda Paziente			
B003	SchedaPaziente	progrSdo	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.	AN	8	Vedere file 1 CAMPO CHIAVE
	Scheda Paziente	datiRicovero	Nodo datiRicovero			
B004	datiRicovero	regimeRicovero	Distingue i ricoveri in regime ordinario da quelli in regime diurno.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Degenza ordinaria 2 = Day-Hospital I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_fiusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=REGRIC

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B005	datiRicovero	tipoRicovero	Solo ricovero ordinario. Per i TSV che diventano TSO in corso di ricovero codificare con il codice 7, anche se la variabile tipo di ricovero è una variabile di accettazione. Il codice 6 individua i parti cesarei programmati o i naturali non urgenti. Utilizzando questa codifica i campi data di prenotazione e classi di priorità non devono essere valorizzati. Per i casi di parto urgente utilizzare il codice 2.	AN	1	ALTRI CONTROLLI: - Se vale '2' (Day Hospital) l'anno di ammissione deve essere uguale all'anno di dimissione (E). - Per i Day Surgery il regime di ricovero deve essere Day Hospital (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il Regime di ricovero = '1' (Ordinario) proposta di ricovero diverso da '12' = Ricovero al momento della nascita (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Programmato 2 = D'urgenza 3 = T.S.O. 4 = Programmato con preospedalizzazione 5 = Ricovero D'urgenza da OBI 6 = Parto non urgente 7 = T.S.O. in corso di ricovero I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TIPRIC ALTRI CONTROLLI: - Se vale '3' o '7' (T.S.O.) deve esserci almeno un reparto '40' e la struttura di dimissione deve essere pubblica (E). - Se valorizzato '6' il DRG deve essere compreso tra '370' e '375' (E). - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E):
B006	datiRicovero	onereDegenza	Con questa variabile si intende specificare su chi ricade l'onere del ricovero (i costi relativi al ricovero).	AN	1	

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B007	datiRicovero	propRicovero	Identifica le modalità di accesso alla struttura al momento del ricovero. Il codice '01' vuol dire che il paziente accede all'ospedale tramite il PS, mentre il	AN	2	1 = Ricovero a totale carico SSN 2 = Ricovero a carico SSN con differenza alberghiera 4 = Ricovero a totale carico paziente 5 = Libera professione 6 = Libera professione e differenza Alberghiera 7 = Ricovero a carico SSN di stranieri paesi convenzionati 8 = Ricovero a carico SSN di stranieri indigeni 9 = Altro A = Ricovero a carico Ministero Interni di stranieri indigeni U = Cittadini stranieri che, nell'ambito dei progetti umanitari, arrivano in Italia per cure medico-ospedaliere. S = ricovero a carico di ricerca (sperimentazione) I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=ONEDEG Si rimanda al capitolo <i>Tabelle di riferimento - Paragrafo 7.4 Tabella4 - Codifiche per l'Onere della degenza</i> per una descrizione più dettagliata dei valori ammessi. ALTRI CONTROLLI: - Deve essere diverso da '5' e '6' in caso di azienda privata accreditata e non (E). - Deve essere = '4' in caso di azienda privata non accreditata (E). - Deve valere '8' o 'A' in caso di Codice 'STP' (E). - Deve valere '9' in caso di Codice Fiscale 'ENI', 'PSU' o 'AS' (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AA DOMINIO: Valori ammessi (E): 01 = Ricorso diretto 02 = Medico di base 03 = Programmato da stesso istituto

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			codice '11' deve essere utilizzato quando il paziente va direttamente in reparto/sala operatoria. Codificare con '01' se un paziente accede alla Casa di Cura proveniente dal Pronto Soccorso di un Ospedale Pubblico. Il codice '03' va assegnato quando il ricovero è programmato dal medico specialista dello stesso ospedale. Il codice '10' deve essere utilizzato sia per le richieste di ricovero, formulate dagli psichiatri del CSM, verso strutture private sia nel caso di ricovero per TSO ('3'). Se un ricovero viene trasformato da TSV a TSO (tipo ricovero='7') questa variabile può assumere tutti i codici del dominio.			04 = Trasferito da istituto pubblico 05 = Trasferito da istituto privato Accreditato 06 = Trasferito da istituto privato non Accreditato 07 = Trasferito da altro tipo attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza o da altro regime di ricovero nello stesso presidio) 08 = Altra assistenza (ADI, Hospice, etc.) 10 = Paziente inviato dal Centro Salute Mentale 11 = Paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso 12 = Ricovero al momento della nascita 13 = Carcere 14 = Paziente inviato alla struttura privata da uno specialista pubblico 99 = Altro I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitari/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=PRORIC ALTRI CONTROLLI: - Se vale '01' (Ricorso diretto) o '11' il regime di ricovero deve essere ordinario e il tipo di ricovero deve valere '2' (D'urgenza), '3' (T.S.O.), '5' (Ricovero D'urgenza in OBI) o '6' (Parto non urgente) (E). - Se vale '03' e il regime di ricovero è ordinario, il tipo di ricovero deve valere '1' o '4' (E). - Se data di ammissione = data di nascita la proposta di ricovero deve essere '12' oppure per '04', '05', '06' per i trasferiti nello stesso giorno della nascita (E). - Se vale '10' la disciplina di ammissione deve essere '40' (E). - Può valere '14' solo per il privato (E).
Scheda	InfDh	InfDh	Nodo InfDh			

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
	Paziente					
B008	infDh	motRicoveroDh	Motivo del ricovero in regime diurno (Day Hospital).	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il regime di ricovero è '2' (Day Hospital) (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Diagnostico 2 = Chirurgico 3 = Terapeutico 4 = Riabilitativo I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/7CO1ICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=MOTRIC ALTRI CONTROLLI: - Da non valorizzare in regime di ricovero ordinario (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il regime di ricovero è '2' (Day Hospital) (E). FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 1 e 365 (366 quando anno bisestile). ALTRI CONTROLLI: - Non deve superare la durata del ricovero (data dimissione - data ammissione) (E). - Da non valorizzare in regime di ricovero ordinario (E).
B009	infDh	numAccessi	Indica il numero complessivo di accessi nel ricovero in Day Hospital.	N	3	
	Scheda Paziente	datiTrauma	Nodo datiTrauma			
B010	datiTrauma	trauma	Informazione che caratterizza la causa del ricovero, quando questo è causato da	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Regime di ricovero='1' (Ordinario) e patologia principale compresa nel seguente range: ['800'-904'] e ['910'-995.89'] e si tratta di una scheda

