

Indicazioni per la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera

Franco Guerzoni

SDO 2018 [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 1.4, settembre 2019

Sommario

Introduzione	5
la scheda di dimissione ospedaliera	6
Obbligo di stampa della SDO	6
L'area SDO	7
Accesso all'area SDO	7
L'albero delle directory	8
SDO modificate dopo il completamento	8
Informazioni relative all'accettazione.....	10
Onere della degenza	10
Regime di ricovero	10
Tipo di ricovero.....	10
Proposta di ricovero	11
Motivo del ricovero	11
Livello di istruzione	11
Data di prenotazione	12
Classe di priorità.....	12
Data e ora di uscita dal PS.....	12
Separazione del percorso acuzie e post-acuzie	13
Registrazione dei movimenti	14
Trasferimento "esterno"	14
Assenze temporanee e prove di domiciliazione	15
Passaggio da reparto per acuti a LPA o Riabilitazione, e viceversa.....	15
Modalità di dimissione	15
Data di dimissibilità e motivo di ritardata dimissione	16
Numero degli accessi in day hospital	16
Data di chiusura del day hospital.....	17
Gestione dei dati "sanitari": codici diagnosi	18
Definizione di diagnosi principale e secondaria.....	18
Importazione delle diagnosi dalla lettera di dimissione.....	18
Diagnosi presente all'ammissione	19
Stadiazione della neoplasia.....	19
Lateralità (codici diagnosi).....	20
Campo trauma.....	20
Codici E	20
Informazioni aggiuntive correlate a specifici codici diagnosi.....	25
Pressione arteriosa.....	25
Creatinina serica.....	26
Frazione di eiezione.....	27
Gestione dei dati "sanitari": codici intervento e procedura	28
Criteri per l'ordinamento della procedure	28
Gestione dei dati accessori relativi ai codici intervento/procedura	29
Data e ora di inizio della prestazione.....	31
Prestazioni richieste dal Pronto Soccorso, "significative" per il DRG.....	31
Importazione dati da fonti esterne (Ormaweb ed Emodinamica).....	32
Note operative per la corretta registrazione dei dati su Ormaweb	33
Procedure Non O.R. (<i>Non operating room</i>) di particolare interesse	33
Tracheostomia	33
Emodinamica	34
Ventilazione meccanica invasiva	34
Trapianto di midollo	34
Neuroradiologia e Radiologia Interventistica	35
Endoscopia digestiva interventistica	36
Lateralità (codici intervento)	36
Registrazione delle procedure "in service"	36
Altre informazioni	37

Scale di valutazione	37
Rilevazione del dolore	38
Giorni di sospensione	38
Compilazione e stampa della SDO.....	38
Firma del medico dimettente	39
Attività di controllo	40
Nota finale.....	42

Inserire:
- gestione detenuti

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”¹.*

“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”²

*“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”³.*

Le indicazioni relative ai controlli logico-formali che sottostanno alla compilazione della SDO, descritte nel presente manuale, anticipano gli aggiornamenti software di prossima realizzazione, finalizzati al completamento del processo di decentramento della compilazione e della stampa della SDO.

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 7/07/2016⁴, 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 passa dal formato cartaceo a quello elettronico.

Obbligo di stampa della SDO

Indipendentemente dalla genesi elettronica del documento, permane l'obbligo di produrne copia cartacea da firmare a cura del medico dimettente e conservare in cartella clinica.

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

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 e modificabile, sino al momento della chiusura operata dal medico dimettente;
- 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)

Accesso all'area SDO

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

The screenshot shows the SAP WS MEDICI (Lettera 2) interface. The title bar reads "WS MEDICI (Lettera 2) (Aggiornamento automatico ogni 60 secondo)". The main menu includes "Entrate", "Patient Organizer", "Lista Episodi", "Richiesta Prest.", "Risultati Lab.", "Storico ref. APT", "Planner Attività", and "Lettera Dimissione". The "Area SDO" menu item is highlighted with a red box and a red arrow. The main window displays a table titled "382 - GESTIONE REPARTO da 20.12.2016 08:11 con 16 Occupazioni". The table has columns for T.I., PS, TL, Camera, Letto, Episodio, Paziente, Dt.nasc., Dim., R, DLab, Lab, RichRis, RefRis, PACS, OrdApa, and Ref. The table contains 16 rows of patient data.

T.I.	PS	TL	Camera	Letto	Episodio	Paziente	Dt.nasc.	Dim.	R	DLab	Lab	RichRis	RefRis	PACS	OrdApa	Ref
S01.2B0			L01.2B0													
S01.2B0			L02.2B0		2016000293	.....E (M, 58)	28.04.1958									
S02.2B0			L03.2B0													
S02.2B0			L04.2B0		2016004055	.....O (M, 88)	02.07.1928									
S03.2B0			L05.2B0													
S03.2B0			L06.2B0													
S04.2B0			L07.2B0		2016004060	.....A (F, 63)	28.11.1953									
S04.2B0			L08.2B0		2016004059	.....A (F, 53)	20.10.1963									
S05.2B0			L09.2B0													
S05.2B0			L10.2B0													
S06.2B0			L11.2B0		2016005603	.....O (M, 91)	15.06.1925									
S06.2B0			L12.2B0		2016009380	.....O (M, 92)	07.05.1924									
S07.2B0			L13.2B0													
S07.2B0			L14.2B0													
S08.2B0			L15.2B0													
S08.2B0			L16.2B0													
S09.2B0			L17.2B0		2016007203	.....A (F, 80)	20.07.1936									
S09.2B0			L18.2B0		2016004058	.....A (F, 82)	26.12.1933									
S10.2B0			L19.2B0		2016009355	.....A (F, 75)	18.05.1941									
S10.2B0			L20.2B0		2016005605	.....O (F, 61)	10.07.1955									
S11.2B0			L21.2B0		2016004046	.....A (F, 83)	05.10.1933									
S11.2B0			L22.2B0		2016005606	.....A (F, 78)	05.02.1938									

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

Se non memorizzata tra i preferiti, è possibile richiamare l'apposita transazione SAP digitando "Z_gestione_SDO" all'interno della cella evidenziata nell'immagine, premendo successivamente il tasto "Invio".

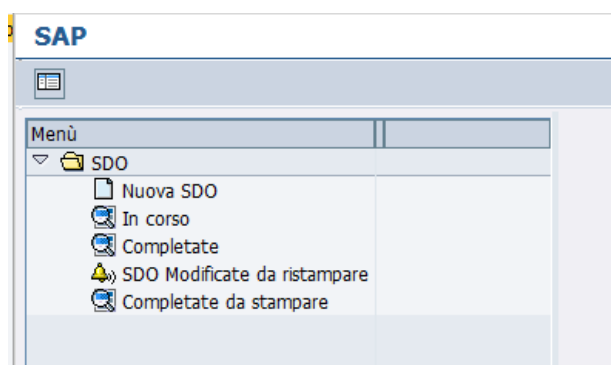


L'albero delle directory

Il completamento del decentramento delle funzioni di compilazione e stampa della SDO comporta la revisione dell'attuale struttura ad albero⁵, in virtù del superamento del vincolo rappresentato dalla verifica di ciascuna SDO da parte dell'Ufficio Dimissioni.

A fronte del completamento del decentramento, le SDO troveranno collocazione all'interno di una delle cartelle descritte di seguito:

- **"Nuova SDO"**: in questa cartella trovano collocazione le SDO che non sono mai state *aperte*, sulle quali non è stato registrata alcuna informazione;
- **"In corso"**: contenitore per tutte le SDO *aperte* dal medico, compilate in tutto o in parte, salvate ma non ancora convalidate; le SDO possono essere ancora modificate;
- **"Complete"**: una volta completate, le SDO non potranno più essere modificate dal medico; eventuali interventi correttivi potranno essere richiesti al personale dell'Ufficio Dimissioni;
- **"SDO modificate da ristampare"**: ogni cartella modificata (dal personale autorizzato) comparirà all'interno di questa cartella; all'accesso al sistema, il sistema darà evidenza al medico della presenza di SDO modificate all'interno di questa cartella;
- **"Complete da stampare"**: cartella deputata alla raccolta di SDO completate dal personale dell'Ufficio Dimissioni e/o modificate, secondo la *vecchia* procedura. Quando il *nuovo* sistema sarà regime, la cartella sarà eliminata.

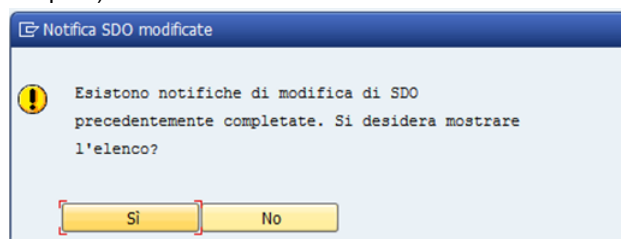


Una volta completato l'aggiornamento dell'applicativo, il medico di reparto:

- dovrà compilare la SDO nel rispetto di tutti i vincoli imposti dalla circolare regionale 6/2016;
- stamperà la SDO al termine della compilazione della stessa, alla stregua di quanto accade oggi nella compilazione della SDO di un paziente deceduto.

