

# Indicazioni per la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera

Franco Guerzoni

# SDO 2017

[aggiornamento]



A cura di:  
dott. Franco Guerzoni

Programmazione e Controllo di Gestione  
Nucleo Aziendale dei Controlli  
Telefono +39 0532.236736  
Fax +39 0532.236907

Versione 1.1, febbraio 2018



## Sommario

Introduzione .....	5
la scheda di dimissione ospedaliera .....	6
Aree di intervento della circolare RER 6/2016.....	6
Cartella clinica unica .....	6
Formato dei file.....	6
Attività di controllo .....	6
Sistemi di classificazione.....	9
Separazione del percorso acuzie e post-acuzie.....	10
Scale di valutazione .....	10
Rilevazione del dolore .....	11
Data di prenotazione .....	11
Giorni di sospensione.....	12
Classe di priorità.....	12
Livello di istruzione .....	12
L'area SDO .....	13
Accesso all'area SDO .....	13
Informazioni relative all'accettazione.....	15
Onere della degenza .....	15
Regime di ricovero .....	15
Tipo di ricovero.....	15
Proposta di ricovero .....	16
Motivo del ricovero .....	16
Data e ora di uscita dal PS.....	16
Registrazione dei movimenti .....	18
Trasferimento "esterno".....	18
Assenze temporanee e prove di domiciliazione .....	18
Passaggio da reparto per acuti a LPA o Riabilitazione, e viceversa.....	19
Modalità di dimissione .....	19
Numero accessi in day hospital.....	19
Data di chiusura del day hospital.....	19
Gestione dei dati "sanitari" .....	21
Definizione di diagnosi principale e secondaria.....	21
Importazione delle diagnosi dalla lettera di dimissione.....	21
Campo trauma e codici E .....	22
Diagnosi presente all'ammissione .....	22
Stadiazione della neoplasia.....	22
Lateralità (codici diagnosi).....	23
Informazioni aggiuntive correlate a specifici codici diagnosi.....	23
Pressione arteriosa.....	23
Creatinina serica.....	23
Interventi e procedure .....	24
Obbligatorietà di data e ora di inizio della prestazione .....	25
Prestazioni "significative" per il DRG, richieste dal Pronto Soccorso .....	25
Importazione degli interventi da Ormaweb .....	26
Note operative per la corretta registrazione dei dati su Ormaweb .....	27
Non operating room procedures.....	28
Trapianto di midollo .....	28
Emodinamica.....	28
Neuroradiologia e Radiologia Interventiva .....	29
Endoscopia digestiva interventiva .....	30
Tracheostomia.....	30
Ventilazione meccanica invasiva .....	30
Registrazione delle procedure "in service" .....	31
Informazioni aggiuntive correlate a specifici codici intervento .....	31
Creatinina serica.....	31

Frazione di elezione.....	32
Lateralità (codici intervento) .....	32
Iter per la compilazione e la stampa della SDO .....	33
Step 1 .....	33
Step 2 .....	33
Step 3 .....	33
Data di dimissibilità e motivo di ritardata dimissione .....	34
Firma del medico dimettente .....	35
Nota finale .....	36

---

# INTRODUZIONE

La Scheda di Dimissione Ospedaliera rappresenta la fonte di un patrimonio informativo fondamentale nel sistema sanitario del nostro Paese. A partire dalla sua istituzione, che è avvenuta con decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991, la scheda di dimissione è diventata la fonte primaria di conoscenza delle condizioni epidemiologiche della popolazione assistita e delle attività erogate.

Le informazioni rilevate attraverso la SDO sono finalizzate a descrivere le caratteristiche essenziali di un ricovero ospedaliero (motivi che hanno determinato il ricovero, diagnosi principale e patologie concomitanti e/o complicanti, tipologie di trattamento adottato) e soddisfano il set minimo di dati che la Comunità Europea ha raccomandato di rilevare per tutti i pazienti trattati in regime di ricovero ospedaliero.

Il decreto del Ministro della sanità 15 aprile 1994 ha definito come prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti i singoli episodi di ricovero, conferendo pertanto alla scheda di dimissione ospedaliera il significato di fonte informativa necessaria anche per l'individuazione, la classificazione e la valorizzazione economica dei singoli episodi di ricovero ospedaliero.

*“La responsabilità della **corretta compilazione** della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione reca la **firma** dello stesso medico responsabile della dimissione. La **codifica** delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma ovvero da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente”<sup>1</sup>.*

*“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”<sup>2</sup>*

*“Fermo restando che, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, la scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale, la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel **rigoroso rispetto delle istruzioni** riportate nel disciplinare tecnico allegato <... al...> decreto”<sup>3</sup>.*

---

1 Articolo 2 comma 3 del DM 380 del 27 ottobre 2000  
2 Articolo 2 comma 4 del DM 380 del 27 ottobre 2000  
3 Articolo 2 comma 2 del DM 380 del 27 ottobre 2000

---

# LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

La Circolare Regionale n. 6 del 7/07/2016<sup>4</sup>, modifica il debito informativo correlato alla SDO, adeguandolo alle indicazioni del Decreto Ministeriale 261 del 7 dicembre 2016, che aggiorna e integra il DM 380 del 2000.

Con i dimessi dal 1° gennaio 2017 in avanti, al fine di favorire la completa, corretta e puntuale registrazione delle informazioni richieste, si realizza il progetto di decentramento della compilazione e della codifica della SDO che, relativamente alla fase di compilazione, passa dal formato cartaceo a quello elettronico.

Dopo la compilazione del modulo ed al termine delle attività di verifica, verrà prodotta la SDO pdf che dovrà essere firmata dal medico dimettente ed inserita in cartella clinica per l'archiviazione.

---

## AREE DI INTERVENTO DELLA CIRCOLARE RER 6/2016

### Cartella clinica unica

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

*Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura; essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno dell'istituto di cura ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura”<sup>5</sup>.*

In linea con tale indicazione, è stato avviato un progetto che dovrà portare alla definizione di un modello standardizzato di cartella clinica, utilizzabile da ciascuna UU.OO., integrabile con moduli specifici per le esigenze assistenziali di ciascuna Unità Operativa; tale cartella clinica avrà valenza Aziendale e dovrà accompagnare il paziente durante l'intero percorso di ricovero, anche in caso di trasferimento di reparto.

Il progetto è affidato alla Direzione Medica del Presidio.

### Formato dei file

L'invio dei dati in regione 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<sup>6</sup>.

### Attività di controllo

Per ciascuna paziente dimesso è necessario specificare se la cartella clinica e la relativa SDO sono stati oggetto di verifica, il tipo di verifica eseguito e l'eventuale effetto economico sortito dal controllo.

Le diverse tipologie di controllo identificate dalla Circolare, ed aggiornate periodicamente in relazione alle indicazioni fornite dal Piano Annuale regionale dei Controlli (PAC) riguardano:

1. tutte le schede attribuite ad uno dei seguenti DRG “maldefiniti”:
  - DRG 424 INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE
  - DRG 468 INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE
  - DRG 469 DIAGNOSI PRINCIPALE NON VALIDA COME DIAGNOSI DI DIMISSIONE
  - DRG 470 NON ATTRIBUIBILE AD ALTRO DRG

---

4 “Specifiche per la gestione della scheda di dimissione ospedaliera SDO - anno 2017”

5 Disciplinary tecnico allegato al Decreto Ministeriale 380/2000

6 Specifiche funzionali relative al flusso SDO, Versione 1.0 del 06/07/2016, allegato alla Circolare Regionale 6/2016

- DRG 476 INTERVENTO CHIRURGICO SULLA PROSTATA NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE
  - DRG 477 INTERVENTO CHIRURGICO NON ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE
2. tutte le schede di pazienti dimessi nel corso dell'anno, trattati in regime di ricovero diurno (*day hospital e/o day surgery*), attribuiti ad un DRG chirurgico con CC;
  3. tutte le schede di pazienti dimessi nel corso dell'anno, trattati in regime di ricovero ordinario di durata 0-1 giorno, attribuiti ad un DRG Chirurgico con CC;
  4. una selezione campionaria dei DRG (sia medici che chirurgici) con CC, in regime ordinario, con degenza inferiore al trim-point del DRG omologo;
  5. la corretta codifica della diagnosi principale di Sepsis; dovranno essere controllate tutte le schede attribuite ad uno dei seguenti DRG:
    - DRG 575 SETTICEMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA  $\geq$  96 ORE, ETÀ > 17 ANNI E/O
    - DRG 576 SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI
 e tutte le schede contenenti una delle seguenti diagnosi principali:
    - 038.0 Setticemia streptococcica
    - 038.10 Setticemia da stafilococco, non specificato
    - 038.11 Setticemia da stafilococco aureo
    - 038.19 Setticemia da altri stafilococchi
    - 038.2 Setticemia pneumococcica
    - 038.3 Setticemia da anaerobi
    - 038.40 Setticemia da batteri gram-negativi, non specificati
    - 038.41 Setticemia da *Haemophilus influenzae* (H. influenzae)
    - 038.42 Setticemia da *Escherichia coli* (E. coli)
    - 038.43 Setticemia da *Pseudomonas*
    - 038.44 Setticemia da *Serratia*
    - 038.49 Altre setticemie da microrganismi gram-negativi
    - 038.8 Altre forme di setticemie
    - 038.9 Setticemia non specificata
    - 022.3 Setticemia Carbonchiosa
    - 098.89 Setticemia Gonococcica
    - 054.5 Setticemia Erpetica
    - 036.2 Setticemia Meningococcica
    - 020.2 Peste setticemica
    - 112.5 Candidiasi disseminata
    - 659.3x Setticemia in travaglio di parto
    - 639.0 Setticemia successiva a gravidanza ectopica o molare o aborto
    - 670 Setticemia postpartum, puerperale
    - 999.3 Setticemia successiva a infusione, iniezione, trasfusione o vaccinazione
    - 998.59 Altra infezione postoperatoria (Setticemia postoperatoria)
  6. una selezione campionaria dei ricoveri ordinari programmati, con durata della degenza uguale o inferiore a 3 giorni, dimessi al domicilio;
  7. una selezione campionaria dei ricoveri prodotti da pazienti ammessi e dimessi dalla stessa unità operativa, di età  $\geq$  65 anni, con durata della degenza eccedente il valore soglia descritto in delibera tariffaria (con esclusione dei pazienti deceduti, trasferiti e dei pazienti dimessi dalle discipline 28, 56, 60 e 75)
  8. tutti i ricoveri ordinari programmati con durata della degenza superiore a 1 giorno, attribuiti al DRG 088 MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA ed al DRG 429 DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE;
  9. il 2,5% dei ricoveri programmati di durata superiore a 1 giorno, attribuiti ad un DRG medico definito ad alto rischio di non appropriatezza, specificati nell'allegato 6A del DPCM 2/01/2017<sup>7</sup> (con esclusione dei pazienti deceduti, trasferiti e dei pazienti dimessi dalle discipline 28, 56, 60 e 75):
    - 013 SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE
    - 019 MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI SENZA CC
    - 047 ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC
    - 065 ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO (ECCETTO URGENZE)

<sup>7</sup> "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nel supplemento ordinario n. 15 alla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 65, del 18 marzo 2017