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			un trauma, da un incidente o da una intossicazione.			con solo reparti per acuti (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Infortunio sul lavoro 2 = Infortunio in ambiente domestico 3 = Incidente stradale 4 = Violenza altrui 5 = Autolesione o tentativo di suicidio 6 = Altro tipo di incidente o altro tipo di intossicazione I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://sisepts.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=CTR ALTRI CONTROLLI: - Da non valorizzare negli altri casi (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il trauma è valorizzato (E). FORMATO: AAAAA DOMINIO: Valori ammessi (E): I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://sisepts.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/codici_cause_esterne ALTRI CONTROLLI: - Non deve avere sottocategorie/sottoclassificazioni (E). - Da valorizzare se patologia principale ha flag_codici E='S' (W). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO:
B011	datiTrauma	codiceE	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.	AN	5	
B012	SchedaPaziente	modDimissione	Modalità di dimissione. Individua la	AN	1	

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			destinazione del paziente dimesso dall'ospedale e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.			Valori ammessi (E): 1 = Deceduto 2 = Ordinaria a domicilio 3 = Protetta c/o strutture extraospedaliere 5 = Volontaria 6 = Trasferimento ad istituto per acuti 7 = Trasferimento ad altro regime di ricovero 8 = Trasferimento ad istituto riabilitazione 9 = Protetta con attivazione A.D.I. A = Episodio di allontanamento B = Deceduto per suicidio avvenuto in ospedale I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/7CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=MODDIM OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio se Modalità dimissione='1' (Deceduto) oppure 'B' (Deceduto per suicidio) (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = SI 2 = NO I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/7CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=RISAUT ALTRI CONTROLLI: - Da non valorizzare negli altri casi (E).
B013	SchedaPaziente	riscAutoptico	Riscontro autoptico.	AN	1	
B014	Scheda Paziente datiNeonato	datiNeonato pesoGr	Nodo dell'Neonato Indica il peso in	N	4	OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio solo se si tratta di un neonato (data di

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			grammi rilevato al momento della nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.			Nascita = data di ammissione) e proposta di ricovero '12' (Ricovero al momento della nascita) (E). FORMATO: NNNNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di 300 ALTRI CONTROLLI: - Da non valorizzare negli altri casi (E).
B015	datiNeonato	codice PresidioMadre	Presidio della SDO della madre.	AN	6	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNNNNN DOMINIO: Codice previsto nel modello ministeriale HSP11 (DM 5/12/2006 e succ.) presente nell'anagrafe regionale delle strutture (E). ALTRI CONTROLLI: - Non valorizzare se la proposta di ricovero non è '12' (Ricovero al momento della nascita) (E). - Congruente con il codice azienda inviante (E).
B016	datiNeonato	subCodice StabMadre	Sub codice della SDO della madre.	AN	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Codice previsto nel modello ministeriale HSP11 BIS (DM 5/12/2006 e succ.) presente nell'anagrafe regionale delle strutture (E). I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://sisepts.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/struttureflusso/?CODICE_FLUSSO=S DO ALTRI CONTROLLI: - Non valorizzare se la proposta di ricovero non è '12' (Ricovero al momento della

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						nascita) (E). - Congruente con il presidio della SDO della madre (E).
B017	datiNeonato	progrSdoMadre	Numero scheda SDO della madre.	AN	8	OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNNNNNN DOMINIO: Le prime 2 cifre identificano l'anno di ammissione, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno indipendentemente dal regime di ricovero (E). ALTRI CONTROLLI: - Non valorizzare se la proposta di ricovero non è '12' (Ricovero al momento della nascita) (E). - Deve essere numerico e diverso da zero (E). - Se è impostato uno dei campi presidio SDO della madre, sub codice SDO della madre, numero scheda SDO della madre, devono essere impostati tutti e tre (E). OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il regime di ricovero = '1' (Ordinario) e tipo ricovero = '1' (Programmato) o '4' (Programmato con preosp. oppure se il regime di ricovero = '2' (Day Hospital) (E). FORMATO: AAAA-MM-GG ALTRI CONTROLLI: - Non deve essere posteriore alla data di ammissione (E). - Non deve essere anteriore alla data di nascita (E). - (data ammissione - data prenotazione) deve essere minore o uguale a 365 giorni (W). Per DRG diverso da '410' e '492': - Deve essere diversa dalla data ammissione eccetto per i casi con proposta di ricovero = '04', '05', '06' e '07' (W). - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).
B018	SchedaPaziente	dataPren	Data prenotazione.	DT	10	OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: N DOMINIO: Valori ammessi (E):
B019	SchedaPaziente	ggSospensione	Giornate di sospensione. Indicare i giorni di indisponibilità del paziente per motivi	N	1	

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

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						- Se valorizzato deve essere presente la disciplina '07' (Cardiochirurgia) tra le discipline del presidio (E). OBBLIGATORietà: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = scheda controllata con annullamento importo 2 = scheda controllata con modifica importo 3= scheda con importo aziendale<importo regionale per accordi 9 = scheda controllata in corso di verifica I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseeps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=CTRF ALTRI CONTROLLI: - Se valorizzato '1', '2' o '9', deve essere valorizzata almeno una tipologia di controllo interna o esterna (E). OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Si 2 = No I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseeps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=DOSI OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A
B022	SchedaPaziente	flagControllo	Va compilato ('1', '2'), a seguito di un controllo interno o esterno (tipologia controllo), per i soli casi in cui c'è una modifica/annullamento dell'importo senza alcuna variazione delle variabili sanitarie (patologie, interventi, DRG). Mentre il codice '3' deve essere utilizzato per inserire in banca dati regionale l'importo aziendale a seguito di accordi.	AN	1	
B023	SchedaPaziente	docSanInt	Documentazione sanitaria interna (come da delibera 1706/2009)	AN	1	
B024	SchedaPaziente	docSanEst	Documentazione sanitaria esterna interna (come da	AN	1	

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			delibera 1706/2009).			DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Si 2 = No I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=DOSE
B025	SchedaPaziente	rilevDolore	Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.	AN	1	OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 0 = NO 1 = SI I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=RILDOL
B026	SchedaPaziente	presArtSist	Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica.	N	3	OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se esiste una diagnosi ICD-9-CM (principale o secondaria) che inizia per '410' (Infarto acuto del miocardio) (E). FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 30 e 300 ALTRI CONTROLLI: - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).
B027	SchedaPaziente	creatSerica	Indica il valore di creatinina serica in	N	5	OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se esiste: 1) intervento chirurgico (principale o secondario) che inizia per '361' (by-pass