SDO modificate dopo il completamento

Accedendo al sistema (*logon*), il programma segnala la presenza di SDO modificate all'interno dell'apposita cartella (SDO modificate da ristampare).



La segnalazione è personalizzata, specifica per ciascun medico.

L'elenco delle SDO modificate contiene una prima informazione in merito a:

- tipologia di dati modificati (dati anagrafici, dati amministrativi relativi al ricovero, codici diagnosi, codici procedura o codici procedura esterna);
- nominativo di chi ha modificato la SDO;

⁵ Attualmente costituita dalle cartelle "Nuova SDO", "In corso", "Convalidate", "Complete".

- data e ora della variazione.

Un'apposita icona permetterà la stampa immediata della codia modificata della SDO.

Notifica SDO modificate dopo il completamento

3 SDO trovate per i criteri di selezione

Ricerca

Reparto

Medico Convalidante MEDICOSDO

Ricerca...

Sezione dati modificati, nome dell'autore, data e ora della variazione

Episodio	V...	Stampa	Testo	UO di cura	Nome utà org.	Anagrafica	Ricovero	Diagnosi	Procedure	Proc. Est.	Scale	Creto da	Data cr.	Alle
20150626	2			591	DEG. ONCOLOGIA CLINICA	X	X					SRUBINI	06.09.2018	15:18:42
20160010	2			201	DEGENZA NEFROLOGIA	X	X					FGUERZONI	14.08.2018	17:34:15
20160085	3			211	DEGENZA CARDIOLOGIA 1	X	X					FGUERZONI	14.08.2018	09:57:13

Accedendo alle singole posizioni, il medico potrà confrontare la SDO originale con quella modificata utilizzando gli appositi bottoni che permettono la visualizzazione in formato pdf dei due documenti.

Gestione SDO

Lista Episodi Accettazione Pdf SDO Originale Pdf SDO Modificata

Menù

- SDO
 - Nuova SDO
 - In corso
 - Completate
 - SDO Modificate da ristampare
 - Completate da stampare

Episodio: 2015062640
Accettato il 16.12.2015 / Dimesso il 26.10.2017

Anagrafica Ricovero Diagnosi Interventi/Procedure Scale

Ricovero SDO

Data prenotazione	14.12.2015	Tipo episodio	1
GG di sospensione	0	Num. di accessi	0
Trauma	Lesione accidentale	Ambiente	D
Trauma SDO	Infortunio in ambiente do...	Motivo ritard. dim.	
Data dimissibilità		Rilevam. dolore (Sì/No)	Sì
Rilevam. dolore (Sì/No)	Sì	Rilevam. autoptico (Sì/No)	

All'interno della maschera sono presenti altri bottoni che permettono:

- di accedere ai dati relativi all'accettazione amministrativa (e modificarli, se autorizzati);
- di accedere alla pagina riassuntiva di tutti i contatti avuti con la nostra struttura (bottone "Lista episodi")

Paziente 10236137

CCO Storico Paziente fino al 2003

A Episodio	Ip. ep.	Il si	Tipo accetta	A	A Cat. mov.	Az	Tipo accettazione	Pr	Data	Ora	UORepDeg	UORepDeg/Tra	Class.	Camera	Posto lett	Serv. urgenze	Serv I	Medico che esegue il
3016000057	PAZ EST-	ESAME			ESAME				01.01.16	12:40	A0211773							
3015316926	PAZ EST-	ESAME			ESAME				29.12.15	13:02	A0211773							
3015312651	PAZ EST-	ESAME			ESAME				21.12.15	14:09	A0212710	AMB.GEN.CLI						
2015062640	RIC ORD	1PROGRAMMATO			ACCETTAZIONE	1	1PROGRAMMATO	9	16.12.15	15:46	591	D-ONCOLOGIA	S16.1B3	L28.1B3				
	TRASFER	TR TRASF REPARTO			TRASFER	TR	TRASF REPARTO		22.12.15	15:40	331	DEG CLIN CH.	S14.2B2	L27.2B2				
	TRASFER	TR TRASF REPARTO			TRASFER	TR	TRASF REPARTO		08.02.16	14:46	261	D-ANE.RIA.UN						
	TRASFER	TR TRASF REPARTO			TRASFER	TR	TRASF REPARTO		08.02.16	15:19	331	DEG CLIN CH.	S14.2B2	L27.2B2				
	DIMISSIONE	1 IDECEDUTO			DIMISSIONE	1	IDECEDUTO		26.10.17	10:59	331	DEG CLIN CH.	S14.2B2	L27.2B2				
888699331	PAZ EST-	ACC.AMBULAT-			ACC.AMBULATORIO				10.12.15	08:05	593	AMB.ONCOLOGI						
2015945187	RIC DR	9 8 DSA2																
3015299215	PAZ EST-	ESAME			ESAME				07.12.15	09:56	A0211889							
3015300232	PAZ EST-	ESAME																

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 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 classe 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' va utilizzato per il paziente che accede all'ospedale tramite il PS, mentre il codice '11' descrive il paziente che 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 diurno. 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".

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.

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 di 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.

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

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 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 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.

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”⁶.

Operativamente:

- la SDO relativa alla prima parte del ricovero va chiusa con modalità di dimissione = 7 TRASFERIMENTO AD ALTRO REGIME DI RICOVERO O AD ALTRO TIPO DI ATTIVITÀ DI RICOVERO (ACUTI, RIABILITAZIONE, LUNGODEGENZA) NELL'AMBITO DELLO STESSO PRESIDIO;
- per il secondo ricovero si dovranno utilizzare i seguenti dati:
 - Proposta di ricovero = 7 TRASFERITO DA ALTRO TIPO ATTIVITÀ DI RICOVERO
 - Tipo di ricovero = 1 PROGRAMMATO
 - Data di prenotazione = data in cui ci si accorda per il trasferimento del paziente
 - Classe di priorità = A entro 30 giorni
 - 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 ad un altro reparto di riabilitazione e/o su un posto letto di lungodegenza post-acuzie (nello specifico, su un posto letto di Ortogeriatrics), e viceversa.

Tutti i movimenti da e verso reparti per acuti comportano la necessità di **dimettere** il paziente (con contestuale compilazione della lettera di dimissione) e di **accettarlo** nel nuovo reparto, attribuendo un nuovo numero nosologico ed aprendo una nuova cartella clinica.

REGISTRAZIONE DEI MOVIMENTI

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

Trasferimento “esterno”

Il “trasferimento esterno” descrive la condizione di un intervento chirurgico (o procedura invasiva) eseguito 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 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 la maschera utilizzata per la registrazione delle assenze temporanee, alla quale si può accedere direttamente dalla workstation di reparto.

The screenshot shows the 'Date di assenza' form. The 'Tp. assenza' dropdown is set to 'USCITA TR. EST.'. The 'Ass. da' field is '09.03.2018' and 'Ass. a' is '09.03.2018'. The 'Ora' field for start is '11:12:19' and for end is '24:00:00'. The 'Stato' dropdown is set to 'Effettivo'. There is a checkbox for 'Prova domiciliazione(solo per i reparti di Riabilitazione)' which is unchecked.

Per ogni trasferimento *esterno* 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 (è attiva la funzione di ricerca attraverso la pressione dell’apposito bottone - indicato dalla freccia nell’immagine successiva); se la struttura di interesse non compare nell’elenco proposto, è possibile contattare il Servizio ICT per chiedere l’aggiornamento della lista;
- 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 dovrà essere modificato al momento dell’effettivo rientro del paziente in struttura (non potrà essere inserito un orario futuro).

The screenshot shows the 'Date di assenza' form with the 'Trasferimento Esterno' section expanded. The 'Tp. assenza' dropdown is set to 'USCITA TR. EST.'. The 'Ass. da' field is '09.03.2018' and 'Ass. a' is '09.03.2018'. The 'Ora' field for start is '11:15:30' and for end is '24:00:00'. The 'Stato' dropdown is set to 'Effettivo'. There is a checkbox for 'Prova domiciliazione(solo per i reparti di Riabilitazione)' which is unchecked. The 'Tipo ritorno' dropdown is empty. The 'Nota' field is empty. The 'Assenza autorizzata' checkbox is unchecked. The 'Trasferimento Esterno' section has the following fields: 'Struttura' (with a dropdown menu and a red arrow pointing to it), 'Struttura interna' (with a dropdown menu), 'Codice UO' (with a checked checkbox), and 'Codice Sub-UO' (with an unchecked checkbox).

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

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 Lungodegenza⁷ 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.

7 Nella nostra Azienda, i posti letto della U.O. Ortogeriatría sono classificati come Lungodegenza.

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’assistenza⁸.

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).