- 070 OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETÀ < 18 ANNI
- 073 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETÀ > 17 ANNI
- 074 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETÀ < 18 ANNI
- 088 MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (*vedi punto precedente*)
- 131 MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC (ECCEPPO URGENZE)
- 133 ATEROSCLEROSI SENZA CC (ECCEPPO URGENZE)
- 134 IPERTENSIONE (ECCEPPO URGENZE)
- 139 ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC
- 142 SINCOPE E COLLASSO SENZA CC (ECCEPPO URGENZE)
- 183 ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC
- 184 ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETÀ < 18 ANNI (ECCEPPO URGENZE)
- 187 ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI
- 189 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC
- 206 MALATTIE DEL FEGATO ECCEPPO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA SENZA CC
- 208 MALATTIE DELLE VIE BILIARI SENZA CC (ECCEPPO URGENZE)
- 241 MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC
- 243 AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO (ECCEPPO URGENZE)
- 245 MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE SENZA CC
- 248 TENDINITE, MIOSITE E BORSITE
- 249 ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO
- 251 FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC
- 252 FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI AVAMBRACCIO, MANO E PIEDE, ETÀ < 18 ANNI
- 254 FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCEPPO PIEDE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC
- 256 ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO
- 276 PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA
- 281 TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC (ECCEPPO URGENZE)
- 282 TRAUMI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA, ETÀ < 18 ANNI (ECCEPPO URGENZE)
- 283 MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC
- 284 MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC
- 294 DIABETE, ETÀ > 35 ANNI (ECCEPPO URGENZE)
- 295 DIABETE, ETÀ < 36 ANNI
- 299 DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO
- 301 MALATTIE ENDOCRINE SENZA CC
- 317 RICOVERO PER DIALISI RENALE
- 323 CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI
- 324 CALCOLOSI URINARIA SENZA CC (ECCEPPO URGENZE)
- 326 SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC (ECCEPPO URGENZE)
- 327 SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETÀ < 18 ANNI
- 329 STENOSI URETRALE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC
- 332 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC
- 333 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETÀ < 18 ANNI
- 349 IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SENZA CC
- 351 STERILIZZAZIONE MASCHILE
- 352 ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE
- 369 DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE
- 384 ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE
- 395 ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ > 17 ANNI (ECCEPPO URGENZE)
- 396 ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ < 18 ANNI

- 399 DISTURBI SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC
  - 404 LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC
  - 409 RADIOTERAPIA
  - 410 CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA
  - 411 ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA
  - 412 ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA
  - 426 NEVROSI DEPRESSIVE (ECETTO URGENZE)
  - 427 NEVROSI ECETTO NEVROSI DEPRESSIVE (ECETTO URGENZE)
  - 429 DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE (*vedi punto precedente*)
  - 465 ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA
  - 466 ASSISTENZA RIABILITATIVA SENZA ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA COME DIAGNOSI SECONDARIA
  - 467 ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE (ECETTO URGENZE)
  - 490 H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE
  - 563 CONVULSIONI, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC
  - 564 CEFALEA, ETÀ > 17 ANNI
10. il 2,5% dei ricoveri diurni diagnostici
11. il 5% delle cartelle compilate da ciascuna unità operativa in merito alla qualità della compilazione della documentazione, ex DGR 1706/2009

A completamento delle attività sono suggeriti i seguenti ulteriori controlli:

12. casistica identificata attraverso gli indicatori previsti dal P.N.E. (Programma Nazionale Esiti);
13. casistica da sottoporre a verifiche di congruenza cartella clinica-SDO;
14. audit clinici istituzionali quali, ad esempio, quelli suggeriti da AGENAS;
15. audit clinici definiti localmente;
16. controlli su specifiche tipologie di produzione, definiti all'interno degli accordi locali di fornitura quali, ad esempio, la corretta codifica degli interventi sulla colonna, attribuiti ad uno dei seguenti DRG;
  - 496 ARTRODESI VERTEBRALE CON APPROCCIO ANTERIORE/POSTERIORE COMBINATO
  - 497 ARTRODESI VERTEBRALE ECETTO CERVICALE CON CC
  - 498 ARTRODESI VERTEBRALE ECETTO CERVICALE SENZA CC
  - 499 INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECETTO PER ARTRODESI VERTEBRALE CON CC
  - 500 INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECETTO PER ARTRODESI VERTEBRALE SENZA CC
  - 519 ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE CON CC
  - 520 ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE SENZA CC
  - 546 ARTRODESI VERTEBRALE ECETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA

Per ogni controllo, occorre specificare se la verifica è stata condotta da un esaminatore *interno* o da una *esterno* all'Azienda (Azienda USL, funzionario Regionale o altro).

Gli esiti del controllo possono essere i seguenti:

- 1 = scheda controllata con annullamento importo
- 2 = scheda controllata con modifica solamente nell'importo (importo aziendale < importo regionale)
- 3 = scheda con importo aziendale < importo regionale per accordi
- 9 = scheda controllata in corso di verifica

Nessuna segnalazione se il controllo non ha sortito esiti economici.

### Sistemi di classificazione

A far data dal 1 gennaio 2009, è in uso il sistema di classificazione ICD9CM aggiornato alla *versione 2007*; ad esso si affianca la versione DRG 24<sup>8</sup>.

8 Decreto Ministeriale 18 dicembre 2008: "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere"

## Separazione del percorso acuzie e post-acuzie

“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”<sup>9</sup>.

Operativamente:

- se la prima parte del ricovero è stata consumata in un reparto per acuti, la SDO va chiusa con modalità di dimissione = 8 TRASFERITO AD ISTITUTO RIABILITAZIONE;
- se la prima parte del ricovero è stata consumata in un reparto di Riabilitazione o Lungodegenza, la SDO va chiusa con modalità di dimissione 6 = TRASFERITO AD ISTITUTO PER ACUTI;
- in ogni caso, per il secondo ricovero si dovranno utilizzare i seguenti dati:
  - o Proposta di ricovero = 7 TRASFERITO DA ALTRO TIPO ATTIVITÀ DI RICOVERO
  - o Tipo di ricovero = 1 PROGRAMMATO
  - o Data di prenotazione = data in cui ci si accorda per il trasferimento del paziente
  - o Classe di priorità = A entro 30 giorni
  - o Il paziente non entra in lista di attesa

A fronte di tale indicazione, i degenti su posti letto di riabilitazione potranno essere **trasferiti** solo ed esclusivamente su un posto letto di lungodegenza post-acuzie (nello specifico, su un posto letto di Ortogeriatria), e viceversa. Tutti i movimenti da e verso reparti per acuti comportano la necessità di **dimettere** il paziente dal reparto di uscita (con contestuale compilazione della lettera di dimissione) e di **accettarlo** nel nuovo reparto attribuendo un nuovo numero nosologico ed aprendo una nuova cartella clinica.

## Scale di valutazione

A seguito delle attività di confronto condotte a livello tecnico con i professionisti interessati, è emersa la opportunità di disporre di informazioni aggiuntive relativamente al percorso assistenziale dei pazienti colpiti da Ictus ischemico acuto e alle attività di riabilitazione; in entrambi i casi le informazioni sarebbero già in uso nella pratica.

In via sperimentale a partire dal 1 Gennaio 2017, è prevista la compilazione di informazioni aggiuntive e scale di valutazione:

- per i pazienti dimessi da reparti di **Riabilitazione**;
- per tutti i pazienti con **Ictus Ischemico Acuto** che transitano da una Stroke Unit accreditata alla somministrazione della trombolisi endovenosa, ossia le SDO contenenti un codice diagnosi, principale o secondaria, che inizia con:
  - 433xx Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali
  - 434xx Occlusione delle arterie cerebrali.

Sono identificate le seguenti informazioni aggiuntive:

- Data, ora, etiologia
- Scale di valutazione **all'ammissione**:
  - o Barthel Index
  - o Rehabilitation Complexity Scale (RCSe)
  - o Scala Six Minute Walk Test (6MWT)
  - o Scala di Borg modificata (M-Borg)
  - o Scala Barthel Dyspnea Index (BI)
  - o Glasgow Coma Scale (GCS)
  - o Glasgow Outcome Scale (GOS)
  - o Disability Rating Scale (DRS)
  - o Scala Levels of Cognitive Functioning (LCF)
  - o Livello lesione neurologica
  - o Scala menomazione ASIA

---

9 Specifiche funzionali relative al flusso SDO, Versione 1.0 del 06/07/2016, allegato alla Circolare Regionale 6/2016

- Scala Spinal Cord Independency Measure (SCIM)
  - Classificazione TOAST (Transito in STROKE UNIT)
  - National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)
  - Scala di Rankin pre-ictus (nRankin)
- Scale di valutazione alla **dimissione**:
- Barthel Index
  - Rehabilitation Complexity Scale (RCSe)
  - Scala Six Minute Walk Test (6MWT)
  - Scala di Borg modificata (M-Borg)
  - Scala Barthel Dyspnea Index (BI)
  - Glasgow Outcome Scale (GOS)
  - Disability Rating Scale (DRS)
  - Scala Levels of Cognitive Functioning (LCF)
  - Livello lesione neurologica
  - Scala menomazione ASIA
  - Scala Spinal Cord Independency Measure (SCIM)
  - National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

Per la registrazione dei dati in questione è stata predisposta un'apposita scheda all'interno della SDO.

Anagrafica	Ricovero	Diagnosi	Interventi/Procedure	Scale
Evento		Disability rating scale		
Data evento acuto	<input type="text"/>	Valore in ingresso	<input type="text"/>	
Ora evento acuto	<input type="text" value="00:00:00"/>	Valore in uscita	<input type="text"/>	
Scala 6MWT		Scala cognitiva functioning		
Valore in ingresso	<input type="text"/>	Valore in ingresso	<input type="text"/>	
Valore in uscita	<input type="text"/>	Valore in uscita	<input type="text"/>	

### Rilevazione del dolore

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

Anagrafica	Ricovero	Diagnosi	Interventi/Procedure	Scale
Ricovero SDO				
Data prenotazione	<input type="text" value="06.12.2017"/>	Tipo episodio	<input type="text" value="1 Episodio degente"/>	
GG di sospensione	<input type="text"/>	Num. di accessi	<input type="text" value="0"/>	
Trauma	<input type="text"/>	Ambiente	<input type="text"/>	
Trauma SDO	<input type="text"/>	Motivo ritardata dimissione	<input type="text"/>	
Data dimissibilità	<input type="text"/>	Rilevam. dolore (Si/No)	<input type="text" value="Si"/>	
Codice (E)	<input type="text"/>			
Codice (E) n°2	<input type="text"/>			

### Data di prenotazione

Indica il giorno in cui è stato prenotato il ricovero per l'esecuzione di un trattamento (chirurgico) programmabile. Il dato è obbligatorio per tutti i ricoveri diurni e per tutti i ricoveri ordinari programmati.

La data di prenotazione:

- non deve essere posteriore alla data di ammissione;
- non deve essere anteriore alla data di nascita;
- non deve essere anteriore di un anno rispetto alla data del ricovero;
- deve essere diversa dalla data ammissione; possono fare eccezione:
  - i casi attribuiti a DRG di Chemioterapia (DRG 410 e 492);

- i casi relativi a trasferimenti da altri Istituti o altri regimi di ricovero (proposta di ricovero='04', '05', '06' e '07')

L'attivazione del percorso amministrativo di accettazione da lista di attesa prevede la compilazione automatica del dato.

### **Giorni di sospensione**

Indica i giorni di sospensione del paziente dalla lista di attesa a causa di motivi familiari, motivi di salute o di lavoro o per altro motivo comunque autorizzato e registrato nella agenda di prenotazione.

Il dato è facoltativo.

L'attivazione del percorso amministrativo di accettazione da lista di attesa prevede la compilazione automatica del dato, che non potrà più essere modificato.