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			milligrammi per decilitro (mg/dL).			aortocoronarico) o '351' o '352' (valvole cardiache). Indicare il valore preoperatorio riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento, oppure 2) intervento chirurgico (principale o secondario) = ('8151' o '8152') (sostituzione protesica) o = ('7900' o '7905' o '7910' o '7915' o '7920' o '7925' o '7930' o '7935' o '7940' o '7945' o '7950' o '7955' (riduzione di frattura) ed età del paziente maggiore di 65 anni. Indicare il valore preoperatorio riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento oppure 3) diagnosi principale o secondaria che inizia per '820' (frattura del collo del femore) ed età del paziente maggiore di 65 anni. Indicare il valore rilevato al momento dell'ammissione (E). FORMATO: NN.NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di 00.00 ALTRI CONTROLLI: - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se esiste un intervento chirurgico (principale o secondario che inizia per '361' (by-pass aortocoronarico) o '351' o '352' (valvole cardiache) (E). FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di zero ALTRI CONTROLLI: - Da non valorizzare in tutti gli altri casi (E).
B028	SchedaPaziente	frazEiez	Indica la frazione di elezione pre-operatoria riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico (codice ICD-9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD-9-CM 35.1x-35.2x).	N	2	
B029	SchedaPaziente	importo	Importo aziendale.	N	10	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.

OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).



Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			reparto.			FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di zero ALTRI CONTROLLI: - Deve essere univoco per scheda di ricovero (E). - I reparti devono essere ordinati cronologicamente (ammissione, trasferimenti, dimissione).
C002	Reparti	tipoRep	Tipo del reparto (Ammissione, Dimissione, Trasferimento).	AN	1	OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Ammissione 2 = Dimissione 3 = Trasferimento I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://sisepts.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TIPREP ALTRI CONTROLLI: - Se Regime di ricovero = '2' (Day Hospital) non possono esserci trasferimenti (tipoRep deve essere diverso da '3') (E). - Per ogni scheda è obbligatorio un solo Reparto di Ammissione (E). - Per ogni scheda è obbligatorio un solo Reparto di Dimissione (E). - Per ogni scheda sono ammessi al massimo 15 Trasferimenti (Interni o Esterni) (E).
C003	Reparti	tipoTrasf	Tipo di trasferimento (Interno, Esterno).	AN	1	OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se il tipo reparto = '3' (Trasferimento) (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Interno

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

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						DO
						ALTRI CONTROLLI: Se valorizzato: - Congruente con il codice del presidio Esterno (E). OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAA DOMINIO: Valori ammessi (E): Codice disciplina (primi due caratteri): 'AT' = Assenza temporanea 'PD' = Prove di domiciliazione Per la validità delle altre discipline (primi due caratteri) si rimanda al capitolo <i>Tabella di riferimento - Paragrafo 7.1 Tabella 1 - Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere.</i> Codice divisione (terzo e quarto carattere): Deve essere maggiore di zero Se tipo del reparto = '1' (Ammissione) o '2' (Dimissione): - l'unità operativa deve esistere per il presidio (E). Se tipo del reparto = '3' (Trasferimento): - il Reparto deve esistere nel presidio oppure nella struttura esterna se indicata (E). I controlli di esistenza sono effettuati alla data del reparto e fanno riferimento alla Anagrafe Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie dove verrà controllata anche l'esistenza di almeno un posto letto nel reparto (ad esclusione dei reparti in Service) e la sua congruenza con il regime di ricovero (E) Codice disciplina (primi due caratteri): - Deve essere diversa da '99' (E). - Deve essere diversa da 'AT' e 'PD' per tipo reparto '1' e '2' (Ammissione/Dimissione) (E). - Deve essere diversa da '60' per regime di ricovero in DH (E). - Deve essere diversa da '02' e '98' per regime di ricovero ordinario (E).
C006	Reparti	UnitaOper	Codifica Ministeriale HSP12 o HSP13 a 4 cifre. Le prime due cifre identificano la disciplina la terza e la quarta sono utilizzate come progressivo per identificare le divisioni (Anagrafe Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie). Per ogni SDO possono essere codificati max 15 trasferimenti.	AN	4	

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						ALTRI CONTROLLI: - Il primo reparto di trasferimento (interno o esterno) deve essere diverso da quello di ammissione (E). - Reparti di trasferimento consecutivi (interni o esterni) devono essere diversi fra loro (E). - Un Reparto 'PD' deve essere compreso fra due reparti '28' o due reparti '75' o reparti '56' (E). - In assenza di reparti di trasferimento il reparto di ammissione e dimissione devono coincidere (E). - L'ultimo reparto di trasferimento deve essere uguale al reparto di dimissione (E). - Non possono esserci 'AT' con 0 giorni (W). Se SDO per acuti: - Le assenze temporanee ('AT') non possono essere superiori a 3 giorni (E). - Non possono esserci 'AT' se le giornate effettive di ricovero sono uguali a 1 (E). Se SDO post acuti: - Le assenze temporanee ('AT') non possono essere superiori a 3 giorni (E). - I permessi di domiciliazione ('PD') non possono essere superiori a 12 giorni (E). - Non possono esserci 'PD' se le giornate effettive di ricovero sono uguali a 1 (E). - Non possono esserci 'PD' con 0 giorni (W). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAA-MM-GG ALTRI CONTROLLI: Se Tipo reparto = '1' (Ammissione): - Non deve essere anteriore alla data di nascita (E). - Non deve essere posteriore alla data di dimissione (E). Se Tipo reparto = '2' (Dimissione): - Deve essere congruente con l'anno di competenza (E). - Non deve essere anteriore alla data di nascita (E). Si rimanda al capitolo Modalità e Tempi di trasmissione - Paragrafo 8.2 Scadenze
C007	Reparti	dataRep	Data di ammissione al reparto.	DT	10	

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						la verifica che la data di dimissione appartenga a determinati mesi : In particolare : - Se Tipo operazione = 'I' deve appartenere ai mesi indicati alla colonna "d'Inserimento" (E). - Se Tipo operazione = 'V'; 'C' deve appartenere ai mesi indicati alla colonna "D-Variante" (E). - Deve appartenere all'ultimo semestre dell'anno di riferimento se invio = '14' (E) valorizzato tipoCtrlEst

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)

Giunta (AOO EMR)

PG/2016/0515993 del 07/07/2016

Se Tipo reparto = '3' (Trasferimento):

- Non deve essere anteriore alla data di ammissione (E).
- Non deve essere posteriore alla data di dimissione (E).
- Deve essere congruente con le altre date di trasferimento (ordine cronologico) (E).

OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se regime di ricovero = '1' (Ordinario) (E).

FORMATO: OO:MM

DOMINIO:

Valori ammessi (E):
OO compreso tra 00 e 23
MM compreso tra 00 e 59

ALTRI CONTROLLI:

- In presenza di trasferimenti che hanno stessa data di trasferimento viene controllato che l'ora del trasferimento sia successiva all'ora del trasferimento precedente (E).
- Non deve essere valorizzata in regime di ricovero = '2' (Day Hospital) (E).

Questo Nodo è facoltativo; Se utilizzato almeno una informazione deve essere valorizzata. Le informazioni sulle scale in ingresso e in uscita vanno inserite nel reparto di ingresso, di conseguenza nel reparto di dimissione non ci possono essere dati sulle scale

OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.

FORMATO: NNN

DOMINIO:

Valori ammessi (E):

C008	Reparti	oraRep	Ora di ammissione al reparto.	ORA	5	
	Reparti	Scale	Nodo Scale			
G001	Scale	scalaBiling	Barthel Index (BI) in Ingresso (Scala di valutazione della disabilità)	N	3	

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						Deve essere compreso tra 0 e 100. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaBiUsc (E). OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 100.
G002	Scale	scalaBiUsc	Barthel Index (BI) in Uscita	N	3	ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaBling (E). OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 22.
G003	Scale	scalaRcseIng	Rehabilitation Complexity Scale (RCSe) in Ingresso (Scala di valutazione della complessità clinico-riabilitativa)	N	2	ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaRcseEsc (E).

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO EMR)
PG/2016/0515993 del 07/07/2016

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
G004	Scale	scalaRcseUsc	Rehabilitation Complexity Scale (RCSe) in Uscita	N	2	OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 22. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaRcseUsc (E).
G005	Scale	scala6mwtIn	Scala Six Minute Walk Test (6MWT) in Ingresso	N	3	OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 700. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scala6mwtUsc (E).
G006	Scale	scala6mwtUsc	Scala Six Minute Walk Test (6MWT) in Uscita	N	3	OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 700. ALTRI CONTROLLI:

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
G007	Scale	scalaMborgIng	Scala di Borg modificata (M-Borg) in Ingresso	N	2	- Da valorizzare se valorizzato il campo scalaMborgIng (E). OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 10. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaMborgUsc (E).
G008	Scale	scalaMborgUsc	Scala di Borg modificata (M-Borg) in Uscita	N	2	OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 10. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaMborgIng (E).
G009	Scale	scalaDyspIng	Scala Barthel Dyspnea Index (BI) in Ingresso	N	3	OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 100. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaDyspUsc (E).
G010	Scale	scalaDyspUsc	Scala Barthel Dyspnea Index (BI) in Uscita	N	3	OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 100.

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaDysplng (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se valorizzata l'ora dell'evento acuto FORMATO: AAAA-MM-GG ALTRI CONTROLLI: - Non deve essere posteriore alla data di dimissione (E).
G011	Scale	dataEvento	Data dell'evento acuto	DT	10	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: OO:MM DOMINIO: Valori ammessi (E): OO compreso tra 00 e 23. MM compreso tra 00 e 59.
G012	Scale	oraEvento	Ora dell'evento acuto	ORA	5	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Trauma 2 = Emorragico 3 = Post-anossico 4 = Infettivo 5 = Altro
G013	Scale	Eziologia	Eziologia	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Trauma 2 = Emorragico 3 = Post-anossico 4 = Infettivo 5 = Altro I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://sisepts.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=EZIOLOGIA
G014	Scale	scalaGcs	Glasgow Coma Scale (GCS)	N	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO:

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
G015	Scale	scalaGosIng	Glasgow Outcome Scale (GOS) in Ingresso	AN	1	Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 3 e 15. OBBLIGATORietà: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Deceduto 2 = Stato vegetativo 3 = Disabilità severa 4 = Disabilità moderata 5 = Buon recupero I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=SCAGOS ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaGosUsc (E). OBBLIGATORietà: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Deceduto 2 = Stato vegetativo 3 = Disabilità severa 4 = Disabilità moderata 5 = Buon recupero I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=SCAGOS
G016	Scale	scalaGosUsc	Glasgow Outcome Scale (GOS) in Uscita	AN	1	Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 3 e 15. OBBLIGATORietà: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Deceduto 2 = Stato vegetativo 3 = Disabilità severa 4 = Disabilità moderata 5 = Buon recupero I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=SCAGOS

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						<u>ICE FLUSSO=SDO&CODICE TIPO=SCAGOS</u>
						ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaGosIng (E).
						OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 30.
G017	Scale	scalaDrsIng	Disability Rating Scale (DRS) in Ingresso	N	2	ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaDrsUsc (E).
						OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 30.
G018	Scale	scalaDrsUsc	Disability Rating Scale (DRS) in Uscita	N	2	ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaDrsIng (E).
						OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: N DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 1 e 8.
G019	Scale	scalaLcfIng	Scala Levels of Cognitive Functioning (LCF) in Ingresso	N	1	ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaLcfUsc (E).
G020	Scale	scalaLcfUsc	Scala Levels of	N	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			Cognitive Functioning (LCF) in Uscita			FORMATO: N DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 1 e 8. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaLcfing (E).
G021	Scale	livLesioneIng	Livello lesione neurologica in Ingresso	AN	3	OBBLIGATORietà: Dato facoltativo. FORMATO: AAA DOMINIO: Valori ammessi (E): C0 = Cervicale di grado 0 C1 = Cervicale di grado 1 C2 = Cervicale di grado 2 C3 = Cervicale di grado 3 C4 = Cervicale di grado 4 C5 = Cervicale di grado 5 C6 = Cervicale di grado 6 C7 = Cervicale di grado 7 C8 = Cervicale di grado 8 L1 = Lombare di grado 1 L2 = Lombare di grado 2 L3 = Lombare di grado 3 L4 = Lombare di grado 4 L5 = Lombare di grado 5 S1 = Sacrale di grado 1 S2 = Sacrale di grado 2 S3 = Sacrale di grado 3 S4 = Sacrale di grado 4 S5 = Sacrale di grado 5 T1 = Toracico di grado 1 T2 = Toracico di grado 2 T3 = Toracico di grado 3 T4 = Toracico di grado 4