Ricovero SDO	
Data prenotazione	16.12.2017
GG di sospensione	
Tipo episodio	1 Episodio degente
Trauma	
Num. di accessi	0
Trauma SDO	
Ambiente	
Data dimissibilità	
Motivo ritardata dimissione	
Codice (E)	
Rilevam. dolore (Si/No)	Si
Codice (E) n°2	

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.

Numero degli 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.

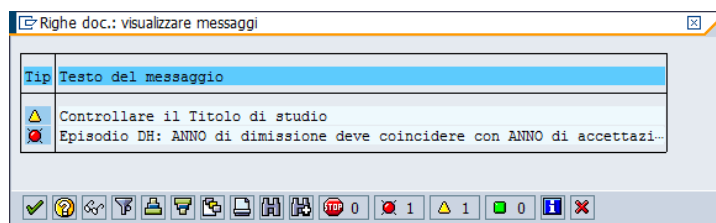
8 Riferimento: P.G. 95812 del 13/12/2015 della Regione Emilia Romagna

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 SDO⁹.

È stata implementato un controllo che, per tutti i ricoveri diurni, i PAC ed i DSA, impedisce di registrare una data di dimissione con anno diverso da quello dell'ammissione.



GESTIONE DEI DATI “SANITARI”: CODICI DIAGNOSI

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”¹⁰.

“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”¹¹.

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

L’inserimento di un numero superiore di codici comporta l’impossibilità di convalidare la SDO.

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; BPCC ed interstiziopatia cronica in ex forte fumatore, IRC stadio V; anemia cronica polifattoriale (da IRC, malattie croniche, carenziale, possibile microstrocilicid 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

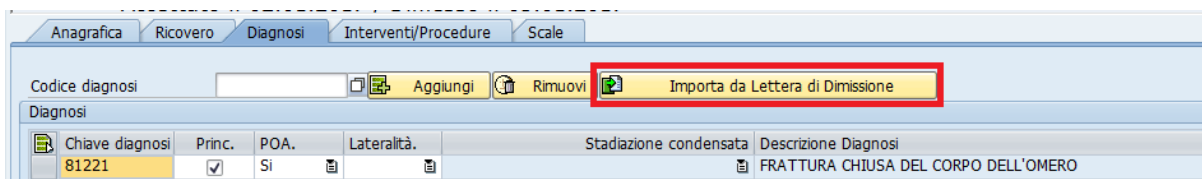
- Torna in reparto il 21/03 ore 8.00 per eseguire prelievo ematico di controllo ed eventuale aggiustamento di terapia
- Risonanza Magnetica encefalo di controllo il 06/04/2016 alle ore 9:00
- Visita anestesiológica il 30/03 ore 15:30 (sette 3E1), passare prima dal Reparto di Pediatria

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.

In caso contrario, se per la compilazione della lettera di dimissione ci si avvale delle liste di codici ICD-9-CM presenti a sistema (esempio di destra nell’immagine precedente), sarà possibile importare tali codici nella SDO, attraverso la pressione dell’apposito tasto.

10 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

11 Idem



Diagnosi presente all'ammissione

Per ciascun codice diagnosi registrato è necessario specificare se la condizione descritta 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. In continuità con la SDO cartacea utilizzata sino al 31/12/2016, è stato utilizzato l'acronimo "PoA" (*present on admission*).

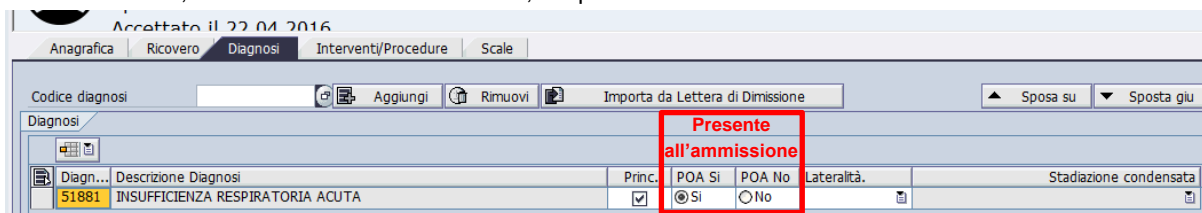
Nello specifico:

- 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.

Per una veloce compilazione della SDO, il sistema precompila il campo con il valore predefinito "Si", modificabile *clickando* il valore "No" all'interno dell'apposita colonna.

L'acronimo POA, utilizzato come titolo di colonna, sta per *Present on admission*.



Stadiazione della neoplasia

In caso di tumore maligno (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. 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)
- 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 le 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

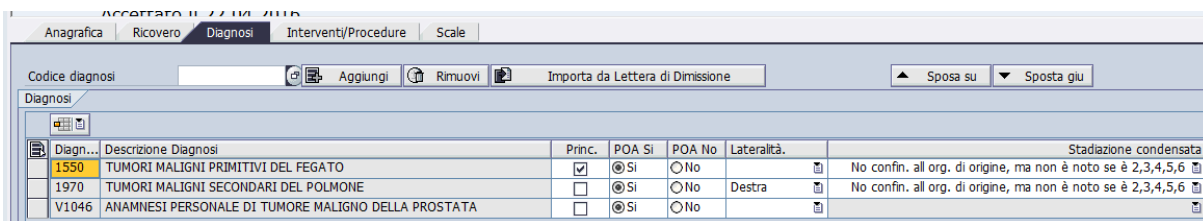
Stadiazione: 7 - non confinato all'organo di origine (ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6)

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



Diagn...	Descrizione Diagnosi	Princ.	POA Si	POA No	Lateraltà.	Stadiazione condensata
1550	TUMORI MALIGNI PRIMITIVI DEL FEGATO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		No confin. all org. di origine, ma non è noto se è 2,3,4,5,6
1970	TUMORI MALIGNI SECONDARI DEL POLMONE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Destra	No confin. all org. di origine, ma non è noto se è 2,3,4,5,6
V1046	ANAMNESI PERSONALE DI TUMORE MALIGNO DELLA PROSTATA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		

Lateralità (codici diagnosi)

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

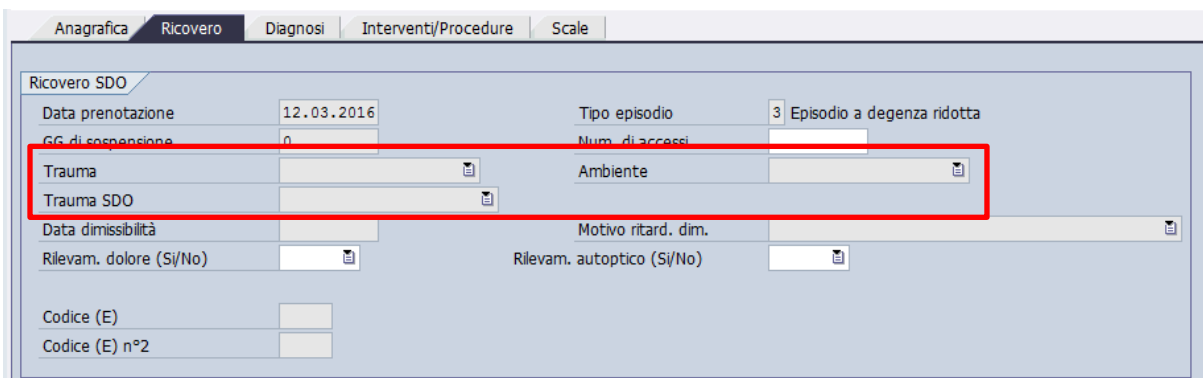
- 1 = Destra
- 2 = Sinistra
- 3 = Bilaterale

Campo trauma

Il "campo trauma" è alimentato con le informazioni raccolte dal triagista, se il motivo di accesso al Pronto Soccorso è un evento traumatico; è altresì obbligatorio in presenza di codici diagnosi descrittivi di lesioni traumatiche, anche se il ricovero è programmato, ovvero non disposto dal Servizio di 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.

Il debito informativo è assolto attraverso la compilazione dei campi evidenziati nell'immagine.