### **Classe di priorità**

Indica la classe di priorità per l'inserimento dei pazienti in lista d'attesa; deve essere indicata per tutti i ricoveri per i quali è già obbligatoria la data di prenotazione. Sono ammessi i seguenti valori:

- A = Entro 30 giorni
- B = Entro 60 giorni
- C = Entro 180 giorni
- D = Entro 12 mesi

### **Livello di istruzione**

Descrive il titolo di studio del paziente al momento del ricovero. Sono ammessi i seguenti valori:

- 0 = nessun titolo
- 1 = licenza elementare
- 2 = diploma scuola inferiore
- 3 = diploma scuola media superiore
- 4 = diploma universitario o laurea breve
- 5 = laurea

Il dato è obbligatorio.

Il valore "Non dichiarato" o "Non rilevato" non è accettabile.

## L'AREA SDO

La SDO informatizzata presenta le seguenti caratteristiche:

- è creata al momento del primo accesso all'ambiente informatico; se non è stato effettuato alcun accesso, il sistema provvederà comunque in automatico alla creazione della SDO, al momento della registrazione della dimissione;
- è sempre accessibile da parte del personale medico che ha in carico il paziente (il riferimento è il centro di costo sul quale è registrato il paziente), sino al momento della chiusura, decisa dal medico dimettente;
- è interfacciata con gli altri ambienti informatici;
- può effettuare, su comando, l'importazione dei codici diagnosi inseriti nell'apposita area della lettera di dimissione;
- può effettuare, su comando, l'importazione dei codici intervento inseriti su Ormaweb, unitamente alle informazioni aggiuntive richieste dalla circolare regionale;
- può effettuare, su comando, l'importazione dei dati di interesse registrati sull'archivio informatizzato del servizio di Emodinamica;
- permette l'inserimento dei dati integrativi richiesti (*presenta all'ammissione-PoA*, stadio della neoplasia, scale di valutazione, giorni di sospensione, pressione arteriosa, frazione di eiezione, creatinina serica)
- è modificabile nei contenuti (inserimento, variazione ed eliminazione di codici)

L'operatore che provvede alla registrazione informatizzata del nuovo entrato, per tutti i pazienti accettati dal 1° gennaio 2017, non dovrà più stampare i dati amministrativi e anagrafici sulla SDO cartacea, che non sarà più fornita dal magazzino centrale, ma si dovrà limitare ad intestare al paziente il modulo dei codici a barre corrispondenti all'identificativo univoco ad esso assegnato.

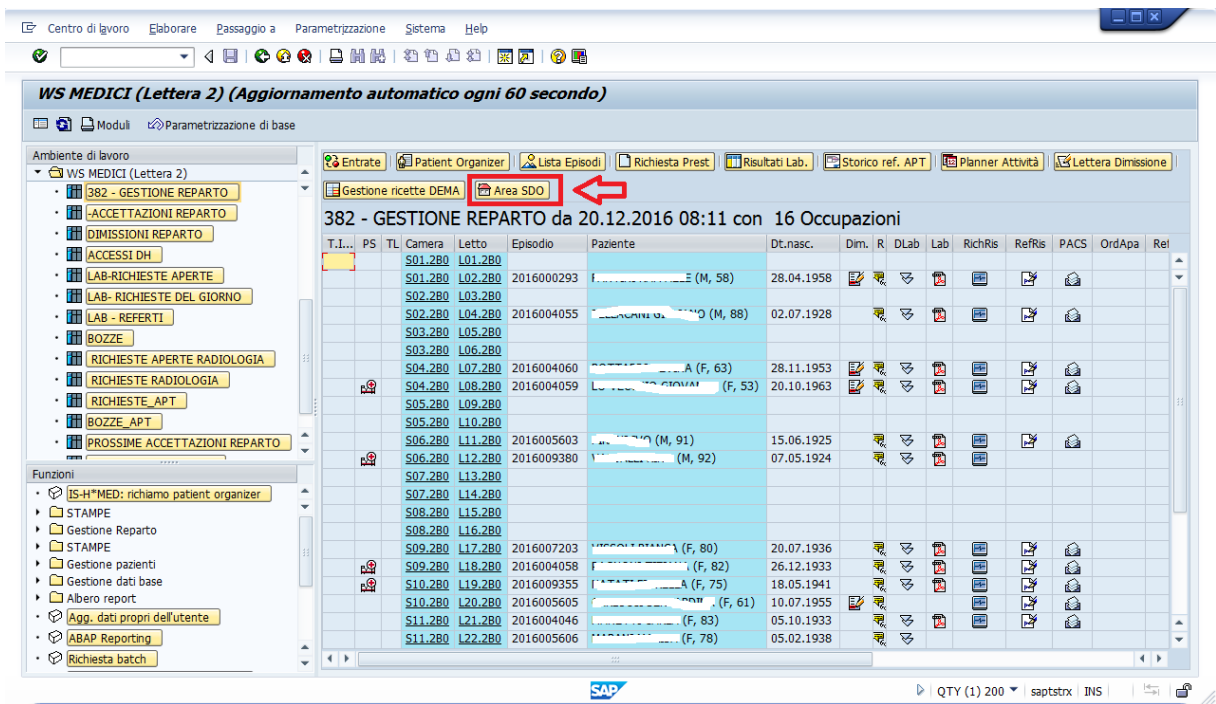
Formulario cartaceo della SDO (Servizio Sanitario Regionale) con un grande cancello rosso sovrapposto, indicando che i dati amministrativi non sono più stampati.

Modulo di stampa dei codici a barre per la SDO, con una griglia di 20 codici a barre (5 per riga e 4 per colonna) e il numero 2015063003 stampato sotto ogni codice.

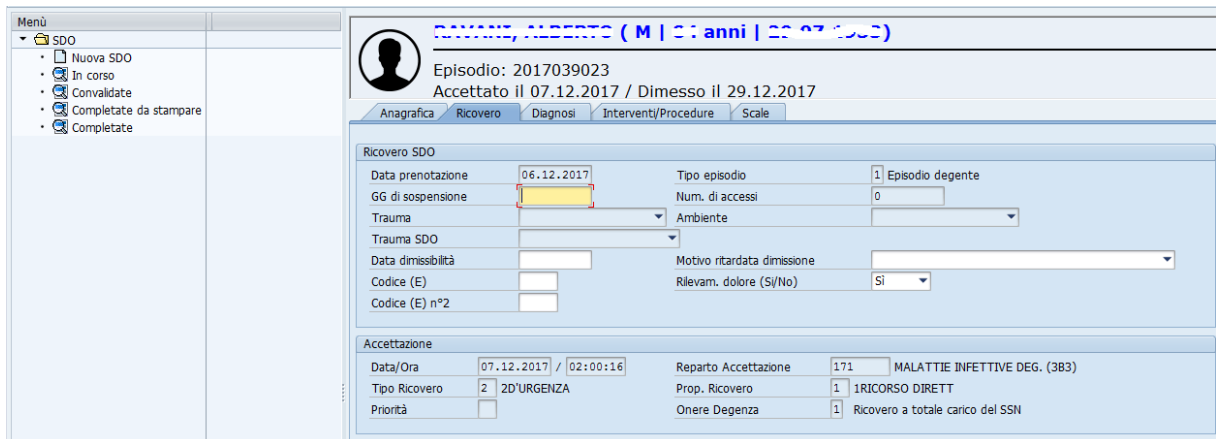
Per la registrazione dei movimenti di **Accettazione**, **Trasferimento** e **Dimissione** rimangono invariate le funzioni precedentemente in uso.

### Accesso all'area SDO

Attraverso la workstation, il medico potrà avere accesso alla SDO informatizzata di ciascun paziente ricoverato.



Dopo la dimissione, l'accesso alle funzioni è garantito attraverso un apposito cruscotto che raccoglierà le SDO in relazione al tipo di attività eseguita sul singolo documento.



In un primo blocco saranno presenti tutte le SDO create automaticamente dal sistema alla dimissione del paziente (nel caso in cui non sia stata creata in precedenza); nella seconda sezione saranno presenti le SDO ancora non compilate, compilate solo parzialmente, compilate ma non ancora convalidate dal medico di reparto; nel terzo blocco saranno presenti tutte le SDO prese in carico dall'Ufficio Dimissioni per le verifiche di rito; nell'ultima sezione saranno inseriti le SDO compilate e verificate, in formato elettronico (.pdf), da firmare ed inserire in cartella clinica.

Per ulteriori informazioni si veda la sezione "Gestione dei dati "sanitari".  
Per il corretto utilizzo della funzione, si veda l'apposito manuale tecnico.

---

## INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ACCETTAZIONE

### Onere della degenza

Con questa variabile si intende specificare su chi ricade l'onere del ricovero (i costi relativi al ricovero).

Il dato è obbligatorio; sono ammessi i seguenti valori:

- 1 = Ricovero a totale carico SSN, utilizzabile per le seguenti categorie di pazienti
  - 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 carico SSN con differenza alberghiera
- 4 = Ricovero a totale carico paziente  
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  
Comprende i pazienti ricoverati in regime di libera professione per esecuzione di interventi estetici
- 5 = Libera professione  
Comprende i pazienti ricoverati in regime di libera professione per esecuzione di interventi funzionali
- 6 = Libera professione e differenza Alberghiera
- 7 = Ricovero a carico SSN di stranieri paesi 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 SSN di stranieri indigenti
- 9 = Altro
- A = Ricovero a carico del Ministero degli Interni per stranieri indigenti
- 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)

### Regime di ricovero

Distingue i ricoveri in regime ordinario da quelli in regime diurno.

Il dato è obbligatorio; sono ammessi i seguenti valori:

- 1 = Degenza ordinaria
- 2 = Day-Hospital

Con "Degenza ordinaria" si intendono tutti i posti letto insiti in unità operative che erogano assistenza continuativa nelle 24 ore; con "Day Hospital" si intendono tutti i posti letto insiti in unità operative attive nella fascia oraria diurna, indipendentemente dal carattere *medico* o *chirurgico* delle prestazioni ivi erogate.

### Tipo di ricovero

Il dato è obbligatorio se il "Regime di ricovero" è uguale a 1 (Ordinario) e la "Proposta di ricovero" è diversa da 12 = Ricovero al momento della nascita

Sono ammessi i seguenti valori:

Valori ammessi (E):

- 1 = Programmato
- 2 = D'urgenza
- 3 = T.S.O. (*non utilizzabile all'interno della nostra Azienda*)
- 4 = Programmato con preospedalizzazione
- 5 = Ricovero D'urgenza da OBI
- 6 = Parto non urgente
- 7 = T.S.O. in corso di ricovero (*non utilizzabile all'interno della nostra Azienda*)

I codici 3 e 7 non devono essere utilizzati, all'interno della nostra Azienda, in quanto non sono previsti posti letti di Psichiatria.

Il codice 6 individua i parti cesarei programmati o i parti 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.

### Proposta di ricovero

Identifica le modalità di accesso alla struttura al momento del ricovero.

Il dato è obbligatorio. Sono ammessi i seguenti valori:

01 = Ricorso diretto

02 = Medico di base

03 = Programmato da stesso istituto

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 (non utilizzabile all'interno della nostra Azienda)*

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 (non utilizzabile all'interno della nostra Azienda)*

99 = Altro

Il codice '01' vuol dire che il paziente accede all'ospedale tramite il PS, mentre il codice '11' deve essere utilizzato quando il paziente va direttamente in reparto/sala operatoria.

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'); non deve essere utilizzato, all'interno della nostra Azienda, in quanto non sono previsti posti letti di Psichiatria.

Il codice '14' può essere utilizzato solo dalle strutture private; non deve essere mai utilizzato all'interno della nostra Azienda.