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO EMR)
PG/2016/0515993 del 07/07/2016

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						T5 = Toracico di grado 5 T6 = Toracico di grado 6 T7 = Toracico di grado 7 T8 = Toracico di grado 8 T9 = Toracico di grado 9 T10 = Toracico di grado 10 T11 = Toracico di grado 11 T12 = Toracico di grado 12 I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/??tab=ICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=LIVLES ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo livLesioneUsc (E). - Da valorizzare se valorizzato il campo Scala menomazione Asia (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: AAA DOMINIO: Valori ammessi (E): - C0 = Cervicale di grado 0 - C1 = Cervicale di grado 1 - C2 = Cervicale di grado 2 - C3 = Cervicale di grado 3 - C4 = Cervicale di grado 4 - C5 = Cervicale di grado 5 - C6 = Cervicale di grado 6 - C7 = Cervicale di grado 7 - C8 = Cervicale di grado 8 - L1 = Lombare di grado 1 - L2 = Lombare di grado 2 - L3 = Lombare di grado 3 - L4 = Lombare di grado 4
G022	Scale	livLesioneUsc	Livello lesione neurologica in Uscita	AN	3	



Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						L5 = Lombare di grado 5 S1 = Sacrale di grado1 S2 = Sacrale di grado2 S3 = Sacrale di grado3 S4 = Sacrale di grado4 S5 = Sacrale di grado5 T1 = Toracico di grado 1 T2 = Toracico di grado 2 T3 = Toracico di grado 3 T4 = Toracico di grado 4 T5 = Toracico di grado 5 T6 = Toracico di grado 6 T7 = Toracico di grado 7 T8 = Toracico di grado 8 T9 = Toracico di grado 9 T10 = Toracico di grado 10 T11 = Toracico di grado 11 T12 = Toracico di grado 12 I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=LIVLES ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo livLesioneIng (E). - Da valorizzare se valorizzato il campo Scala menomazione Asia (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): A = Completa B = Incompleta B C = Incompleta C
G023	Scale	scalaAsiaIng	Scala menomazione ASIA in Ingresso	AN	1	

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli:
						D = Incompleta D E = Normale I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?ICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=SCASIA ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaAsiaUsc (E). - Da valorizzare se valorizzato il campo Livello neurologico della lesione (E). OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): A = Completa B = Incompleta B C = Incompleta C D = Incompleta D E = Normale
G024	Scale	scalaAsiaUsc	Scala menomazione ASIA in Uscita	AN	1	I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=SCASIA ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaAsiaIn (E). - Da valorizzare se valorizzato il campo Livello neurologico della lesione (E). OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: NNN DOMINIO:
G025	Scale	scalaScriming	Scala Spinal Cord Independency Measure (SCIM) in	N	3	OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.

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

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			(NIHSS) in Ingresso			DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 42. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaNihssUsc (E).
G029	Scale	scalaNihssUsc	National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) in Uscita	N	2	OBBLIGATORietà: Dato facoltativo. FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 42. ALTRI CONTROLLI: - Da valorizzare se valorizzato il campo scalaNihssing (E).
G030	Scale	scalaNrankinIng	Scala di Rankin pre-ictus (nRankin) solo in Ingresso	N	1	OBBLIGATORietà: Dato facoltativo. FORMATO: N DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 0 e 6.
	Scheda paziente	Diagnosi	Nodo Diagnosi			
D001	Diagnosi	Progressivo Diagnosi	Progressivo di identificazione della diagnosi.	N	2	OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di zero ALTRI CONTROLLI: - Deve essere univoco per scheda di ricovero (E).
D002	Diagnosi	TipolDiagnosi	Tipologia diagnosi	AN	1	OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			(principale, secondaria). Per ogni SDO possono essere specificate max 5 diagnosi secondarie.			FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Diagnosi principale 2 = Diagnosi secondaria I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TIPDIA ALTRI CONTROLLI: - Deve esistere solo una diagnosi principale (E). - Possono esistere al massimo 5 diagnosi secondarie (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAAAA DOMINIO: La diagnosi deve essere correttamente codificata utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM correntemente in uso) (E). Si rimanda al capitolo <i>Tabelle di riferimento - Paragrafo 7.3 Tabella3 - Codici delle diagnosi secondo la codifica ICD-9-CM.</i> ALTRI CONTROLLI: - Non deve avere sottocategorie/sottoclassificazioni (E). - Deve essere compatibile con il sesso del paziente (E). - Deve essere compatibile con l'età del paziente (E). - Le diagnosi non possono essere ripetute (E). Se tipologia diagnosi = '1'(Principale) : - Deve essere compatibile come diagnosi principale (W). - Se non inizia per 'V64', il regime di ricovero = '2'(Day Hospital) e DRG medico allora devono esistere procedure (W).
D003	Diagnosi	CodiceDiagnosi	Codice della diagnosi.	AN	5	

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						- Altre controlli generici legati alla diagnosi sono specificati secondo le indicazioni riportate nel Paragrafo 6.4 - Altri controlli relativi alle diagnosi.
D004	Diagnosi	diagnosiPresenti	Rileva se la diagnosi era già presente anche al momento del ricovero.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 0 = NO 1 = SI I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=DIAPRE OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio in presenza di codice diagnosi principale e secondarie ICD-9-CM comprese fra '140.0'-190.9' e '190'-199.1'(E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = Infiltrazione locale extraorgano 3 = Metastasi ai linfonodi regionali 4 = Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = Metastasi a distanza 6 = Metastasi ai linfonodi non regionali 7 = Non confinato all'organo di origine (ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6) 8 = Nessuna invasione degli organi distanti (ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4) 9 = Ignoto I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=STACON
D005	Diagnosi	stadCondens	Stadio della neoplasia maligna.	AN	1	