Ricovero SDO

Data prenotazione: 12.03.2016 Tipo episodio: 3 Episodio a degenza ridotta

GG di sospensione: 0 Num. di accessi: []

Trauma: [] Ambiente: []

Trauma SDO: []

Data dimissibilità: [] Motivo ritard. dim.: []

Rilevam. dolore (Si/No): [] Rilevam. autoptico (Si/No): []

Codice (E): []

Codice (E) n°2: []

Codici E

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

Alcuni codici diagnosi prevedono la possibilità di utilizzare un codice E (**facoltativo**) per descrivere la causa che ha determinato una specifica condizione. Tali codici sono:

- 2920 ASTINENZA DA DROGHE
- 29211 DISTURBO PSICOTICO CON DELIRI INDOTTO DA DROGHE
- 29212 DISTURBO PSICOTICO CON ALLUCINAZIONI INDOTTO DA DROGHE
- 2922 INTOSSICAZIONE PATOLOGICA DA DROGHE (FARMACI)
- 29281 DELIRIUM PROVOCATO DA DROGHE (FARMACI)
- 29282 DEMENZA PERSISTENTE PROVOCATA DA DROGHE
- 29283 DISTURBO AMNESICO PERSISTENTE INDOTTO DA DROGHE
- 29284 DISTURBO DELL'UMORE INDOTTO DA DROGHE
- 29285 DISTURBI DEL SONNO INDOTTI DA DROGHE
- 29289 ALTRI DISTURBI PSICHICI INDOTTI DA DROGA (FARMACI)
- 2929 DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DA DROGHE
- 32351 ENCEFALITI ED ENCEFALOMIELITI SUCCESSIVE A PROCEDURE DI IMMUNIZZAZIONE
- 32352 MIELITI SUCCESSIVE A PROCEDURE DI IMMUNIZZAZIONE
- 3321 PARKINSONISMO SECONDARIO
- 3332 MIOCLONO
- 3333 TIC DI ORIGINE ORGANICA
- 3335 ALTRE FORME DI COREA
- 33381 BLEFAROSPASMO
- 33382 DISCINESIA OROFACCIALE
- 33383 TORCICOLLO SPASTICO
- 33384 CRAMPO DELLO SCRIVANO SU BASE ORGANICA
- 33385 DISCINESIA SUBACUTA DOVUTA A FARMACI
- 33389 ALTRE DISTONIE DA TORSIONE FRAMMENTARIE
- 33390 MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI NON ALTRIMENTI SPECIFICATE E DISTURBI DEL MOVIMENTO
- 33392 SINDROME MALIGNA DA NEUROLETTICI
- 33399 ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI E ALTRI DISTURBI DEL MOVIMENTO
- 3343 ALTRE ATASSIE CEREBELLARI
- 3368 ALTRE MIELOPATIE
- 3481 DANNO ENCEFALICO DA ANOSSIA
- 34982 ENCEFALOPATIA TOSSICA
- 3576 POLINEUROPATIA DA FARMACI
- 3577 POLINEUROPATIA DA ALTRI AGENTI TOSSICI
- 3582 DISTURBI NEUROMUSCOLARI DA TOSSICI
- 3594 MIOPATIA TOSSICA
- 36255 MACULOPATIA TOSSICA DELLA RETINA
- 36645 CATARATTA TOSSICA
- 52801 MUCOSITE (ULCERATIVA) DOVUTA A TERAPIA ANTINEOPLASTICA
- 52802 MUCOSITE (ULCERATIVA) DOVUTA AD ALTRI FARMACI
- 53020 ULCERA ESOFAGEA SENZA SANGUINAMENTO
- 53021 ULCERA ESOFAGEA CON SANGUINAMENTO
- 53100 ULCERA GASTRICA ACUTA CON EMORRAGIA, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53101 ULCERA GASTRICA ACUTA CON EMORRAGIA, CON OSTRUZIONE
- 53110 ULCERA GASTRICA ACUTA CON PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53111 ULCERA GASTRICA ACUTA CON PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53120 ULCERA GASTRICA ACUTA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53121 ULCERA GASTRICA ACUTA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53130 ULCERA GASTRICA ACUTA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53131 ULCERA GASTRICA ACUTA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53140 ULCERA GASTRICA CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53141 ULCERA GASTRICA CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA, CON OSTRUZIONE
- 53150 ULCERA GASTRICA CRONICA O NON SPECIFICATA CON PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53151 ULCERA GASTRICA CRONICA O NON SPECIFICATA CON PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53160 ULCERA GASTRICA CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53161 ULCERA GASTRICA CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53170 ULCERA GASTRICA CRONICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE

- 53171 ULCERA GASTRICA CRONICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53190 ULCERA GASTRICA NON SPECIFICATA COME ACUTA O CRONICA, SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53191 ULCERA GASTRICA NON SPECIFICATA COME ACUTA O CRONICA, SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53200 ULCERA DUODENALE ACUTA CON EMORRAGIA, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53201 ULCERA DUODENALE ACUTA CON EMORRAGIA, CON OSTRUZIONE
- 53210 ULCERA DUODENALE ACUTA CON PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53211 ULCERA DUODENALE ACUTA CON PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53220 ULCERA DUODENALE ACUTA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53221 ULCERA DUODENALE ACUTA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53230 ULCERA DUODENALE ACUTA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53231 ULCERA DUODENALE ACUTA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53240 ULCERA DUODENALE CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53241 ULCERA DUODENALE CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA, CON OSTRUZIONE
- 53250 ULCERA DUODENALE CRONICA O NON SPECIFICATA CON PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53251 ULCERA DUODENALE CRONICA O NON SPECIFICATA CON PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53260 ULCERA DUODENALE CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53261 ULCERA DUODENALE CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53270 ULCERA DUODENALE CRONICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53271 ULCERA DUODENALE CRONICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53290 ULCERA DUODENALE NON SPECIFICATA COME ACUTA O CRONICA, SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53291 ULCERA DUODENALE NON SPECIFICATA COME ACUTA O CRONICA, SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53300 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA ACUTA CON EMORRAGIA, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53301 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA ACUTA CON EMORRAGIA, CON OSTRUZIONE
- 53310 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA ACUTA CON PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53311 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA ACUTA CON PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53320 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA ACUTA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53321 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA ACUTA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53330 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA ACUTA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53331 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA ACUTA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53340 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53341 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA, CON OSTRUZIONE
- 53350 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA CRONICA O NON SPECIFICATA CON PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53351 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA CRONICA O NON SPECIFICATA CON PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53360 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53361 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA CRONICA O NON SPECIFICATA CON EMORRAGIA E PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53370 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA CRONICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE

- 53371 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA CRONICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 53390 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA NON SPECIFICATA COME ACUTA O CRONICA, SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE
- 53391 ULCERA PEPTICA A LOCALIZZAZIONE NON SPECIFICATA NON SPECIFICATA COME ACUTA O CRONICA, SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA O PERFORAZIONE, CON OSTRUZIONE
- 5733 EPATITE, NON SPECIFICATA
- 59582 CISTITE ATTINICA (DA IRRADIAZIONE)
- 61681 MUCOSITE (ULCERATIVA) DELLA CERVICE, DELLA VAGINA E DELLA VULVA
- 6232 RESTRINGIMENTO O ATRESIA DELLA VAGINA

Il sistema è predisposto per l'accettazione di 2 codici E; il primo è obbligatorio se ricorrono le condizioni descritte in precedenza, il secondo è sempre facoltativo.

The screenshot shows a software interface for 'Ricovero SDO' (SDO Admission). The interface has tabs for 'Anagrafica', 'Ricovero', 'Diagnosi', 'Interventi/Procedure', and 'Scale'. The 'Ricovero' tab is active. The form contains the following fields:

- Data prenotazione: 12.03.2016
- GG di sospensione: 0
- Trauma: [dropdown]
- Trauma SDO: [dropdown]
- Data dimissibilità: [dropdown]
- Rilevam. dolore (Si/No): [dropdown]
- Tipo episodio: 3 Episodio a degenza ridotta
- Num. di accessi: [dropdown]
- Ambiente: [dropdown]
- Motivo ritard. dim.: [dropdown]
- Rilevam. autoptico (Si/No): [dropdown]
- Codice (E): [input field]
- Codice (E) n°2: [input field]

The 'Codice (E)' and 'Codice (E) n°2' fields are highlighted with a red rectangular box.

I codici E sono codici alfanumerici¹² aggiuntivi; possono essere utilizzati per qualsiasi condizione patologica dovuta a causa esterna, ricercandoli attraverso la consultazione degli indici alfabetico e analitico¹³.

Tra i codici di utilizzo più frequente compaiono:

- E886.0 INCIDENTE SPORTIVO (CADUTA DA CONTRASTO)
- E885.9 CADUTA DA ALTRO SCIVOLAMENTO, DA INCIAMPO O INTOPPO;
- E880.9 CADUTA SULLE O DALLE SCALE O GRADINI;
- E813 INCIDENTE DA TRAFFICO DI VEICOLO A MOTORE RIGUARDANTE COLLISIONE CON ALTRO VEICOLO; attraverso la quarta cifra si descrive il *ruolo* della persona infortunata:
 - o E813.0 CONDUCENTE DI VEICOLO A MOTORE DIVERSO DA MOTOCICLO
 - o E813.1 PASSEGGERO SU VEICOLO A MOTORE DIVERSO DA MOTOCICLO
 - o E813.2 MOTOCICLISTA
 - o E813.3 PASSEGGERO SU MOTOCICLO
 - o E813.6 CICLISTA
 - o E813.7 PEDONE
- E850.0 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA EROINA
- E850.1 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA METADONE
- E850.2 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA ALTRI OPIACEI E NARCOTICI CORRELATI
- E850.3 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA SALICILATI
- E850.4 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA PARACETAMOLO, ACATANILIDE, FENACETINA E ALTRI ANALGESICI AROMATICI NAS
- E850.5 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA DERIVATI DEL PIRAZOLO
- E850.6 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA ANTIREUMATICI (ANTIFLOGISTICI)
- E850.7 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA ALTRI ANALGESICI NON-NARCOTICI
- E850.8 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA ALTRI ANALGESICI ED ANTIPIRETICI SPECIFICI (PENTAZOCINA)
- E850.9 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA ANALGESICI O ANTIPIRETICI NON SPECIFICATI
- E851 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA BARBITURICI
- E852.8 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA ALTRI SEDATIVI E IPNOTICI

¹² 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.