### Motivo del ricovero

Identifica il motivo del ricovero in regime diurno. Il dato è obbligatorio per i soli episodi di ricovero in day hospital / day surgery. Sono ammessi i seguenti valori:

1 = Diagnostico

2 = Chirurgico

3 = Terapeutico

4 = Riabilitativo

Il carattere "Chirurgico" non si riferisce all'eventuale capacità di uno specifico codice procedura di produrre un DRG di tipo chirurgico; in caso di ricovero diurno per esecuzione di biopsia linfonodale, per esempio, il motivo del ricovero dovrà essere "Diagnostico".

### Data e ora di uscita dal PS

Relativamente ai ricoveri disposti dal medico del Pronto Soccorso, occorre fare due premesse:

1. la responsabilità assistenziale *in vigilando* sul paziente in attesa di trasporto al reparto o ad altro ospedale, grava sul personale del PS sino a che il paziente non viene prelevato dal personale addetto al suo trasferimento;

2. l'ora di accettazione nel reparto di ammissione, secondo la bozza di DM licenziata dalla Conferenza Stato-Regioni, corrisponde all'ora in cui viene assegnato il posto letto al paziente, non all'ora di chiusura del verbale di Pronto Soccorso.

Affinché l'orario di accettazione del paziente, in linea con il dettato ministeriale, sia oggettivamente più vicino a quello di reale assegnazione del posto letto, è stato istituito un nuovo debito informativo relativo a **DATA E ORA DI USCITA DEL PAZIENTE DAL PS**, utile per monitorare il tempo intercorso dal termine della visita medica al momento dell'inizio del trasporto al reparto / ospedale di destinazione.

- Se il verbale di PS viene chiuso con l'INVIO DEL PAZIENTE AL CURANTE, ovvero per DECESSO del paziente o INVIO AL DH PER APPROFONDIMENTI, data e ora di uscita dal PS coincideranno con data e ora di chiusura del verbale di PS;
- in tutti gli altri casi, il personale di PS visualizzerà la lista dei pazienti dimessi e, per ciascuno di essi, la tipologia di dimissione; nel momento in cui il paziente viene preso in carico dal personale del servizio giri o dal personale dell'ambulanza incaricato del trasporto, si dovrà indicare data e ora di uscita dal PS; la registrazione si sostanzia nella pressione di un apposito bottone attraverso il quale il sistema provvederà ad inserire data e ora corrente, con possibilità di modifica del dato.

Data e ora di uscita dal PS corrisponderanno a data e ora di accettazione del paziente in reparto.

---

## REGISTRAZIONE DEI MOVIMENTI

Restano invariate le modalità già note per la registrazione dei diversi movimenti (accettazione, trasferimento di reparto e dimissione)

### Trasferimento “esterno”

Il “trasferimento esterno” descrive la condizione di un intervento chirurgico (o procedura) eseguito in service presso un istituto di cura esterno, diverso da quello in cui il paziente è ricoverato.

Il trasferimento esterno si esaurisce nell’arco di una giornata; se alla procedura fa seguito un’osservazione prolungata, che si protrae sino al giorno successivo, non parliamo più di trasferimento esterno ma di ricovero presso altra struttura; questo comporta la necessità di provvedere:

- alla registrazione dell’avvenuta dimissione con modalità 6 = TRASFERIMENTO AD ISTITUTO PER ACUTI, data e ora di dimissione corrispondenti al momento dell’uscita del paziente dal Reparto;
- alla chiusura della cartella clinica;
- alla chiusura della SDO;
- alla compilazione della lettera di dimissione.

Al rientro del paziente, si dovrà procedere all’assegnazione di un nuovo numero nosologico (nuova SDO) ed alla compilazione di una nuova cartella clinica.

La registrazione del movimento *trasferimento esterno* avviene attraverso una maschera dedicata, alla quale si può accedere direttamente dalla workstation di reparto.

Per ogni trasferimento occorre registrare le seguenti informazioni:

- tipo di movimento, scegliendo tra permesso temporaneo e trasferimento esterno;
- codice e sub-codice presidio, codice ministeriale dell’Unità Operativa di destinazione;
- data di inizio trasferimento;
- ora di inizio trasferimento;
- data di fine trasferimento (rientro in reparto), inserita automaticamente dal sistema e corrispondente obbligatoriamente alla data di inizio trasferimento;
- ora di fine trasferimento (rientro in reparto). Al momento della registrazione dell’uscita del paziente il campo sarà valorizzato con 24.00.00; tale valore non potrà essere corretto con un orario futuro, ma dovrà essere inserito al momento dell’effettivo rientro del paziente in struttura.

All’interno della finestra temporale di assenza, non sarà possibile inviare alcuna richiesta di esami (laboratorio, radiologia o altro) per il paziente.

Per la *Registrazione delle procedure “in service”* si rimanda all’apposita sezione.

### Assenze temporanee e prove di domiciliazione

La nuova disciplina regionale relativa all’istituto dell’assenza temporanea e della prova di domiciliazione (quest’ultima riservata ai pazienti ricoverati in Riabilitazione) prevede che dal 1° gennaio 2017, per i pazienti ricoverati in **reparti per acuti**:

- le assenze temporanee (‘AT’) non possono essere superiori a 3 giorni complessivi, non necessariamente concessi in unica soluzione;
- non possono esserci ‘AT’ se le giornate effettive di ricovero (numero di notti realmente trascorse in struttura) sono uguali a 1.

Per i pazienti ricoverati in **reparti di riabilitazione**:

- le assenze temporanee (‘AT’) non possono essere superiori a 3 giorni complessivi, non necessariamente concessi in unica soluzione;
- i permessi di domiciliazione (‘PD’) non possono essere superiori a 12 giorni complessivi;
- non possono esserci ‘PD’ se le giornate effettive di ricovero (numero di notti realmente trascorse in struttura) sono uguali o inferiori a 1.

Il mancato rispetto delle condizioni sopra descritte comporterà lo scarto della scheda, ossia l'impossibilità di inserire negli archivi regionali il ricovero indice, con il conseguente mancato riconoscimento dell'attività erogata e della valorizzazione ad essa correlata.

All'interno della finestra temporale di assenza del paziente, non sarà possibile inviare alcuna richiesta di esami (laboratorio, radiologia o altro).

### **Passaggio da reparto per acuti a LPA o Riabilitazione, e viceversa**

Il passaggio di un paziente da un posto letto per acuti ad uno di Riabilitazione o di Lungodegenza<sup>10</sup> e viceversa, prevede la chiusura del primo ricovero (chiusura della cartella clinica, compilazione della lettera di dimissione e compilazione della SDO) e l'apertura di un nuovo episodio di ricovero (si veda al proposito il paragrafo "Separazione del percorso acuzie e post-acuzie").

### **Modalità di dimissione**

Individua la destinazione del paziente dimesso dall'ospedale e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture. Sono ammessi i seguenti valori:

- 1 = Deceduto
- 2 = Ordinaria a domicilio
- 3 = Protetta c/o strutture extra ospedaliere
- 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

Per i pazienti inviati alle case di cura Salus e Quisisana utilizzare la modalità 6 = TRASFERIMENTO AD ISTITUTO PER ACUTI.

Per i pazienti trasferiti in RSA o OSCO, utilizzare la modalità 3 = PROTETTA C/O STRUTTURE EXTRA OSPEDALIERE.

La modalità di dimissione "A = EPISODIO DI ALLONTANAMENTO" si differenzia dalla modalità "5 = VOLONTARIA" per l'abbandono della struttura di ricovero da parte del paziente, senza alcuna preventiva comunicazione al personale addetto all'assistenza<sup>11</sup>.

### **Numero accessi in day hospital**

Il numero degli accessi consumati corrisponde al numero di giorni in cui il paziente si è effettivamente recato presso il servizio. Non devono essere conteggiati, come accessi, i contatti telefonici.

### **Data di chiusura del day hospital**

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

*Nel caso di trasferimento del paziente dal regime di ricovero diurno ad altro regime di ricovero, o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova cartella clinica e una nuova SDO<sup>12</sup>.*

10 Nella nostra Azienda, i posti letto della U.O. Ortogeriatrics sono classificati come Lungodegenza.

11 Riferimento: P.G. 95812 del 13/12/2015 della Regione Emilia Romagna



# GESTIONE DEI DATI “SANITARI”

## Definizione di diagnosi principale e secondaria

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

Quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, per la codifica della diagnosi principale possono essere utilizzati i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel Capitolo 16 Sintomi, Segni e Stati Morbosi Mal Definiti, (cod. 780-799).

Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest’ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale”<sup>13</sup>.

“Le altre diagnosi di dimissione, sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto o la durata di degenza.

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

La corretta individuazione delle diagnosi secondarie compete al medico responsabile dell’assistenza al paziente nel corso del ricovero.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più condizioni morbose, che rispondano ai criteri sopradescritti di identificazione delle diagnosi secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che, a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi, possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente”<sup>14</sup>.

La circolare regionale 6/2016 ha ridotto a 6 il numero di diagnosi registrabili sulla SDO (una diagnosi principale e cinque secondarie).

In via transitoria, sino al completamento del processo di decentramento della SDO, al medico dimettente è lasciata la facoltà di registrare sino ad un massimo di 15 codici; in fase di verifica, il personale dell’Ufficio Dimissioni selezionerà i 6 codici da conservare, che compariranno sulla SDO cartacea da inserire in cartella ed alimenteranno i flussi informativi verso la Regione ed il Ministero.

## Importazione delle diagnosi dalla lettera di dimissione

In fase di compilazione della SDO, il sistema è in grado di importare i codici diagnosi ICD-9-CM eventualmente presenti nella lettera di dimissione, nella sezione “Diagnosi clinica”.

emodinamico con la terapia in atto, condizioni stabili.

### Diagnosi clinica

- Minor stroke con emisindrome dx in paziente con esiti di doppio stent carotideo sx, polivasculopatia, (pregressa TEA carotidea bilaterale, angioplastica iliaco-femorale, BPAC); encefalopatia vascolare atrofica cronica; scompenso cardiaco in cardiopatia ischemica post-IMA; BPACO ed interstiziopatia cronica in ex forte fumatore, IRC stadio V; anemia cronica polifattoriale (da IRC, malattie croniche, carenziale, possibile microstrocchio gastroenterico); recente intervento di lobectomia inferiore sinistra e linfadenectomia mediastinica in toracosopia per CA cell squamose stadio Ib; ipertensione arteriosa, recente episodio di FA.

### Controlli post dimissione

-programmata rivalutazione oncologica presso DH ONCOLOGICO (1E2) per il giorno 14/4 p.v

INR 1.42.

### Diagnosi clinica

- TROMBOSI CEREBRALE SENZA MENZIONE DI INFARTO CEREBRALE( Codice: 43400 )  
- EMORRAGIA SUBDURALE CONSECUTIVA A TRAUMATISMO SENZA MENZIONE DI FERITA INTRACRANICA ESPOSTA, STATO DI COSCIENZA NON SPECIFICATO( Codice: 85220 )

### Controlli post dimissione

- Torna in reparto il 21/03 ore 8:00 per eseguire prelievo ematico di controllo ed eventuale aggiustamento di terapia  
- Risonanza Magnetica encefalo di controllo il 06/04/2016 alle ore 9:00  
- Visita anestesiológica il 30/03 ore 15:30 (settore 3E1), passare prima dal Reparto di Pediatria

Se il medico dimettente utilizza una formulazione diagnostica estesa, discorsiva, non vincolata alle liste dei codici ICD9CM (esempio di sinistra), oppure in caso di decesso di paziente (condizione per la quale non è prevista la compilazione della lettera di dimissione), i campi specifici, nella SDO informatizzata, dovranno essere alimentati manualmente.