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D006	Diagnosi	lateralita	Indica se la diagnosi si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.	AN	1	ALTRI CONTROLLI: - Da non valorizzare se non rientra tra le diagnosi previste (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=LATER
E001	Interventi	Progressivo Intervento	Progressivo di identificazione dell'intervento.	N	2	Questo Nodo è facoltativo; Se utilizzato tutte le informazioni sul dominio e sui controlli sono specificate nei singoli campi che seguono. OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NN DOMINIO: Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di zero ALTRI CONTROLLI: Deve essere univoco per scheda di ricovero (E).
E002	Interventi	tipologia Intervento	Tipologia intervento (principale, secondario).	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Intervento principale

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emirom)
Giunta (AOO_EMRO)
PG/2016/0515993 del 07/07/2016

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
						di ricovero diverso da '2' (E). - deve essere in ordine cronologico rispetto alle altre date di intervento (E).
E005	Interventi	oraInIntervento	Ora di inizio dell'intervento, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione.	ORA	5	OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: OO:MM DOMINIO: Valori ammessi (E): OO compreso tra 00 e 23 MM compreso tra 00 e 59
E006	Interventi	codiceIntervento	Codice dell'intervento.	AN	4	OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAA DOMINIO: Si rimanda al capitolo <i>Tabelle di riferimento - Paragrafo 7.2 Tabella2 - Codici degli interventi o procedure secondo la codifica ICD-9-CM</i> , versione corrente (E).
E007	Interventi	codFisc1	Codice fiscale del chirurgo responsabile dell'intervento. (È possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio).	AN	16	ALTRI CONTROLLI: - Non deve avere sottocategorie/sottoclassificazioni (E). - Deve essere compatibile con il sesso del paziente (E). OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se siamo nel caso di procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ valore 4 (E). Per gli altri interventi è facoltativo.
E008	Interventi	codFisc2	Codice fiscale del secondo chirurgo.	AN	16	ALTRI CONTROLLI: - Se impostato deve essere sintatticamente corretto (E).
E009	Interventi	codFisc3	Codice fiscale del	AN	16	OBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo. ALTRI CONTROLLI: - Se valorizzato deve essere sintatticamente corretto (E). - Se valorizzato deve essere valorizzato il codFisc1 (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			terzo chirurgo.			ALTRI CONTROLLI: - Se impostato deve essere sintatticamente corretto (E). - Se valorizzato, deve essere valorizzato il codFisc1 e codFisc2 (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo.
E010	Interventi	codFiscAnest	Codice fiscale dell'anestesista dell'intervento.	AN	16	ALTRI CONTROLLI: - Se impostato deve essere sintatticamente corretto (E). OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se è valorizzato il codice fiscale dell'anestesista (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Paziente sano 2 = Paziente con malattia sistemica lieve e nessuna limitazione funzionale 3 = Paziente con malattia sistemica grave e limitazione funzionale di grado moderato 4 = Paziente con una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la vita 5 = Paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico 6 = Paziente in morte cerebrale certificata in attesa di intervento per donazione di organi
E011	Interventi	asa	Punteggio ASA. Classificazione che valuta il rischio anestesilogico in base alle condizioni del paziente.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se è valorizzato il codice fiscale dell'anestesista (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Paziente sano 2 = Paziente con malattia sistemica lieve e nessuna limitazione funzionale 3 = Paziente con malattia sistemica grave e limitazione funzionale di grado moderato 4 = Paziente con una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la vita 5 = Paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico 6 = Paziente in morte cerebrale certificata in attesa di intervento per donazione di organi I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=PUNASA
E012	Interventi	checkList	Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se siamo nel caso di procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ valore 4(E). Per gli altri interventi è facoltativo. FORMATO: A

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
E013	Interventi	lateralita	Indica se l'intervento si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.	AN	1	DOMINIO: Valori ammessi (E): 0 = No 1 = Si 9 = Non applicabile I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=CHECKLIST OBBLIGATORietà: Dato facoltativo. FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=LATER
	Scheda Paziente	Controlli	Nodo Controlli			Questo Nodo è facoltativo; Se utilizzato tutte le informazioni sul dominio e sui controlli sono specificate nei singoli campi che seguono. OBBLIGATORietà: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NN DOMINIO: Deve essere maggiore di zero (E). ALTRI CONTROLLI: - Deve essere univoco per scheda di ricovero (E). OBBLIGATORietà: Facoltativo. FORMATO: AA
F001	Controlli	progressivo Controllo	Progressivo di identificazione del controllo.	N	2	
F002	Controlli	tipoCtrlInt	Tipologia controllo interno	AN	2	

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			(tale elenco viene definito all'interno del PAC e si modifica con questo).			DOMINIO: Valori ammessi (E): 01 = DRG maldefiniti 02 = DRG Chirurgico con CC in DH 03 = DRG Chirurgico con CC in ordinario 0-1 giorno 04 = DRG con CC in ordinario > 1 giorno 05 = DRG Medico con CC in DH > 3 accessi 06 = DRG Medico diagnostici in DH 07 = DRG Medico senza procedure 08 = DRG potenzialmente inappropriati 09 = Ricoveri ripetuti 0-1 giorno 10 = Ricoveri ripetuti 2-7 giorni 11 = Ricoveri ripetuti 8-30 giorni 12 = Omnicomprensività della tariffa 13 = Controlli appropriatezza clinica 14 = Interventi sulla colonna (DRG 496 497 498 520 546) 15 = Congruità SDO - Cartella 16 = Errore di codifica 17 = Prestazione erogabile in altra intensità di cura (eccetto i 108 DRG potenzialmente inappropriati) 18 = Ricoveri oltre soglia 19 = Ricoveri ordinari con durata della degenza =2 oppure con durata di degenza =3 con DRG C con MPR in data <> ammissione 20= Documentazione clinica carente 99= Altri controlli I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TPC ALTRI CONTROLLI: - Se valorizzato non deve essere ripetuto (E). OBBLIGATORIETÀ: Facoltativo. FORMATO: AA
F003	Controlli	tipoCtrlEst	Tipologia controllo esterno (tale elenco viene definito)	AN	2	



Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
			all'interno del PAC e si modifica con questo).			Dominio: Valori ammessi (E): Vedi tipologia controlli interni I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://iseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/ ICE FLUSSO=SDO&CODICE TIPO=TPCE ALTRI CONTROLLI: - Se valorizzato non deve essere ripetuto (E). - Almeno uno dei campi tipologia controllo interno o tipologia controllo esterno deve essere valorizzato (E).