¹³ L'indice alfabetico e la Tavola Farmaci e Prodotti Chimici, sono reperibili alla pagina <http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepps/sanita/sdo/documentazione/icd-9-cm-2007-grouper-24>

- E852.9 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA SEDATIVI O IPNOTICI NON SPECIFICATI
- E853.2 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA TRANQUILLANTI A BASE DI BENZODIAZEPINA
- E854.0 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE ANTIDEPRESSIVI
- E854.1 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA PSICODISLEPTICI (ALLUCINOGENI) (CANNABIS E DERIVATI, LISERGIDE, MARIHUANA E DERIVATI, Mescalina, ...)
- E854.2 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA PSICOSTIMOLANTI
- E854.3 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA ALTRI AGENTI PSICOTROPI
- E855.0 INTOSSICAZIONE ACCIDENTALE DA FARMACI ANTI-PARKINSONISMO
- E860.0 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA BEVANDE ALCOLICHE
- E860.1 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA ALTRO E NON SPECIFICATO ALCOOL ETILICO E SUOI PRODOTTI
- E861.0 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA DETERGENTI SINTETICI E SHAMPOO
- E861.1 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA PRODOTTI DEL SAPONE
- E861.2 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA LUCIDANTI
- E861.3 ALTRI DETERGENTI E LUCIDANTI (DETERSIVO)
- E861.4 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA DISINFETTANTI COMUNI E ALTRI NON USATI ORDINARIAMENTE SULLE PERSONE
- E861.5 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA PITTURE A BASE DI PIOMBO
- E861.6 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA ALTRE PITTURE E VERNICI
- E865.1 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA CROSTACEI
- E865.2 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA ALTRI PESCI
- E865.3 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA BACCHE E SEMI
- E865.4 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA ALTRE PIANTE SPECIFICATE
- E865.5 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA FUNGHI COMMESTIBILI ED ALTRI FUNGHI
- E868.3 AVVELENAMENTO ACCIDENTALE DA MONOSSIDO DI CARBONIO DA INCOMPLETA COMBUSTIONE DI ALTRI COMBUSTIBILI DOMESTICI
- E870.0 TAGLIO, PUNTURA, PERFORAZIONE O EMORRAGIA ACCIDENTALI A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO
- E870.6 TAGLIO, PUNTURA, PERFORAZIONE O EMORRAGIA ACCIDENTALI A SEGUITO DI CATETERISMO CARDIACO
- E873.2 SOVRADOSAGGIO DI RADIAZIONI DURANTE TERAPIA
- E878.3 INTERVENTO CHIRURGICO CON FORMAZIONE DI STOMA ESTERNO COME CAUSA DI REAZIONE ANOMALA NEL PAZIENTE, O DI INCIDENTE, SUCCESSIVA, SENZA EVIDENZA DI INCIDENTE AL MOMENTO DELL'INTERVENTO
- E878.4 ALTRA CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA COME CAUSA DI REAZIONE ANOMALA NEL PAZIENTE, O DI INCIDENTE, SUCCESSIVA, SENZA EVIDENZA DI INCIDENTE AL MOMENTO DELL'INTERVENTO
- E906.0 MORSO DI CANE
- E906.1 MORSO DI RATTO
- E906.2 MORSO DI SERPENTI O LUCERTOLE NON VELENOSE
- E906.3 MORSO DI ALTRO ANIMALE ECCETTO ARTROPODE (GATTI)
- E906.4 MORSO DI ARTROPODE NON VELENOLO (INSETTO SAI)
- E906.5 MORSO DI ANIMALE NON SPECIFICATO
- E928.3 MORSO UMANO
- E911 INALAZIONE E INGESTIONE DI CIBO CHE CAUSA OSTRUZIONE DEL TRATTO RESPIRATORIO O SOFFOCAMENTO
- E914 CORPO ESTRANEO CHE ACCIDENTALMENTE ENTRA NELL'OCCHIO E ANNESSI
- E915 CORPO ESTRANEO CHE ENTRA ACCIDENTALMENTE IN UN ALTRO ORIFIZIO
- E919.0 INCIDENTE CAUSATO DA MACCHINE AGRICOLE
- E919.3 INCIDENTE CAUSATO DA MACCHINE PER LA LAVORAZIONE DI OGGETTI METALLICI
- E919.4 INCIDENTE CAUSATO DA MACCHINE PER FORMAZIONE E FALEGNAMERIA
- E920.2 INCIDENTE CAUSATO DA CONGEGNI E APPARECCHI DOMESTICI MOTORIZZATI (FRULLATORE, APRISCATOLE ELETTRICO, VENTILATORE ELETTRICO, ...)
- E920.3 INCIDENTE CAUSATO DA COLTELLI, SPADE E PUGNALI
- E920.4 INCIDENTE CAUSATO DA ALTRI STRUMENTI E UTENSILI MANUALI
- E920.5 INCIDENTE CAUSATO DA AGO IPODERMICO
- E920.8 INCIDENTE CAUSATO DA ALTRI STRUMENTI O OGGETTI TAGLIENTI E PUNGENTI SPECIFICATI
- E922.2 INCIDENTE CAUSATO DA FUCILE DA CACCIA
- E923.0 INCIDENTE CAUSATO DA FUOCHI D'ARTIFICIO
- E924.1 INCIDENTE CAUSATO DA SOSTANZE CAUSTICHE E CORROSIVE (ACIDO DI QUALUNQUE TIPOLOGIA, AMMONIACA, ...)
- E924.2 INCIDENTE CAUSATO DA ACQUA DI RUBINETTO CALDA (BOLLENTE)
- E930.0 REAZIONE AVVERSA A PENICILLINE
- E930.1 REAZIONE AVVERSA AD ANTIBIOTICI ANTIFUNGINI
- E930.2 REAZIONE AVVERSA AD ANTIBIOTICI DEL GRUPPO DEI CLORAMFENICOLI

- E930.3 REAZIONE AVVERSA AD ERITROMICINA E ALTRI MACROLIDI
- E930.4 REAZIONE AVVERSA AD ANTIBIOTICI DEL GRUPPO DELLE TETRACICLINE
- E930.5 REAZIONE AVVERSA AD ANTIBIOTICI DEL GRUPPO DELLE CEFALOSPORINE
- E930.6 REAZIONE AVVERSA AD ANTIBIOTICI ANTIMICOBATTERICI
- E930.7 REAZIONE AVVERSA AD ANTIBIOTICI ANTINEOPLASTICI
- E930.8 ALTRI ANTIBIOTICI SPECIFICATI
- E930.9 ANTIBIOTICI NON SPECIFICATI
- E932.3 REAZIONE AVVERSA AD INSULINE E FARMACI ANTIDIABETICI
- E933.1 REAZIONE AVVERSA A FARMACI ANTINEOPLASTICI E IMMUNOSOPPRESSORI
- E934.2 REAZIONE AVVERSA A FARMACI ANTICOAGULANTI
- E934.3 REAZIONE AVVERSA A VITAMINA K [FITONADIONE]
- E934.4 REAZIONE AVVERSA A FARMACI AGENTI SULLA FIBRINOLISI
- E934.5 REAZIONE AVVERSA A FARMACI ANTAGONISTI DELLA COAGULAZIONE E ALTRI COAGULANTI
- E934.7 REAZIONE AVVERSA A SANGUE NATURALE E PRODOTTI EMATICI
- E950 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA SOSTANZE LIQUIDE O SOLIDE
- E950.0 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA ANALGESICI, ANTIPIRETICI ED ANTIREUMATICI
- E950.1 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA BARBITURICI
- E950.2 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA ALTRI SEDATIVI O IPNOTICI
- E950.3 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA TRANQUILLANTI ED ALTRI AGENTI PSICOTROPI
- E950.4 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA ALTRE DROGHE SPECIFICHE E SOSTANZE MEDICINALI
- E950.5 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA DROGA NON SPECIFICA E SOSTANZE MEDICINALI
- E950.7 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA SOSTANZE CORROSIVE E CAUSTICHE
- E950.8 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA ARSENICO E SUOI COMPOSTI
- E951.0 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA GAS DISTRIBUITO DA CONDUTTURA
- E951.1 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA GAS PETROLIFERO LIQUEFATTO DISTRIBUITO IN CONTAINERS MOBILI
- E951.8 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA ALTRO GAS UTILE
- E952.0 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA GAS DI SCARICO DEL VEICOLO A MOTORE
- E952.1 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA ALTRO MONOSSIDO DI CARBONIO
- E952.8 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA ALTRI GAS E VAPORI SPECIFICI
- E952.9 SUICIDIO ED AUTOAVVELENAMENTO DA GAS E VAPORI NON SPECIFICI
- E953.0 SUICIDIO PER IMPICCAGIONE
- E953.1 SUICIDIO PER SOFFOCAMENTO DA SACCHETTO DI PLASTICA
- E953.8 SUICIDIO CON ALTRO SPECIFICATO MEZZO
- E954 SUICIDIO E LESIONI AUTOINFLITTE DA IMMERSIONE O ANNEGAMENTO
- E955.0 SUICIDIO E LESIONI AUTOINFLITTE CON RIVOLTELLA
- E956 SUICIDIO E LESIONI AUTOINFLITTE DA TAGLIO E DA STRUMENTO PERFORANTE
- E957.0 SUICIDIO E LESIONI AUTOINFLITTE DA SALTO DA EDIFICIO RESIDENZIALE
- E957.1 SUICIDIO E LESIONI AUTOINFLITTE DA SALTO DA ALTRE STRUTTURE FATTE DALL'UOMO
- E957.2 SUICIDIO E LESIONI AUTOINFLITTE DA SALTO DA SITI NATURALI
- E957.9 SUICIDIO E LESIONI AUTOINFLITTE DA SALTO DA SALTO DA POSTO ALTO NON SPECIFICATO