13 Estratto dal fascicolo “Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera, revisione 2014” della Regione Emilia Romagna

14 Idem

In caso contrario, se per la compilazione della sezione ci si avvale delle liste di codici ICD-9-CM presenti a sistema (*esempio di destra*), sarà possibile copiare tali codici negli appositi campi della SDO.

## Campo trauma e codici E

Il “campo trauma” è alimentato con le informazioni raccolte dal triagista, in fase di ammissione al Pronto Soccorso.

- In caso di “infortunio sul lavoro” o “incidente stradale INAIL”, nella SDO viene inserito il valore 1=INFORTUNIO SUL LAVORO;
- in caso di “lesione accidentale” al domicilio o “incidente domestico” nella SDO viene inserito il valore 2=INFORTUNIO IN AMBIENTE DOMESTICO;
- in caso di “incidente stradale” nella SDO viene inserito il valore 3=INCIDENTE STRADALE;
- in caso di “opera terzi” nella SDO viene inserito il valore 4=VIOLENZA ALTRUI;
- in caso di “autolesione” nella SDO viene inserito il valore 5=AUTOLESIONE O TENTATIVO DI SUICIDIO;
- in tutti gli altri casi (“lesione accidentale” in ambiente esterno, “morso animale”, “incidente sportivo”, “intossicazione”, “medicazione”, “avvelenamento acuto”, “incidente scolastico” o “altro”) nella SDO viene inserito il valore 6=ALTRO TIPO DI INCIDENTE O INTOSSICAZIONE.

Se il campo trauma è compilato, è obbligatorio utilizzare un codice della classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (Codice E).

I codici E sono codici alfanumerici<sup>15</sup> aggiuntivi; possono essere utilizzati per qualsiasi condizione patologica dovuta a causa esterna, ricercandoli attraverso la consultazione degli indici alfabetico e analitico<sup>16</sup>.

## Diagnosi presente all'ammissione

Per ciascun codice diagnosi registrato è necessario specificare se la condizione descritta in SDO era presente anche al momento del ricovero, oppure è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione ma comunque preesistente nel paziente, ovvero se è insorta durante il ricovero.

Nello specifico:

- la condizione che ha determinato il ricorso al servizio di Pronto Soccorso, deve essere classificata come “*Presente all'ammissione*”;
- qualsiasi condizione originata nel periodo antecedente l'ammissione, anche se diagnosticata successivamente al ricovero, deve essere classificata come “*Presente all'ammissione*”;
- qualsiasi condizione che abbia origine all'interno del ricovero deve essere classificata come “*Non presente all'ammissione*”.

Il dato è obbligatorio; di default, il sistema propone il valore “Si” (presente all'ammissione), modificabile.

In continuità con la SDO cartacea in uso sino al 31/12/2016, è stato utilizzato l'acronimo “PoA” (*present on admission*).

## Stadiazione della neoplasia

In caso di neoplasia “solida” (presenza di codice diagnosi principale e/o secondarie ICD-9-CM comprese fra 140.0 e 190.9, e tra 193 e 199.1) è necessario utilizzare un codice per descrivere la stadiazione della neoplasia maligna. Sono ammessi i seguenti valori:

- 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)

15 Si tratta di un capitolo di codici posto alla fine dell'elenco sistemico delle malattie (da pagina 843 del manuale rosso) che presentano come primo carattere la lettera E seguita da 3 o 4 caratteri numerici.

16 L'indice alfabetico e la Tavola Farmaci e Prodotti Chimici, sono reperibili alla pagina <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/sdo/documentazione/icd-9-cm-2007-grouper-24>

- 8 = Nessuna invasione degli organi distanti (ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4)
- 9 = Ignoto

Utilizzare lo stesso codice di stadiazione per *legare* tra loro el eventuali diverse localizzazioni della malattia.  
Per esemplificare: Diagnosi: *epatocarcinoma con metastasi polmonare in progresso K prostatico*.

Epatocarcinoma → ICD9CM: 155.0 tumori maligni primitivi del fegato

Stadiazione: 7 - non confinato all'organo di origine (ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6)

Metastasi polmonare → ICD9CM: 197.0 tumori maligni secondari del polmone

Stadiazione: 7 - non confinato all'organo di origine (ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6)

Progresso (*nel senso di asportato nel corso di precedente ricovero*) K prostatico → ICD9CM: V10.46 Anamnesi personale di tumore maligno della prostata

Stadiazione: non richiesta

### Lateraltà (codici diagnosi)

Non essendo possibile ripetere più volte lo stesso codice diagnosi all'interno di una SDO, attraverso il campo "Lateraltà" è possibile indicare se la diagnosi si riferisce all'organo destro, sinistro o ad entrambi. Il dato è facoltativo.

Sono utilizzabili i seguenti codici:

- 1 = Destra
- 2 = Sinistra
- 3 = Bilaterale

### Informazioni aggiuntive correlate a specifici codici diagnosi

#### PRESSIONE ARTERIOSA

Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica.

È obbligatorio registrare il dato se esiste una codice diagnosi ICD-9-CM, in posizione principale o secondaria, che inizia con 410 (infarto acuto del miocardio).

Il campo (evidenziato nell'immagine dalla freccia rossa) compare solamente se ricorrono le condizioni previste (codice diagnosi).


Chiave diagnosi	Princ.	POA.	Lateraltà.	Stadiazione condensata	Descrizione Diagnosi
41001	<input checked="" type="checkbox"/>	Si			INFARTO MIOCARDICO ACUTO
	<input type="checkbox"/>	Si			FRATTURA TRASCERVICALE

#### CREATININA SERICA

Indica il valore della creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL), rilevato al momento dell'ammissione.

Il dato è obbligatorio se esiste una diagnosi principale o secondaria che inizia per 820 FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE e l'età del paziente è maggiore di 65 anni.

Il campo (evidenziato nell'immagine dalla freccia rossa) compare solamente se ricorrono le condizioni previste (codice diagnosi ed età del paziente).


84 anni | 20.07.1933

Episodio: 2017039023  
 Accettato il 07.12.2017 / Dimesso il 29.12.2017

Anagrafica | Ricovero | Diagnosi | Interventi/Procedure | Scale

Codice diagnosi:  Aggiungi Rimuovi

Creatinina Serica

Diagnosi

Chiave diagnosi	Princ.	POA.	Lateralità.	Stadiazione condensata	Descrizione Diagnosi
82002	<input checked="" type="checkbox"/>	SI			FRATTURA TRASCERVICALE,
3330	<input type="checkbox"/>	SI			INFEZIONE DEL SISTEMA URIN

## Interventi e procedure

La circolare regionale 6/2016 ha ridotto a 11 il numero di procedure registrabili sulla SDO (una principale e dieci secondarie, comprese quelle eseguite *in service*).

In via transitoria, sino al completamento del processo di decentramento della SDO, al medico dimettente è lasciata la facoltà di registrare sino ad un massimo di 15 codici; in fase di verifica, il personale dell'Ufficio Dimissioni selezionerà gli 11 codici da conservare, che compariranno sulla SDO cartacea da inserire in cartella ed alimenteranno i flussi informativi verso la Regione ed il Ministero, nel rispetto dell'ordine di priorità descritto di seguito.

Il D.M. n. 380 del 27.10.2000 specifica le regole generali per la codifica degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero. Nel caso siano stati effettuati nel corso dello stesso ricovero più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

- a) in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato un maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse in termini di uso di sala operatoria, équipe operatoria, medico anestesista;
- b) nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
- c) quando nella cartella clinica vengono riportati interventi o procedure in numero superiore ai campi previsti dalla SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque presente il seguente ordine decrescente di priorità:
  - *trapianti d'organo*<sup>17</sup>,
  - *tracheotomia*<sup>18</sup>,
  - interventi chirurgici a cielo aperto,
  - interventi in laparoscopia,
  - *posizionamento / sostituzione di elettrodi*<sup>19</sup>,
  - procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonoscopia diagnostica),
  - codici "non chirurgici" in grado di determinare DRG specifici<sup>20</sup>,
  - codici di interesse per la rilevazione di specifiche attività / prestazioni (ad esempio, codici per la descrizione del controllo del dolore post-operatorio),
  - procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nella rubrica 00 o da 01 a 86, ad es. gastroscopia oppure procedure che determinano DRG specifici: 00.10 Impianto di agenti chemioterapici e 00.15 Infusione di interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2);
  - altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nelle rubriche da 87 a 99, dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (es. TAC, RMN, litotripsia, radioterapia).

17 Voce non espressamente inserita nel disciplinare tecnico del Ministero che tiene conto dell'algoritmo di assegnazione al DRG utilizzato dall'apposito software

18 Idem

19 Idem

20 Ad esempio: ventilazione meccanica, trombolisi, coronarografia.

I codici “non chirurgici” in grado di determinare DRG specifici sono i seguenti:

- 00.15 - Infusione di Interleuchina-2 ad alte dosi (IL-2)
- 87.53 - colangiografia intraoperatoria
- 88.52 - angiocardiografia del cuore destro
- 88.53 - angiocardiografia del cuore sinistro
- 88.54 - angiocardiografia combinata del cuore dx e sn
- 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
- 92.3 - 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 - VAM continua, durata non specificata
- 96.71 - VAM continua, durata < 96 ore consecutive
- 96.72 - VAM continua, durata > 96 ore consecutive
- 98.51 - litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica
- 99.10 - iniezione o infusione di agente trombolitico

### **Obbligatorietà di data e ora di inizio della prestazione**

Per ogni codice intervento deve essere registrata la data di erogazione della prestazione (data di inizio della prestazione per i trattamenti a cavaliere tra due date) e l'ora di inizio dell'intervento, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione.

Il dato è obbligatorio per le procedure “diagnostiche maggiori” o “terapeutiche maggiori” indicate nella tabella AHRQ reperibile su intranet, all'indirizzo <http://intranet.azospfe.it/il-professionista/ufficio-dimissioni-ospedaliere-info-e-strumenti/circolare-sdo-anno-2016>.

Per le procedure non inserite nella lista AHRQ e per le indagini diagnostiche è facoltativo.