5.2.3. FILE2 - Esempio XML

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

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

file: SDO_Specifiche funzionali_V1.0_datisanitari_esempio.xml

5.2.4. FILE2 - Schema XSD

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

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

file: SDO_Specifiche funzionali_V1.0_datisanitari.xsd

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

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

file: SDO_Specifiche funzionali_V1.0_common.xsd

ATTENZIONE:

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

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

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



6. CONTROLLI SPECIFICI

6.1 Controlli generalizzati sul Codice Identificativo Paziente

Il campo dell'identificativo del paziente prevede Codici fiscali, STP, ENI, PSU e AS.

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

Prima di acquisire la SDO in banca dati regionale, il codice fiscale viene controllato nel sistema Tessera Sanitaria e, se non presente, la scheda verrà scartata.

Il Codice Identificativo Paziente deve essere compilato come segue:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri)
con il Codice Fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (DLgs 326/2003 art.50),
cioè quello riportato nella tessera sanitaria;
- per gli stranieri temporaneamente presenti
con il codice STP, (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri, ai sensi del D.P.R.
31/8/1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24/4/2000, n.5;
- per i cittadini neocomunitari residenti in Bulgaria e Romania privi di copertura sanitaria nel paese di
provenienza
con il codice ENI (Europei non iscritti). Questo codice è di 16 caratteri, analogo a quello assegnato
agli STP, sostituendo le lettere STP con ENI – vedi note Direzione Sanità Generale e Politiche
Sociali P.G./2009/96745 del 27.04.2009 – e PG/2008/50529 del 20/02/2008;
- per gli immigrati destinati al soggiorno temporaneo nel territorio regionale (D.G.R. 11 704/2011 n. 487) e
in particolare per i rifugiati provenienti dai paesi del Nord Africa
con il codice PSU (Permesso di Soggiorno per motivi Umanitari). Anche questo codice è composto
da 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con le lettere PSU
vedi nota Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2011/96394 del 15.04.2011;
- per gli immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa che hanno richiesto il permesso di soggiorno per
asilo
con il codice regionale AS a 16 caratteri costruito come previsto nella nota regionale
P.G./2011/215405 dell'08/09/2011.

Il codice fiscale può essere omesso per i neonati.

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

6.2 Controlli sulla residenza

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

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

- Per i pazienti residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre, 3 per la provincia e 3 per il comune.
- Per i residenti all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dello stato estero.
- Per gli irreperibili codificare: 999999
- Per i neonati si ricorda che il comune di residenza è quello della madre fatto salvo quanto previsto dalla legge n.127 del 15 maggio 1997.
- Per gli stranieri extracomunitari non residenti, ma iscritti al SSN, indicare il comune di effettiva dimora (domicilio).



6.3 Altri controlli relativi alla scheda di ricovero

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

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

- presenza obbligatoria di un solo reparto di ammissione.
- presenza obbligatoria di un solo reparto di dimissione.
- presenza di al massimo 15 trasferimenti (interni o esterni).
- presenza di al massimo 1 intervento principale.
- presenza di al massimo 10 interventi secondari (interni o esterni).
- presenza obbligatoria di un intervento esterno se esiste un trasferimento esterno.
- presenza obbligatoria di una sola diagnosi principale.
- presenza di al massimo 5 diagnosi secondarie.
- presenza di al massimo 3 giorni di Assenze Temporanee;
- presenza di al massimo 6 giorni di Prove di domiciliazione;

Controlli di congruenza DRG/DIAGNOSI (E)

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

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

Controlli che prevedono un errore non bloccante (W).

Scheda generica

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

- DRG maldefinito: quando DRG = '424' o '468' o '476' o '477';
- DRG invalido: quando DRG = '469' o '470';
- Codifica dello Stent coronarico incompleta: Scheda di ricovero che ha interventi '3606' o '3607', ma non ha interventi '0066' e '3603'.

Diagnosi di parto

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

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

Area oncologica

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



- ✓ Tumore alla mammella (se esiste una diagnosi che inizia per '174' e un intervento che inizia per '854');
- ✓ Tumore alla prostata (se esiste una diagnosi che inizia per '185' e un intervento che inizia per '605');
- ✓ Tumore al colon-retto (se esiste una diagnosi che inizia per '153' o '154' e un intervento che inizia per '457' o '458' o '485' o '486');
- ✓ Tumore dell'utero (se esiste una diagnosi che inizia per '182' e un intervento > '68299' e < '69000');
- ✓ Tumore al polmone: se esiste una diagnosi che inizia per '162' e un intervento che inizia per '323' o '324' o '325' o '329');

allora si devono verificare le seguenti condizioni:

- la classe di priorità deve essere 'A';
- la data di prenotazione deve essere non superiore di 60 giorni dalla data dell'ammissione.

6.4 Altri controlli relativi alle diagnosi

Episodio non specificato di IMA.

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

Malattia infettiva di classe prima.

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

Diagnosi da non utilizzare.

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

Appropriatezza neonato.

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

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



7. TABELLE DI RIFERIMENTO.

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

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

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

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

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

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

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

Utilizzare il servizio:

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

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

Gli interventi sono consultabili attraverso il seguente link:

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

L'intervento chirurgico principale è l'atto chirurgico maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e comunque quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di S.O., medico anestesista, equipe operatoria).



Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

1) nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;

2) quando nella cartella clinica vengono indicati più interventi e/o procedure la priorità da adottare per la scelta è la seguente:

- a) interventi chirurgici a cielo aperto;
- b) interventi per via endoscopica e/o laparoscopica;
- c) le seguenti procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

00.10 Impianto di agenti chemioterapici

00.15 Infusione di interleuchina-2 ad alte dosi

87.53 colangiografia intraoperatoria;

88.52 angiocardigrafia del cuore destro;

88.53 angiocardigrafia del cuore sinistro;

88.54 angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro;

88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo;

88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio;

88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica;

88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo;

92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi;

92.30 radiocirurgia stereotassica;

94.61 riabilitazione da alcool;

94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool;

94.64 riabilitazione da farmaci;

94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci;

94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci;

94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci;

95.04 esame dell'occhio in anestesia;

96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata;

96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive;

96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più;

98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica;

99.10 iniezione o infusione di agente trombolitico;

procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);

procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore codd. da 01._ a 86._ (es. gastroscopia);

altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore (codd. da 87._ a 99._, dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, NMR, litotripsia, radioterapia, ecc.).

Per le informazioni relative alle regole di selezione di interventi e procedure si rimanda alle *Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera*.