Il presente elenco non può essere considerato esaustivo; l'elenco di tutti i codici E previsti dal sistema è disponibile in coda all'elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi.

Copia della libreria dei codici può essere scaricata alla pagina intranet <http://intranet.azospfe.it/il-professionista/ufficio-dimissioni-ospedaliere-info-e-strumenti> e/o alla pagina internet <http://www.ospfe.it/il-professionista/ufficio-dimissioni-ospedaliere-info-e-strumenti>.

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).

Anagrafica | Ricovero | **Diagnosi** | Interventi/Procedure | Scale
 Codice diagnosi:
 Creatinina Serica:
 Pressione Arteriosa:

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).

Anagrafica | Ricovero | **Diagnosi** | Interventi/Procedure | Scale
 Episodio: 2017039023
 Accettato il 07.12.2017 / Dimesso il 29.12.2017
 (M | 84 anni | 20.07.1933)

Codice diagnosi:
 Creatinina Serica:

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

In caso di intervento, deve essere indicato il valore preoperatorio della creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL), rilevato nel momento più vicino 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

GESTIONE DEI DATI “SANITARI”: CODICI INTERVENTO E PROCEDURA

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*).

L'inserimento di un numero superiore di codici comporta l'impossibilità di convalidare la SDO.

Criteri per l'ordinamento della procedure

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*¹⁴,
 - *tracheotomia*¹⁵,
 - interventi chirurgici a cielo aperto,
 - interventi in laparoscopia,
 - *posizionamento / sostituzione di elettrodi*¹⁶,
 - procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonoscopia diagnostica),
 - codici “*non chirurgici*” in grado di determinare DRG specifici¹⁷,
 - 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).

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

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

15 Idem

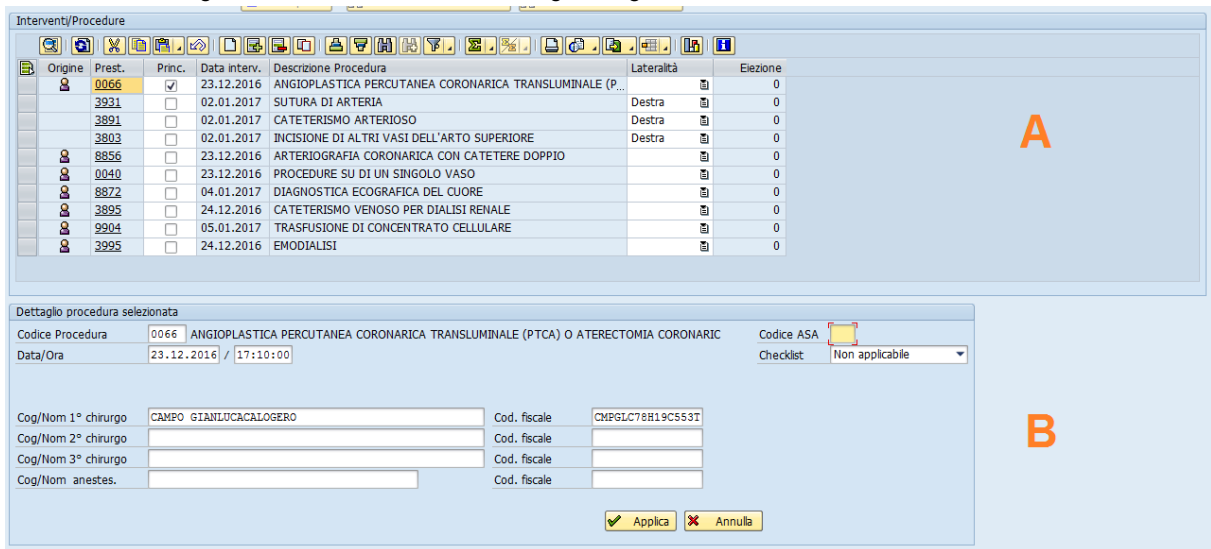
16 Idem

17 Ad esempio: ventilazione meccanica, trombolisi, coronarografia.

- 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

Gestione dei dati accessori relativi ai codici intervento/procedura

Tutti i codici registrati sono visibili nella parte superiore della maschera, contrassegnata dalla lettera "A" nell'immagine. Selezionando un codice procedura il programma visualizza i dettagli informativi, all'interno della sezione contrassegnata con la lettera "B" nell'immagine seguente.



A

Origine	Prest.	Princ.	Data interv.	Descrizione Procedura	Lateraltà	Elezione
	0066	<input checked="" type="checkbox"/>	23.12.2016	ANGIOPLASTICA PERCUTANEA CORONARICA TRANSLUMINALE (P...		0
	3921	<input type="checkbox"/>	02.01.2017	SUTURA DI ARTERIA	Destra	0
	3891	<input type="checkbox"/>	02.01.2017	CATERISIMO ARTERIOSO	Destra	0
	3803	<input type="checkbox"/>	02.01.2017	INCISIONE DI ALTRI VASI DELL'ARTO SUPERIORE	Destra	0
	8856	<input type="checkbox"/>	23.12.2016	ARTERIOGRAFIA CORONARICA CON CATETERE DOPPIO		0
	0040	<input type="checkbox"/>	23.12.2016	PROCEDURE SU DI UN SINGOLO VASO		0
	8872	<input type="checkbox"/>	04.01.2017	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CUORE		0
	3895	<input type="checkbox"/>	24.12.2016	CATERISIMO VENOSO PER DIALISI RENALE		0
	9904	<input type="checkbox"/>	05.01.2017	TRASFUSIONE DI CONCENTRATO CELLULARE		0
	3995	<input type="checkbox"/>	24.12.2016	EMODIALISI		0

B

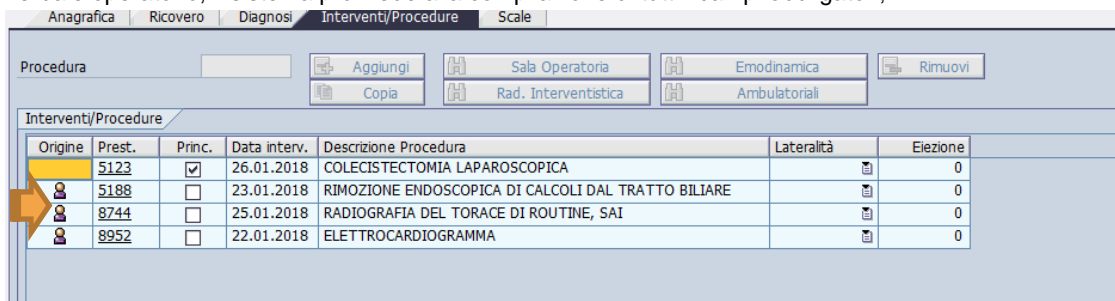
Dettaglio procedura selezionata

Codice Procedura: 0066 ANGIOPLASTICA PERCUTANEA CORONARICA TRANSLUMINALE (PTCA) O ATERECTOMIA CORONARICA
 Data/Ora: 23.12.2016 / 17:10:00
 Codice ASA:
 Checklist: Non applicable

Cog/Nom 1° chirurgo: CAMPO GIANLUCCALOGERO Cod. fiscale: CMP6LC78H19C553T
 Cog/Nom 2° chirurgo: Cod. fiscale:
 Cog/Nom 3° chirurgo: Cod. fiscale:
 Cog/Nom anestes.: Cod. fiscale:
 Applica Annulla

Relativamente alla sezione "A" della scheda:

1. la presenza di un'icona a forma di persona all'inizio della riga (colonna "Origine") indica che il codice è stato inserito manualmente dall'operatore; l'assenza dell'icona indica che il codice è stato acquisito da una fonte esterna (tipicamente dal verbale operatorio *Ormaweb*); in caso di importazione dei codici dal verbale operatorio, il sistema provvede alla compilazione di tutti i campi obbligatori;



Anagrafica | Ricovero | Diagnosi | **Interventi/Procedure** | Scale

Procedura: Aggiungi Sala Operatoria Emodinamica Rimuovi
 Copia Rad. Interventistica Ambulatoriali

Origine	Prest.	Princ.	Data interv.	Descrizione Procedura	Lateraltà	Elezione
	5123	<input checked="" type="checkbox"/>	26.01.2018	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA		0
	5188	<input type="checkbox"/>	23.01.2018	RIMOZIONE ENDOSCOPICA DI CALCOLI DAL TRATTO BILIARE		0
	8744	<input type="checkbox"/>	25.01.2018	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, SAI		0
	8952	<input type="checkbox"/>	22.01.2018	ELETTROCARDIOGRAMMA		0

2. la presenza di un'icona a forma di foglio all'inizio della riga (colonna "Origine") indica che il codice è stato acquisito dalla banca dati delle prestazioni di emodinamica

Origine	Prest.	Princ.	Data interv.	Descrizione Procedura	Lateraltà	Eiezione
0066	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.12.2017	ANGIOPLASTICA PERCUTANEA CORONARICA TRANSLUMINALE (P...		0
3609	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.12.2017	ALTRA RIMOZIONE DI OSTRUZIONE DELL'ARTERIA CORONARICA		0
8856	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.12.2017	ARTERIOGRAFIA CORONARICA CON CATETERE DOPPIO		0
0040	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.12.2017	PROCEDURE SU DI UN SINGOLO VASO		0
3607	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.12.2017	INSERZIONE DI STENT MEDICATO IN ARTERIACORONARIA		0
0045	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.12.2017	INSERZIONE DI UNO STENT VASCOLARE		0
8872	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.12.2017	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CUORE		0

- in caso di intervento chirurgico, deve essere specificata la procedura che si ritiene essere la principale; la selezione avviene tramite apposizione di flag all'interno della cella bianca posta alla destra di ciascun codice registrato; il codice selezionato come "Principale" viene *spostato* ad inizio elenco;
- per ciascun codice è possibile descrivere la lateralità dell'intervento, se prevista.

Relativamente alla sezione "B" della scheda:

- la data di esecuzione della prestazione è obbligatoria per ciascun codice registrato;
- l'ora di inizio procedura è obbligatoria per tutti i codici classificati AHRQ 4; l'elenco di tali codici è disponibile su intranet alla pagina <http://intranet.azospfe.it/il-professionista/ufficio-dimissioni-ospedaliere-info-e-strumenti> e su internet alla pagina <http://www.ospfe.it/il-professionista/ufficio-dimissioni-ospedaliere-info-e-strumenti>; data e ora di inizio procedura devono essere compatibili con data e ora di ammissione e di dimissione (posteriore a data e ora di ammissione e anteriore a data e ora di dimissione);
- il codice fiscale del primo chirurgo è obbligatorio per tutti i codici classificati AHRQ 4; posizionando il cursore all'interno del campo "Cognome/nome" o del campo "Codice fiscale", alla destra del campo compare un bottone la cui pressione apre la maschera per la ricerca guidata del codice;

- il codice fiscale dell'anestesista è facoltativo; anche su questo campo è attiva la funzione di ricerca;
- il valore del codice ASA è obbligatorio solo se è presente il codice fiscale dell'anestesista;
- il campo "Checklist" prevede tre possibili valori; "Sì", "No" e "Non applicabile". Con questa informazione si dichiara se è stata compilata la check list *SOS.net* per l'intervento in esame e se tale scheda è stata compilata, stampata ed è **presente in cartella**.

Anche se la domanda indaga due diverse dimensioni (compilazione e stampa della scheda) l'elemento determinante è la presenza della scheda in cartella; mancando tale documento all'interno della cartella il campo dovrà essere compilato con il valore "No", anche se la scheda è stata regolarmente compilata a terminale.

Data e ora di inizio della prestazione

Per ogni codice **intervento** deve essere registrata la data e l'ora di inizio dell'intervento, intese 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.azospe.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 l'ora di inizio prestazione è facoltativa.

Prestazioni richieste dal Pronto Soccorso, "significative" per il DRG

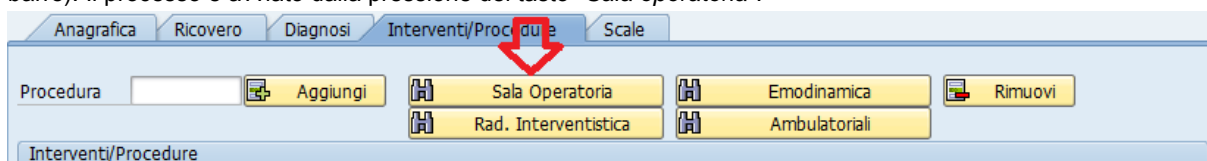
Poiché l'esclusione dalla SDO di procedure significative, comprese quelle elencate di seguito, ha rilevanza economica, è opportuno che il medico di Pronto Soccorso *chiuda* il verbale, disponendo il ricovero presso la struttura di competenza, prima di avviare la procedura stessa:

- 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 LACRIMALI
- 0953 INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE
- 0959 ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI
- 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 dati da fonti esterne (Ormaweb ed Emodinamica)

In fase di compilazione della SDO, il sistema è in grado di importare i codici procedura ICD-9-CM presenti nei verbali operatori; la correlazione tra i diversi documenti è garantita dal numero identificativo univoco (codice a barre). Il processo è avviato dalla pressione del tasto "Sala operatoria".



Riscontrata la presenza di uno o più verbali relativi a procedure eseguite nei blocchi operatori, il sistema mostrerà una finestra con i codici ICD9CM registrati su tutti i verbali Ormaweb 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 nell'immagine precedente, si possono selezionare tutti i codici intervento. In alternativa, si può procedere con la selezione mirata di uno o più codici premendo la cella grigia posta ad inizio riga.

La successiva pressione del bottone "IMPORTA" permetterà di inserire in SDO tutti i codici selezionati, completi delle informazioni integrative aggiuntive 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	RBNSRN80P58B180C
Cog/Nom 3° chirurgo	MONGARDI LORENZO
Cod. fiscale	MNGLNZ90M24D458G
Cog/Nom anestes.	PAOLAZZI MICHELE
Cod. fiscale	PLZMHL53D03D548Q

Con procedura analoga, è possibile importare i codici procedura ICD-9-CM presenti nei referti prodotti dal servizio di Emodinamica.

Non è prevista alcuna modalità specifica per l'acquisizione di prestazioni di elettrofisiologia, che richiedono l'inserimento manuale dei dati.

È stata richiesta l'attivazione di una funzione analoga per l'acquisizione di dati relativi a procedure significative per la produzione di alcuni DRG, erogate dai servizi di Radiologia Interventistica, Neuroradiologia ed Ambulatori di Endoscopia Interventistica.

Alla data odierna tale procedura non è ancora disponibile.

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. 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 chirurghi e degli anestesisti che compongono l'equipe operatoria.

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

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 CHIRURGH» 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.

Procedure Non O.R. (*Non operating room*) di particolare interesse

TRACHEOSTOMIA

La procedura 31.1 TRACHEOSTOMIA TEMPORANEA 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 dell'avvenuta esecuzione della manovra (inserimento manuale del codice).

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 **P311 TRACHEOSTOMIA TEMPORANEA** Codice ASA

Data/Ora **20.12.2016 / 00:00:00** Checklist **No**

Cog/Nom 1° chirurgo Cod. fiscale

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 *importare* i dati dal verbale operatorio) che permette l'acquisizione di tutti i codici intervento, correlati delle informazioni aggiuntive necessarie. Tale processo si sviluppa in tre passaggi:

1. per avviare la procedura occorre premere il tasto "Emodinamica", contrassegnato nell'immagine seguente 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.

In caso di inserimento manuale dei codici, occorre inserire, nel campo checkList, il valore "Non applicabile".

Procedura

Aggiungi Copia Sala Operatoria Rad. Interventistica Emodinamica **1** Ambulatoriali Rimuovi

Interventi/Procedure

Procedure da EMODINAMICA

Importa **3**

Episodio	Nome Paziente	Data Intervento	Ora	Descrizione Procedura	ICD9CM	Nome Chirurgo 1
2017039378	STANDBY CARLO	2017-12-16 13:55:14.000	1355	CORONAROGRAFIA	8856	Tumscitz Carlo
2017039378	STANDBY CARLO	2017-12-16 13:55:14.000	1355	PTCA	0066	Tumscitz Carlo
2017039378	STANDBY CARLO	2017-12-16 13:55:14.000	1355	PTCA 1 Vaso	0040	Tumscitz Carlo
2017039378	STANDBY CARLO	2017-12-16 13:55:14.000	1355	STENT Medicato	3607	Tumscitz Carlo
2017039378	STANDBY CARLO	2017-12-16 13:55:14.000	1355	STENT: impianto di 1 stent	0045	Tumscitz Carlo

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 e l'indicazione del giorno in cui è stata avviata la ventilazione (*vedi esempio*). Tutti gli altri campi possono essere lasciati vuoti.

Dettaglio procedura selezionata

Codice Procedura **P9672 VENTILAZIONE MECCANICA CONTINUA PER 96 ORE CONSECUTIVE O PI** Codice ASA

Data/Ora **20.12.2016 / 00:00:00** Checklist **No**

Cog/Nom 1° chirurgo Cod. fiscale

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 the 'Interventi/Procedure' section of the SDO software. It contains a table with columns: Origine, Prest., Princ., Data interv., Descrizione Procedura, Lateraltà, and Elezione. The first row is highlighted in yellow and corresponds to procedure 4104. Below the table is the 'Dettaglio procedura selezionata' section, which includes fields for 'Codice Procedura' (4104), 'Data/Ora' (02.11.2017 / 10:30:00), 'Codice ASA' (0), and a 'Checklist' dropdown menu. The 'Checklist' dropdown is highlighted with a red box and shows the value 'Non applicabile'. There are also fields for surgeon and anesthesiologist names and fiscal codes.

NEURORADIOLOGIA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Alcune prestazioni erogate dai servizi di Radiologia sono inserite nella lista dei codici che richiedono l'inserimento di informazioni aggiuntive:

- 00.62 ANGIOPLASTICA PERCUTANEA O ATRECTOMIA DEI VASI INTRACRANICI:
- 39.50 ANGIOPLASTICA O ATRECTOMIA DI ALTRO/I VASO/I NON CORONARICO/I:
- 39.72 RIPARAZIONE ENDOVASCOLARE O OCCLUSIONE DEI VASI DI TESTA E COLLO (embolizzazioni, spirali, ...)
- 39.79 ALTRA RIPARAZIONE ENDOVASCOLARE (DI ANEURISMA) DI ALTRI VASI (embolizzazioni, spirali, ...)
- 39.92 INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI (ad esempio, di varici pelviche)
- 63.1 ASPORTAZIONE DI VARICOCELE E IDROCELE DEL CORDONE SPERMATICO (compresa scleroembolizzazione di varici scrotali)
- 81.65 VERTEBROPLASTICA

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.

The screenshot shows the 'Interventi/Procedure' tab of the SDO software. It features a 'Procedura' input field and several buttons: 'Aggiungi', 'Sala Operatoria', 'Emodinamica', 'Rimuovi', 'Rad. Interventistica', and 'Ambulatoriali'. A red arrow points to the 'Aggiungi' button.

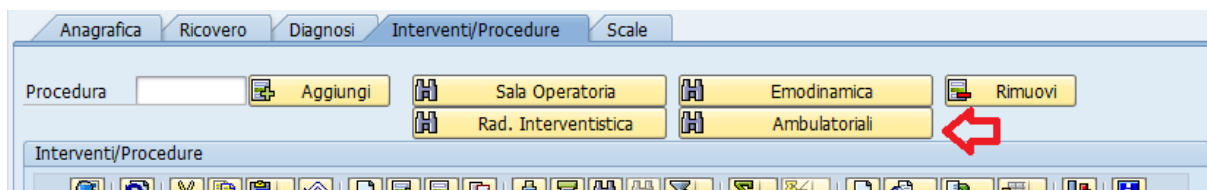
Alla data odierna la funzione non è ancora stata attivata.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA INTERVENTISTICA

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).

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.

Lateraltà (codici intervento)

Per i dimessi dal 1° gennaio 2017 in avanti, è possibile specificare, per ciascun codice, la lateraltà 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 lateraltà destra e sinistra, evitando il valore "bilaterale".

Registrazione delle procedure "in service"

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

Le procedure *in service* (ovvero procedura erogate presso altri ospedali a favore di pazienti degenti presso il nostro Ospedale, con rientro in struttura del paziente al termine della prestazione), dovranno essere registrate all'interno di un'apposita scheda, visibile solamente se è stata registrata la specifica transazione di "service" (si veda l'apposito paragrafo [Trasferimenti "esterni"](#)).

ALTRE INFORMAZIONI

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**:
 - Barthel Index
 - Rehabilitation Complexity Scale (RCSe)
 - Scala Six Minute Walk Test (6MWT)
 - Scala di Borg modificata (M-Borg)
 - Scala Barthel Dyspnea Index (BI)
 - Glasgow Coma Scale (GCS)
 - 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)
 - 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="checkbox"/>		
Ora evento acuto	00:00:00	Valore in uscita <input type="checkbox"/>		
Scala 6MWT		Scala cognitiva functioning		
Valore in ingresso	<input type="text"/>	Valore in ingresso <input type="checkbox"/>		
Valore in uscita	<input type="text"/>	Valore in uscita <input type="checkbox"/>		

Se per una specifica scala è registrato un valore “in ingresso”, è obbligatorio compilare anche il campo relativo al valore “in uscita”, e viceversa.

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; non descrive il fatto che il paziente abbia avuto o meno dolore durante il ricovero, ma semplicemente se tale dimensione è stata indagata.

Anagrafica	Ricovero	Diagnosi	Interventi/Procedure	Scale
Ricovero SDO				
Data prenotazione	06.12.2017	Tipo episodio	1 Episodio degente	
GG di sospensione	<input type="text"/>	Num. di accessi	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)	Si	
Codice (E)	<input type="text"/>			
Codice (E) n°2	<input type="text"/>			

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 nell'agenda di prenotazione.

Il dato è facoltativo, è importato direttamente dall'applicativo in uso per la gestione delle liste di attesa, e non è modificabile (nell'ottica di garantire uniformità tra i due flussi informativi).

Compilazione e stampa della SDO

Il medico del 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. 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;
- 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).

La convalida della SDO è subordinata alla compilazione di tutti i campi *obbligatori*.

Può essere effettuata solo se sono presenti data e modalità di dimissione ovvero se è stata compilata e convalidata una lettera di dimissione informatizzata.

Dopo la convalida, il sistema produrrà la SDO in formato elettronico che dovrà essere stampata, firmata e inserita in cartella.

Dopo la convalida, il medico ma potrà più apportare variazioni alla SDO.

La SDO è comunque modificabile a cura del personale dell'Ufficio Dimissioni, su richiesta del medico dimettente (ad esempio, a seguito di informazioni derivate dal referto di anatomia patologica) e/o a seguito di opportune verifiche, secondo quanto previsto nel Piano Annuale dei Controlli.

Le schede modificate, a seguito di verifica, saranno disponibili per la firma del medico ed il successivo inserimento in cartella clinica, all'interno dell'apposita cartella (si veda il paragrafo [SDO modificate dopo il completamento](#)).

Firma del medico dimettente

“La scheda di dimissione ospedaliera reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione.”¹⁸

Il nome che compare in calce alla SDO, come medico dimettente, è quello del medico che si è loggato a sistema.

In caso di errore, è possibile contattare l'Ufficio Dimissioni per modificare tale nominativo.

18 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.”

Attività di controllo

Per ciascun 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
 - 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. tutte le schede attribuite ad uno dei seguenti DRG:
 - DRG 575 SETTICEMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE, ETÀ > 17 ANNI E/O
 - DRG 576 SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA = 96 ORE, ETÀ > 17 ANNIe 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 ≥ 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. tutte le schede relative a ricoveri ordinari programmati con durata della degenza superiore a 1 giorno, attribuite ad uno dei seguenti DRG potenzialmente non appropriati:

- DRG 088 MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA e
 - DRG 429 DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE;
9. il 5% dei ricoveri programmati di durata superiore a 1 giorno, attribuiti ad un DRG (medico o chirurgico) definito ad alto rischio di non appropriatezza, specificati nell'allegato 6A del DPCM 2/01/2017¹⁹ (con esclusione dei pazienti deceduti, trasferiti e dei pazienti dimessi dalle discipline 28, 56, 60 e 75);
 10. il 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 ECCETTO CERVICALE CON CC
 - 498 ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE SENZA CC
 - 519 ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE CON CC
 - 520 ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE SENZA CC
 - 546 ARTRODESI VERTEBRALE ECCETTO CERVICALE CON DEVIAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE O NEOPLASIA MALIGNA
- 499 INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCETTO PER ARTRODESI VERTEBRALE CON CC
- 500 INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCETTO PER ARTRODESI VERTEBRALE SENZA CC

Per ogni controllo, occorre specificare se la verifica è stata condotta da un esaminatore *interno* o da uno *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.

¹⁹ "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

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, 13 settembre 2018