### **PRESTAZIONI “SIGNIFICATIVE” PER IL DRG, RICHIESTE DAL PRONTO SOCCORSO**

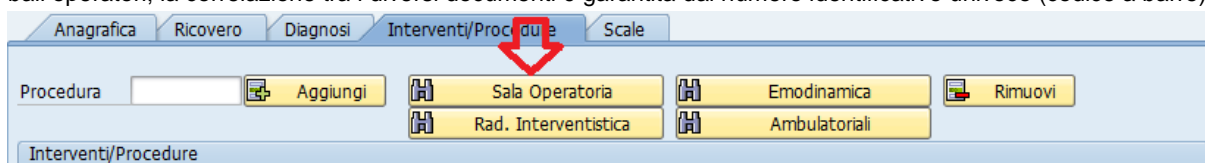
Stante l'obbligo di registrare l'ora di inizio dell'intervento chirurgico (e/o della procedura “significativa” ai sensi dell'attribuzione a specifici DRG), il medico dimettente non potrà registrare sulla SDO le procedure diagnostiche o terapeutiche avviate prima dell'orario di chiusura del verbale di Pronto Soccorso. L'esclusione dalla SDO delle procedure chirurgiche, comprese quelle elencate di seguito, ha rilevanza economica:

- 0050 IMPIANTO DI PACEMAKER PER LA RISINCRONIZZAZIONE CARDIACA SENZA MENZIONE DI DEFIBRILLAZIONE, SISTEMA TOTALE (CRT-P)
- 0051 IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE PER LA RISINCRONIZZAZIONE CARDIACA, SISTEMA TOTALE (CRT-D)
- 0052 IMPIANTO O SOSTITUZIONE DI ELETTRODI TRANSVENOSI NEL SISTEMA VENOSO CORONARICO DEL VENTRICOLO SINISTRO
- 0053 IMPIANTO O SOSTITUZIONE DEL SOLO PACEMAKER PER LA RISINCRONIZZAZIONE CARDIACA (CRT-P)
- 0054 IMPIANTO O SOSTITUZIONE DEL SOLO DEFIBRILLATORE PER LA RISINCRONIZZAZIONE CARDIACA (CRT-D)
- 0061 ANGIOPLASTICA PERCUTANEA O ATERECTOMIA DI VASI PRECEREBRALI (EXTRACRANICI)
- 0062 ANGIOPLASTICA PERCUTANEA O ATERECTOMIA DEI VASI INTRACRANICI
- 0066 ANGIOPLASTICA PERCUTANEA CORONARICA TRANSLUMINALE (PTCA) O ATERECTOMIA CORONARIA
- 0941 SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE
- 0943 SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE
- 0944 INTUBAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE
- 0949 ALTRE MANIPOLAZIONI DELLE VIE LACRIMALI
- 0951 INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE

- 0952 INCISIONE DEI CANALICOLI LAGRIMALI
- 0953 INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE
- 0959 ALTRA INCISIONE DELLE VIE LAGRIMALI
- 2109 CONTROLLO DI EPISTASSI CON ALTRE PROCEDURE
- 280 INCISIONE E DRENAGGIO DI STRUTTURE TONSILLARI E PERITONSILLARI
- 3726 TEST INVASIVO ELETTROFISIOLOGICO CON CATETERISMO
- 3727 MAPPATURA DEL CUORE
- 3734 ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE DI ALTRI TESSUTI O LESIONI DEL CUORE, ALTRO APPROCCIO (ABLAZIONE FA)
- 3780 INSERZIONE DI PACE-MAKER PERMANENTE, INIZIALE O SOSTITUZIONE, TIPO DI STRUMENTO NON SPECIFICATO
- 3781 INSERZIONE INIZIALE DI APPARECCHIO A CAMERA SINGOLA, NON SPECIFICATO COME FREQUENZA DI RISPOSTA
- 3782 INSERZIONE INIZIALE DI APPARECCHIO A CAMERA SINGOLA, FREQUENZA DI RISPOSTA
- 3783 INSERZIONE INIZIALE DI APPARECCHIO A CAMERA DOPPIA, APPARECCHIO SEQUENZIALE ATRIO-VENTRICOLO
- 3972 RIPARAZIONE ENDOVASCOLARE O OCCLUSIONE DEI VASI DI TESTA E COLLO (*Neuroradiologia*)
- 3974 RIMOZIONE ENDOVASCOLARE DI OSTRUZIONE DA VASO/I DI TESTA E COLLO
- 3979 ALTRA RIPARAZIONE ENDOVASCOLARE (DI ANEURISMA) DI ALTRI VASI (*Radiologia Interventiva*)
- 4233 ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO (*scletorizzazione di varici esofagee*)
- 4289 ALTRA RIPARAZIONE DELL'ESOFAGO (*codice convenzionalmente utilizzato per l'inserimento di stent esofageo*)
- 4679 ALTRA RIPARAZIONE DELL'INTESTINO (*codice convenzionalmente utilizzato per l'inserimento di stent duodenali o del colon*)
- 5024 ABLAZIONE PERCUTANEA DI TESSUTO O LESIONE EPATICI
- 5503 NEFROSTOMIA PERCUTANEA SENZA FRAMMENTAZIONE
- 5504 NEFROSTOMIA PERCUTANEA CON FRAMMENTAZIONE
- 8852 ANGIOCARDIOGRAFIA DEL CUORE DESTRO
- 8853 ANGIOCARDIOGRAFIA DEL CUORE SINISTRO
- 8854 ANGIOCARDIOGRAFIA COMBINATA DEL CUORE DESTRO E SINISTRO
- 8855 ARTERIOGRAFIA CORONARICA CON CATETERE SINGOLO
- 8856 ARTERIOGRAFIA CORONARICA CON CATETERE DOPPIO
- 8857 ALTRA E NON SPECIFICATA ARTERIOGRAFIA CORONARICA
- 9851 LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA
- 9910 INIEZIONE O INFUSIONE DI AGENTE TROMBOLITICO (*protocollo "Stroke"*)

### Importazione degli interventi da Ormaweb

In fase di compilazione della SDO, il sistema è in grado di importare i codici diagnosi ICD-9-CM presenti nei verbali operatori; la correlazione tra i diversi documenti è garantita dal numero identificativo univoco (codice a barre).



Riscontrata la presenza di uno o più verbali relativi a procedure eseguite nel blocco operatorio, il sistema mostrerà una finestra contenente i diversi verbali correlati al ricovero indice.

Episodio	Cognome	Nome	Dt. nascita	Se...	Cod. Int.	Descrizione Procedura	Dt. Inter.	Ora Inter.	ID Ormaweb
2016028220				M	45.73	EMICOLECTOMIA DESTRA	29.12.2016	16:00:	141.651
2016028220				M	54.21	LAPAROSCOPIA	29.12.2016	16:00:	141.651

Premendo il tasto evidenziato dalla freccia rossa, si possono selezionare tutti i codici intervento. La successiva pressione del bottone “IMPORTA” permetterà di inserire in SDO tutti i codici selezionati, completi di tutte le informazioni necessarie (presenti sul verbale Ormaweb).

Dettaglio procedura selezionata	
Codice Procedura	4573 EMICOLECTOMIA DESTRA
Data/Ora	29.12.2016 / 15:15:00
Codice ASA	2
Checklist	Si
Cog/Nom 1° chirurgo	RESTA GIUSEPPE
Cod. fiscale	RSTGPP77H04F784X
Cog/Nom 2° chirurgo	RUBINO SERENA
Cod. fiscale	RBNSRN88P58B180C
Cog/Nom 3° chirurgo	MONGARDI LORENZO
Cod. fiscale	MINGLNZ90M24D458G
Cog/Nom anestes.	PAOLAZZI MICHELE
Cod. fiscale	PLZMHL53D03D548Q

### Note operative per la corretta registrazione dei dati su Ormaweb

Per permettere gli automatismi predisposti per la compilazione della SDO, è necessario che tutti i verbali operatori contengano il codice identificativo univoco (codice a barre), e che tale codice sia formalmente corretto e riferito all'episodio di ricovero indice. In assenza di codice a barre il verbale operatorio non potrà essere convalidato<sup>21</sup>.

La corretta registrazione del codice nosologico, al quale deve corrispondere uno specifico record all'interno del flusso informativo dedicato alla *Surgical Safety Checklist* (SSCL) sarà oggetto di specifica verifica da parte della Regione.

Per favorire la corretta compilazione del dato, è opportuno che tutti i pazienti inviati in sala operatoria, indipendentemente dal regime di ricovero (diurno o ordinario) indossino l'apposito braccialetto identificativo.

L'estrazione dei nominativi e dei codici fiscali dal verbale operatorio richiama la necessità di prestare la massima attenzione nella registrazione dei nominativi dei chirurghi e degli anestesisti che compongono l'equipe operatoria.

OPERATORI	
<b>1° Chirurgo</b>	RESTA GIUSEPPE, ANANIA GABRIELE
<b>Altri Chirurghi</b>	RUBINO SERENA, MONGARDI LORENZO, SCHIMERA ANTONIO
<b>Anestesisti</b>	PAOLAZZI MICHELE, LAZZARI CHIARA
<b>Strumentisti</b>	MALAGUTI MONIA, NICOLETTA CARMELINA, CAMPETELLA ELEONORA
<b>Infermieri di Anestesia</b>	BALESTRAZZI SILVIA

Come emerge dal confronto tra le due immagini precedenti, per la compilazione dei flussi informativi destinati alla Regione ed al Ministero:

- il codice fiscale del primo chirurgo sarà quello del primo medico registrato nel campo «1° CHIRURGO»;
- i codici fiscali del secondo e del terzo chirurgo corrispondono ai primi due nominativi registrati nel campo «ALTRI CHIRURGH»;
- il codice fiscale dell'anestesista sarà quello del primo medico registrato nel campo «ANESTESISTI».

<sup>21</sup> Alla chiusura del referto, il programma verifica la presenza del codice a barre; in caso di assenza, compare un warning e si avvia la procedura di allineamento per la ricerca del codice nosografico.

Per tale motivo, ferma restando la possibilità di registrare la partecipazione di più professionisti, compresi i medici in formazione,

- il primo nominativo inserito nel campo «1° CHIRURGO» deve essere sempre quello di un medico strutturato;
- il primo nominativo inserito nel campo «ANESTESISTA» deve essere sempre quello di un medico strutturato;
- è opportuno, ma non vincolante, che nel campo «ALTRI CHIRURGI» i nomi dei medici strutturati precedano, nella sequenza, quello dei medici in formazione.

Al termine dell'intervento, sia il verbale operatorio che la scheda SOS-net dovranno essere stampati e inseriti in cartella.

## Non operating room procedures

### TRAPIANTO DI MIDOLLO

I codici utilizzati per descrivere la procedura in esame, elencati di seguito, richiedono la registrazione dei dati *aggiuntivi*, ossia data e ora di inizio della procedura e codice fiscale del medico che la esegue.

- 4100 TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO SAI
- 4101 TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO AUTOLOGO SENZA DEPURAZIONE
- 4102 TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO ALLOGENICO CON DEPURAZIONE
- 4103 TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO ALLOGENICO SENZA DEPURAZIONE
- 4104 TRAPIANTO AUTOLOGO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE SENZA DEPURAZIONE
- 4105 TRAPIANTO ALLOGENICO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE SENZA DEPURAZIONE
- 4106 TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI DA SANGUE PRELEVATO DA VASI DEL CORDONE OMBELICALE
- 4107 TRAPIANTO AUTOLOGO DI CELLULE STAMINALI CON DEPURAZIONE
- 4108 TRAPIANTO ALLOGENICO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE CON DEPURAZIONE
- 4109 TRAPIANTO AUTOLOGO DI MIDOLLO OSSEO CON DEPURAZIONE

La registrazione del dato dovrà essere effettuata manualmente all'interno della SDO, avendo l'accortezza di inserire, nel campo checkList, il valore "Non applicabile".

The screenshot shows a software interface for recording medical procedures. At the top, there is a table titled 'Interventi/Procedure' with columns for 'Origine', 'Prest.', 'Princ.', 'Data interv.', 'Descrizione Procedura', 'Lateraltà', and 'Eiezione'. The first row is highlighted, showing procedure code 4104. Below this table is a 'Dettaglio procedura selezionata' section. It includes a 'Modifica' button, fields for 'Codice Procedura' (4104), 'Data/Ora' (02.11.2017 / 10:30:00), and 'Codice ASA' (0). A 'Checklist' dropdown menu is highlighted with a red box and contains the text 'Non applicabile'. Below these fields are input boxes for the names and fiscal codes of the surgeon, second surgeon, third surgeon, and anesthesiologist.

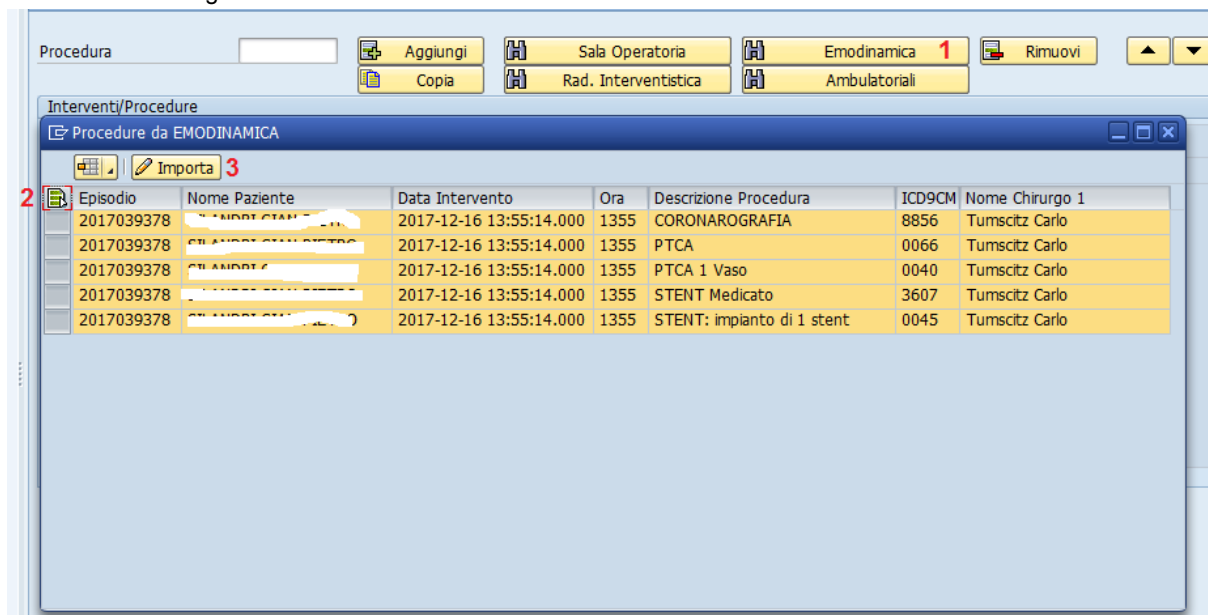
### EMODINAMICA

Le prestazioni di emodinamica sono regolarmente registrate su un archivio *esterno* a SAP; in relazione alla complessità della casistica in esame, è stata attivata un'apposita procedura (simile a quella descritta in precedenza

per copiare i dati inseriti all'interno del verbale operatorio) che permette l'acquisizione di tutti i codici intervento, correlati delle informazioni aggiuntive necessarie.

Il processo di compilazione della SDO si sviluppa in tre passaggi:

1. per avviare la procedura occorre premere il tasto "Emodinamica", contrassegnato nell'immagine dal numero 1;
2. la successiva pressione del tasto contrassegnato con il numero 2 permette di selezionare tutti i codici presenti;
3. per il completamento delle operazioni occorre premere l'apposito bottone "Importa", contrassegnato nell'immagine dal numero 3.



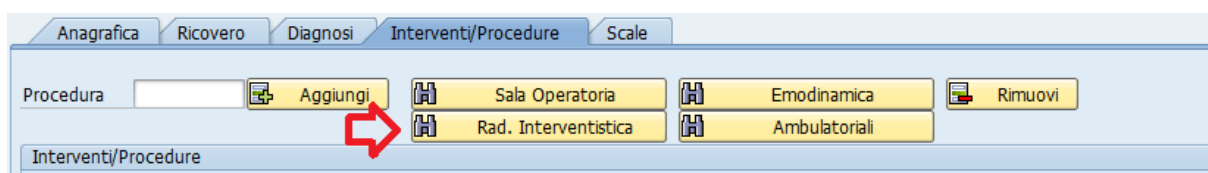
## NEURORADIOLOGIA E RADIOLOGIA INTERVENTIVA

Alcune prestazioni erogate dai servizi di Radiologia sono inserite nella lista dei codici che richiedono l'inserimento di informazioni aggiuntive (data e ora di inizio della procedura, codice fiscale del medico che la esegue).

Nella banca dati aziendale dei dimessi nel corso dell'anno 2015 si ha evidenza delle seguenti procedure:

- 00.62 ANGIOPLASTICA PERCUTANEA O ATRECTOMIA DEI VASI INTRACRANICI: 4 casi nel 2015;
- 39.50 ANGIOPLASTICA O ATRECTOMIA DI ALTRO/I VASO/I NON CORONARICO/I: 152 casi nel 2015;
- 39.72 RIPARAZIONE ENDOVASCOLARE O OCCLUSIONE DEI VASI DI TESTA E COLLO (embolizzazioni, spirali, ...): 30 casi nel 2015;
- 39.79 ALTRA RIPARAZIONE ENDOVASCOLARE (DI ANEURISMA) DI ALTRI VASI (embolizzazioni, spirali, ...): 76 casi nel 2015;
- 39.92 INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (ad esempio, di varici pelviche): 61 casi nel 2015;
- 63.1 ASPORTAZIONE DI VARICOCELE E IDROCELE DEL CORDONE SPERMATICO (compresa scleroembolizzazione di varici scrotali): 115 casi nel 2015.
- 81.65 VERTEBROPLASTICA: 75 casi nel 2015 (circa 15/anno ascrivibili al Servizio di Neuroradiologia);

È stata richiesta la creazione di una funzione che, similmente a quanto già avviene per i verbali operatori e per le prestazioni di emodinamica, permetta la compilazione guidata di tutti i dati richiesti.



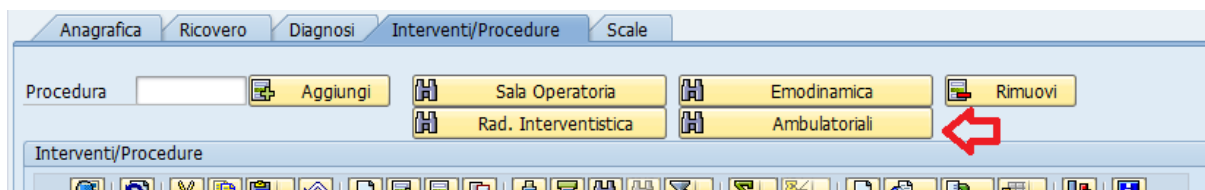
Alla data odierna la funzione non è ancora stata attivata.

## ENDOSCOPIA DIGESTIVA INTERVENTIVA

Alcune prestazioni erogate dal Servizio sono inserite nella lista dei codici che richiedono l'inserimento di informazioni aggiuntive (data e ora di inizio della procedura, codice fiscale del medico che la esegue).

- 42.39 ALTRA DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ESOFAGO;
- 50.24 ABLAZIONE PERCUTANEA DI TESSUTO O LESIONE EPATICI (termoablazione di neoplasia); 47 casi nel 2015.

È stata richiesta la creazione di una funzione che, similmente a quanto già avviene per i verbali operatori e per le prestazioni di emodinamica, permetta la compilazione guidata di tutti i dati richiesti.



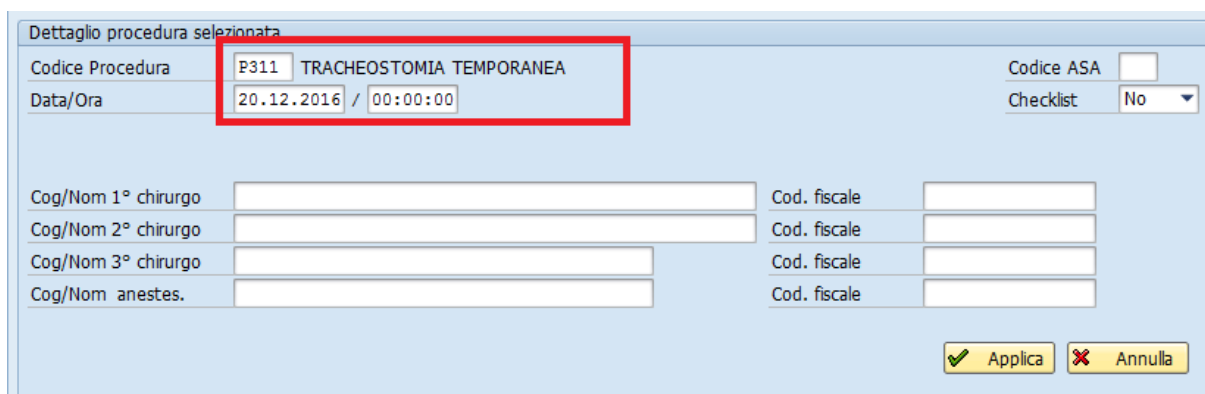
Alla data odierna la funzione non è ancora stata attivata.

## TRACHEOSTOMIA

La procedura 31.1 TRACHEOSTOMIA TEMPORANEA non rientra nell'elenco dei codici che richiedono l'inserimento di informazioni aggiuntive.

Vista la rilevanza della procura e la sua capacità di attribuire il caso a DRG specifici, è opportuno provvedere alla registrazione dell'avvenuta erogazione della prestazione (inserimento manuale).

La corretta e completa registrazione del dato prevede l'inserimento del codice intervento e l'indicazione del giorno in cui è stata eseguita (*vedi esempio*). Tutti gli altri campi possono essere lasciati vuoti.

The image shows a screenshot of a software application interface for a 'Dettaglio procedura selezionata'. The main area contains the following information:

- Codice Procedura: P311 TRACHEOSTOMIA TEMPORANEA (highlighted with a red box)
- Data/Ora: 20.12.2016 / 00:00:00 (highlighted with a red box)
- Codice ASA: [empty field]
- Checklist: No (dropdown menu)

Below this information, there are four rows for entering surgeon and anesthesiologist details, each with a text field for 'Cog/Nom' and a text field for 'Cod. fiscale':

- Cog/Nom 1° chirurgo: [empty field] Cod. fiscale: [empty field]
- Cog/Nom 2° chirurgo: [empty field] Cod. fiscale: [empty field]
- Cog/Nom 3° chirurgo: [empty field] Cod. fiscale: [empty field]
- Cog/Nom anestes.: [empty field] Cod. fiscale: [empty field]

At the bottom right, there are two buttons: 'Applica' (with a green checkmark icon) and 'Annulla' (with a red X icon).

## VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

La procedura non rientra nell'elenco dei codici che richiedono l'inserimento di informazioni aggiuntive.

Vista la rilevanza della procedura e la sua capacità di attribuire il caso a DRG specifici, è opportuno provvedere alla registrazione del codice, specificando la durata temporale della ventilazione (inserimento manuale):

- 9670 VENTILAZIONE MECCANICA CONTINUA DI DURATA NON SPECIFICATA
- 9671 VENTILAZIONE MECCANICA CONTINUA PER MENO DI 96 ORE CONSECUTIVE
- 9672 VENTILAZIONE MECCANICA CONTINUA PER 96 ORE CONSECUTIVE O PIÙ

La corretta e completa registrazione del dato prevede l'inserimento del codice intervento e l'indicazione del giorno in cui è stata eseguita (*vedi esempio*). Tutti gli altri campi possono essere lasciati vuoti.

Dettaglio procedura selezionata			
Codice Procedura	P9672 VENTILAZIONE MECCANICA CONTINUA PER 96 ORE CONSECUTIVE O P1	Codice ASA	<input type="text"/>
Data/Ora	20.12.2016 / 00:00:00	Checklist	No
Cog/Nom 1° chirurgo	<input type="text"/>	Cod. fiscale	<input type="text"/>
Cog/Nom 2° chirurgo	<input type="text"/>	Cod. fiscale	<input type="text"/>
Cog/Nom 3° chirurgo	<input type="text"/>	Cod. fiscale	<input type="text"/>
Cog/Nom anestes.	<input type="text"/>	Cod. fiscale	<input type="text"/>
		<input type="button" value="✓ Applica"/>	<input type="button" value="✗ Annulla"/>

### Registrazione delle procedure “in service”

Per la registrazione delle procedure erogate in service è stata predisposta una maschera specifica, attiva e compilabile solo a fronte del riscontro di un movimento di *Trasferimento “esterno”*.

Il debito informativo relativo alle prestazioni *in service* è identico a quello delle prestazioni erogate all'interno della nostra Azienda.

### Informazioni aggiuntive correlate a specifici codici intervento

#### CREATININA SERICA

Indica il valore preoperatorio della creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL), rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento. In caso di più interventi in sessioni operatorie diverse, il valore della creatinina è da riferirsi alla prima sessione operatoria.

Il dato è obbligatorio se l'età del paziente è maggiore di 65 anni e nella SDO è registrato uno dei seguenti codici intervento:

#### **Area ortopedico-traumatologica**

- 79.00 Riduzione incruenta di frattura senza fissazione interna in sede non specificata
- 79.05 Riduzione incruenta di frattura del femore senza fissazione interna
- 79.10 Riduzione incruenta di frattura con fissazione interna, sede non specificata
- 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna
- 79.20 Riduzione cruenta di frattura senza fissazione interna in sede non specificata
- 79.25 Riduzione cruenta di frattura del femore, senza fissazione interna
- 79.30 Riduzione cruenta di frattura con fissazione interna in sede non specificata
- 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna
- 79.40 Riduzione incruenta di epifisiolisi in sede non specificata
- 79.45 Riduzione incruenta di epifisiolisi del femore
- 79.50 Riduzione cruenta di epifisiolisi in sede non specificata
- 79.55 Riduzione cruenta di epifisiolisi del femore
- 81.51 Sostituzione totale dell'anca
- 81.52 Sostituzione parziale dell'anca

#### **Area cardiocirurgica**

- 35.10 Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
- 35.11 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
- 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
- 35.13 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
- 35.14 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
- 35.20 Sostituzione di valvola cardiaca non specificata
- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 35.22 Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 35.24 Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
- 35.25 Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi

- 35.26 Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
- 35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
- 35.28 Altra sostituzione di valvola tricuspide con protesi
- 36.10 Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI
- 36.11 Bypass (aorto)coronarico di una arteria coronarica
- 36.12 Bypass (aorto)coronarico di due arterie coronariche
- 36.13 Bypass (aorto)coronarico di tre arterie coronariche
- 36.14 Bypass (aorto)coronarico di quattro o più arterie coronariche
- 36.15 Bypass singolo mammaria interna-arteria coronarica
- 36.16 Bypass doppio mammaria interna-arteria coronarica
- 36.17 Bypass dell'arteria coronaria addominale
- 36.19 Altro bypass per rivascolarizzazione cardiaca

## FRAZIONE DI EIEZIONE

Indica la frazione di eiezione pre-operatoria riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico o di intervento sulle valvole cardiache. In caso di più interventi in sessioni operatorie diverse il valore della creatinina è da riferirsi alla prima sessione operatoria.

Il dato è obbligatorio se nella SDO è registrato uno dei seguenti codici intervento (principale o secondario)

### **Area cardiocirurgica**

- 35.10 Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
- 35.11 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
- 35.12 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
- 35.13 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
- 35.14 Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
- 35.20 Sostituzione di valvola cardiaca non specificata
- 35.21 Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
- 35.22 Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
- 35.23 Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi
- 35.24 Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi
- 35.25 Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
- 35.26 Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
- 35.27 Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
- 35.28 Altra sostituzione di valvola tricuspide con protesi

## **Lateralità (codici intervento)**

Per i dimessi dal 1° gennaio 2017 in avanti, è possibile specificare, per ciascun codice, la lateralità dell'intervento. In caso di intervento bilaterale non esplicitamente descritto dal codice ICD9CM, grazie a tale informazione, decade l'indicazione di ripetere due volte il codice procedura, con due eccezioni:

1. devono essere registrati due volte, se l'intervento è stato eseguito su entrambe le articolazioni, i codici che hanno la capacità di attribuire il caso al DRG 471 INTERVENTI MAGGIORI BILATERALI O MULTIPLI SULLE ARTICOLAZIONI DEGLI ARTI INFERIORI:
  - 00.70 Revisione di protesi d'anca, sia acetabolare che dei componenti femorali
  - 00.80 Revisione della protesi di ginocchio, totale (tutti i componenti)
  - 00.85 Rivestimento totale dell'anca, acetabolo e testa del femore
  - 00.86 Rivestimento dell'anca, parziale, testa del femore
  - 00.87 Rivestimento dell'anca, parziale, acetabolo
  - 81.51 Sostituzione totale dell'anca
  - 81.52 Sostituzione parziale dell'anca
  - 81.54 Sostituzione totale del ginocchio
  - 81.56 Sostituzione totale della tibiotarsica
2. devono essere registrati due volte, in caso di intervento bilaterale, i codici per i quali la Delibera tariffaria vigente prevede una specifica tariffa (aggiuntiva) correlata al numero di device impiantati, al numero di dita reimpiantate o alla bilateralità di sede.

I codici ripetuti dovranno riportare la lateralità destra e sinistra, evitando il valore "bilaterale".

---

# ITER PER LA COMPILAZIONE E LA STAMPA DELLA SDO

## Step 1

Nella SDO informatizzata sarà possibile registrare fino a 15 codici diagnosi e 15 codici intervento; poiché la Circolare Regionale ha limitato il flusso a 6 codici diagnosi e 11 codici intervento, se necessario, il personale dell'Ufficio Dimissioni provvederà alla selezione dei codici da inviare in Regione ed al Ministero.

Il medico che ha in carico il paziente (il riferimento è il centro di costo sul quale è caricato il paziente) può accedere in qualsiasi momento alla SDO informatizzata, durante il ricovero del paziente, inserendo e/o modificando i dati relativi a diagnosi, interventi e procedure, così come il medico del reparto che dimette il paziente.

Chi accede alla SDO informatizzata:

- ha a disposizione una funzione per il recupero delle informazioni (codici diagnosi) registrate nella lettera di dimissione;
- ha a disposizione una funzione per il recupero delle informazioni (codici intervento e informazioni *integrative* quali ora di inizio della procedura, codici fiscali di chirurghi ed anestesista, classe ASA, ...) presenti nel registro operatorio Ormaweb, nei verbali compilati dal servizio di Emodinamica, nei referti relativi ad alcune prestazioni di Radiologia Interventiva, Neuroradiologia e Endoscopia digestiva interventiva;
- ha a disposizione la funzione di ricerca paziente su Ormaweb per i casi di mancata / errata registrazione del nosologico;
- può inserire e/o modificare e/o eliminare i codici registrati (sia diagnosi che interventi);

Al termine dei lavori, il compilatore convalida i dati registrati che, da questo momento in avanti, potranno essere modificati solo dal personale dell'Ufficio Dimissioni.

La convalida è subordinata all'avvenuta registrazione della data e della modalità di dimissione (da parte dell'operatore deputato) ovvero, alla presenza di una lettera di dimissione informatizzata, convalidata. In assenza di almeno uno dei due criteri, la scheda potrà essere salvata ma non convalidata.

Dopo la convalida il medico non potrà più apportare variazioni alla SDO. Sino al momento del *completamento*, la scheda è modificabile solamente a cura del personale dell'Ufficio Dimissioni.

## Step 2

L'Ufficio Dimissioni svolge una funzione di verifica e controllo della qualità della compilazione della SDO:

- verifica la congruenza della codifica con le Linee Guida e la correttezza formale dei codici inseriti;
- corregge ed integra i codici registrati dal medico, se necessario;
- seleziona ed ordina i sei codici diagnosi e gli undici codici intervento da inserire nel flusso informativo regionale;

Dopo le verifiche, l'Ufficio Dimissioni convalida e stampa la SDO inviandola al reparto di dimissione per l'archiviazione.

La copia elettronica del documento è disponibile all'interno dell'area SDO, nella sezione "completate".

## Step 3

Al ricevimento della SDO convalidata dall'Ufficio Dimissioni, il medico dimettente verifica le informazioni registrate:

- se concorda con quanto scritto, stampa e firma la SDO, che dovrà essere archiviata all'interno della cartella clinica;
- se non condivide pienamente il contenuto della SDO, si rapporta con il NAC o con l'Ufficio Dimissioni per concordare la nuova codifica; effettuate le correzioni, il sistema *sostituirà* il documento elettronico con la nuova scheda.

Una volta entrato in possesso della SDO stampata dall'ufficio dimissioni, il medico dimettente ha la possibilità di confrontare il documento con la codifica *originale* da lui compiuta, attraverso una procedura che si articola in quattro passaggi, evidenziati nell'immagine seguente:

- selezionare l'area "Nuova SDO" (doppio click);

- inserire il numero del nosografico di interesse;
- premere il bottone "Ricerca"
- selezionare il link corrispondente al numero nosologico

### Data di dimissibilità e motivo di ritardata dimissione

La SDO elettronica contiene due campi che non costituiscono debito informativo nei confronti della Regione e/o del Ministero, all'interno dei quali è possibile registrare la data di dimissibilità del paziente ed il motivo prevalente che ha comportato il prolungamento della degenza (impiego inappropriato della risorsa posto letto).

I possibili motivi di ritardata dimissione sono i seguenti:

- Attesa consulenza UVG
- Attesa posto letto in hospice
- Attesa posto letto in OSCO
- Attesa posto letto in RSA
- Attesa posto letto in LPA
- Attesa posto letto in riabilitazione
- Attesa posto letto c/o altro ospedale
- Assistenza territoriale non disponibile
- Ritardata attivazione assistenza territoriale
- Dimissione protetta non attivata
- Proposta assistenziale rifiutata
- Rientro in famiglia ritardato
- Rete sociale inadeguata
- Attesa dimissione di neonato / madre
- Neonato non riconosciuto
- Attesa referti
- Diagnostica non disponibile
- Trasporto non disponibile
- Altro

Il motivo PROPOSTA ASSISTENZIALE RIFIUTATA, può essere utilizzato per descrivere la condizione di un parente che si oppone al trasferimento del congiunto presso una struttura esterna (LPA, RSA o altro).

Il motivo ATTESA DIMISSIONE DI NEONATO / MADRE, può essere utilizzato per descrivere la condizione di un prolungamento del ricovero della madre imputabile a problemi del neonato ovvero ad un prolungamento del ricovero del neonato imputabile a problemi della madre. L'età del paziente permetterà di identificare facilmente la fattispecie alla quale si fa riferimento.

### **Firma del medico dimettente**

“La scheda di dimissione ospedaliera reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione.”<sup>22</sup>

Il nome del medico che si è loggato a sistema è quello che compare in calce alla SDO, come medico dimettente. In caso di errore, è possibile contattare l'Ufficio Dimissioni per modificare tale nominativo.

---

<sup>22</sup> Articolo 2 comma 3 del DM 380/2000: “Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati.”

## **Nota finale**

Ulteriori indicazioni per la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera possono essere reperite presso il sito intranet aziendale che, nella sezione “Per il professionista”, prevede un’area specifica dedicata alla scheda di dimissione ospedaliera (<http://intranet.azospfe.it/il-professionista/ufficio-dimissioni-ospedaliere-info-e-strumenti>).

Parte dei contenuti del sito sono stati utilizzati per la stesura del presente manuale.

Ferrara, 2 febbraio 2018