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

Le diagnosi sono consultabili attraverso il seguente link:

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

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

DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE.

La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come diagnosi principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

DIAGNOSI SECONDARIE.

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: procedure diagnostiche eseguite, trattamento terapeutico, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.

Per le informazioni relative alle regole di selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie si rimanda alle *Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera* disponibili sul sito internet della SDO nell'area Documentazione (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/sdo>).

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

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

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

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

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

1 = ricovero a totale carico del SSN

- per i cittadini residenti in Italia e iscritti al S.S.N
- lavoratori di diritto italiano residenti all'estero
- cittadino italiano iscritto all'AIRE, per urgenze, in assenza di polizza
- cittadini stranieri iscritti al S.S.N., in quanto aventi permesso di soggiorno che ne consente l'iscrizione volontaria
- neonati figli di madri iscritte al SSN

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

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

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

5 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione)



6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera)

7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi UE e convenzionati (Paesi UE, SEE, Svizzera e Paesi convenzionati, in possesso di TEAM e modelli equivalenti di temporaneo soggiorno o degli attestati di diritto che consentono l'iscrizione al SSN)

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

(minori, gravide, malattie infettive ecc..)

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

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

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

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

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



8. MODALITÀ E TEMPI DI TRASMISSIONE

8.1 Modalità di invio

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

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

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

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

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

Verranno resi disponibili inoltre dei servizi WEB che consentiranno le operazioni di:

- invio file
- simulazione file
- diagnostica post simulazione
- consolidamento
- ritorno informativo

In seguito verrà resa disponibile la documentazione relativa.



8.2 Scadenze

CALENDARIO DEGLI INVII

N° invio	Scadenze	Dati in inserimento	Dati in variazione
1° invio	Entro il 28 di Febbraio	Gennaio	
2° invio	Entro il 31 di Marzo	Febbraio, Gennaio,	Gennaio
3° invio	Entro il 30 di Aprile	Marzo, Febbraio, Gennaio	Gennaio -Febbraio
4° invio	Entro il 31 di Maggio	Aprile, Marzo, Febbraio, Gennaio	Gennaio - Marzo
5° invio	Entro il 30 di Giugno	Maggio, Aprile, Marzo e Febbraio	Gennaio-Aprile
6° invio	Entro il 31 di Luglio	Giugno, Maggio, Aprile e Marzo	Gennaio - Maggio
7° invio	Entro il 31 di Agosto	Luglio, Giugno, Maggio e Aprile	Gennaio - Giugno
8° invio	Entro il 30 di Settembre	Agosto, Luglio, Giugno e Maggio	Gennaio -Luglio
9° invio	Entro il 31 di Ottobre	Settembre, Agosto, Luglio e Giugno	Gennaio - Agosto
10° invio	Entro il 30 di Novembre	Ottobre, Settembre, Agosto e Luglio	Gennaio - Settembre
11° invio	Entro il 7 di Gennaio	Novembre, Ottobre, Settembre e Agosto	Gennaio - Ottobre
12° invio	Entro il 7 Febbraio dell'anno successivo	Dicembre, Novembre, Ottobre e Settembre	Gennaio - Novembre
13° invio	Entro il 15 Marzo		Tutto l'anno
Ultimo invio 14° invio	Entro il 10 Ottobre		Solo controlli esterni dell'ultimo semestre



9. RITORNO INFORMATIVO

9.1 Diagnostica fornita in validazione flusso

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

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

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

Scarti (E)

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

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

Segnalazioni (W)

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

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



Importi e DRG

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

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

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

Campionamento controlli interni

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

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



9.2 Debito informativo da fornire dopo il caricamento

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

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

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

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

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

--- Per anno e mese

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

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

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

Riepilogo dell'elaborazione

Questo file ripropone il report riepilogativo dei risultati del consolidamento.

Scarti

Tracciato : (vedere tracciato delle simulazioni)

Il file contenente i singoli record scartati per il mancato superamento dei controlli, viene fornito mensilmente alle singole Aziende sanitarie (pubbliche e private) che dovranno provvedere alla correzione e all'invio con i mesi successivi secondo quanto previsto dalle specifiche funzionali.

Segnalazioni

Tracciato : (vedere tracciato delle simulazioni)

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

Campionamento controlli interni

Tracciato : (vedere tracciato delle simulazioni)



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

Mobilità passiva infraregionale

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

- DRG regionale
- Importo regionale

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

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

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

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

Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente e il contenuto del file è **cumulativo**: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

Mobilità attiva infraregionale

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

- Drg regionale
- Importo regionale

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

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

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

Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente e il contenuto del file è **cumulativo**: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

Mobilità attiva interregionale

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

- Drg regionale
- Importo regionale

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

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



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

Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente e il contenuto del file è **cumulativo**: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

Mobilità attiva interregionale e internazionale dei produttori privati

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

- Drg regionale
- Importo regionale

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

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

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

Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente e il contenuto del file è **cumulativo**: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

Mobilità internazionale (residenti all'estero)

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

- Drg regionale
- Importo regionale

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

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

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

Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente e il contenuto del file è **cumulativo**: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

Produzione propria

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

- Drg regionale
- Importo regionale

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

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

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



Il DRG e l'importo vengono calcolati centralmente e il contenuto del file è **cumulativo**: ad ogni invio viene restituita la mobilità dell'intero periodo dell'anno di riferimento.

Produzione totale delle SDO validate per Azienda/struttura privata

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

- Drg regionale
- Importo regionale

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

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

Controlli esterni

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

- Drg regionale
- importo regionale

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

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

Ricoveri Ripetuti

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

- Drg regionale
- Importo regionale
- Indice ripetuto (Numero che associa le coppie di ricoveri);
- Tipo record (1. ricoveri ripetuti con finestra temporale 0-1 giorno
2. ricoveri ripetuti con stessa MDC e con finestra temporale 2-7 giorni
3. ricoveri ripetuti con stessa MDC e con finestra temporale 8-30 giorni
4. ricoveri sovrapposti all'interno del presidio);

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

10. Referenti regionali

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali	Servizio Assistenza Ospedaliera
Giuseppina Lanciotti	Maria Vizioli
0515277428	0515277174
giuseppina.lanciotti@regione.emilia-romagna.it	maria.vizioli@regione.emilia-romagna.it



REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO_EMR)
PG/2016/0515993 del 07/07/2016

Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare
Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali