

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il decreto del Ministro della sanità in data 28 dicembre 1991, con il quale è stata istituita la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati esistenti sul territorio nazionale;

Visto il decreto del Ministro della sanità 26 luglio 1993, che ha attivato il flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera, quale rilevazione sistematica delle informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie relative a tutti i dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati e ha disciplinato i tempi e le modalità di trasmissione delle informazioni dalle Regioni e Province autonome al Ministero;

Visto il decreto del Ministero della Sanità 27 ottobre 2000, n. 380 “Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricoveri pubblici e privati”;

Visto l'articolo 3, comma 5, dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che la definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del Nuovo sistema informativo sanitario sono affidati alla Cabina di Regia di cui all'accordo quadro tra il Ministro della salute e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e vengono recepiti dal Ministero della Salute con propri decreti attuativi;

Visto il verbale della seduta della Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del 23 settembre 2008 in merito all'approvazione dell'aggiornamento della scheda di dimissione ospedaliera con l'integrazione dei campi concernenti il livello di istruzione, la data di prenotazione, la classe di priorità e il codice causa esterna, con l'individuazione della relativa tempistica;

Visto il parere favorevole della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 29 ottobre 2009;

Visto il Decreto del Ministero della Salute in data 8 luglio 2010 concernente l'aggiornamento del contenuto informativo della scheda di dimissione ospedaliera e le relative regole di compilazione e codifica;

Visto il Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante “Codice in materia di protezione di dati personali”;

Visto l'articolo 17, comma 1, del decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 135 concernente l'individuazione delle attività di rilevante interesse pubblico rientranti nei compiti del servizio sanitario nazionale e degli altri organismi sanitari pubblici;

Visto il provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali in data 30 giugno 2004 recante “Autorizzazione al trattamento dei dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale”;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 328 in data 3 febbraio 2003, concernente l'approvazione della nuova disciplina del flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) ed approvazione di atti di indirizzo all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;

Tenuto conto che l'attuale disciplina in materia di regolamentazione della scheda di dimissione ospedaliera, costituita dal decreto del Ministero della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, stabilisce all'art. 1, comma 2, che le Regioni e le Province autonome possono prevedere ulteriori informazioni da rilevare attraverso la scheda stessa, fermo restando un contenuto minimo informativo previsto dal primo comma del medesimo articolo;

Considerato altresì che la conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 29 aprile 2010, ha approvato l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002;

Ritenuto pertanto necessario prevedere, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute in data 8 luglio 2010 e con decorrenza 1° gennaio 2011, l'introduzione nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) delle informazioni relative al livello di istruzione e del codice causa esterna nel caso di traumatismi, avvelenamenti e altri effetti avversi;

Ritenuto altresì necessario, ai sensi del succitato Decreto, stabilire che dall'anno 2011 la trasmissione delle SDO da parte dell'Azienda USL della Valle d'Aosta ai competenti Uffici dell'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali avvenga mensilmente, mediante invio entro il 10 di ciascun mese, a cominciare da marzo e fino a dicembre, dei dati relativi alle dimissioni del secondo mese precedente quello dell'invio, ed entro il 25 gennaio dell'anno successivo per gli ultimi due mesi dell'anno;

Ritenuto opportuno prevedere, ai sensi dell'art. 1, comma 2 del D.M. 27 ottobre 2000, n. 380, l'introduzione dei seguenti campi supplementari utili a livello regionale per la verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei livelli essenziali di assistenza: 3°, 4° e 5° trasferimento interno (data e codice reparto di trasferimento) e importo della prestazione;

Ritenuto opportuno, al fine di poter rispettare i termini previsti per l'invio mensile delle SDO al Ministero della Salute, stabilire che le schede di dimissione relative ai ricoveri in regime di day hospital riportino quale data di dimissione quella dell'ultimo accesso solo nel caso in cui l'ultimo accesso sia avvenuto nel mese precedente l'invio del flusso, e riportino invece, negli altri casi, l'indicazione del giorno nel quale la Struttura che ha in carico il paziente ha valutato l'opportunità, per motivi clinici od organizzativi, di chiudere il ciclo di day hospital, e comunque in data utile affinché l'invio della relativa scheda al Ministero della Salute possa avvenire nel mese di competenza;

Ritenuto opportuno che, nella compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, sia applicato l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) adottate dalla conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 29 aprile 2010;

Considerato altresì necessario procedere, per ragioni di unitarietà e di trasparenza degli atti amministrativi, alla revoca della precedente deliberazione della Giunta regionale n. 328 in data 3 febbraio 2003, e all'approvazione di un nuovo documento che disciplini integralmente il flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO);

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 3702 in data 18 dicembre 2009 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2010/2012 con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati, del bilancio di cassa per l'anno 2010 e di disposizioni applicative;

Visto il parere favorevole di legittimità rilasciato dal Capo del Servizio sanità ospedaliera dell'Assessorato sanità salute e politiche sociali, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13, comma 1, lettera e) e 59, comma 2, della legge regionale n. 45/1995, sulla presente proposta di deliberazione;

Ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

1. di approvare la nuova disciplina del flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) nella Regione Autonoma Valle d'Aosta ed i relativi atti di indirizzo all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, riportati nell'allegato alla presente deliberazione di cui forma parte integrante;
2. di stabilire che, nella compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta applichi l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) adottate dalla conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 aprile 2010;
3. di revocare la deliberazione della Giunta regionale n. 328 in data 3 febbraio 2003, concernente l'approvazione della nuova disciplina del flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) ed approvazione di atti di indirizzo all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;
4. di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa a cura della struttura competente in materia di sanità ospedaliera all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta per gli adempimenti di competenza.

PB/

Allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 2421 del 10/9/2010

ATTI DI INDIRIZZO ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA PER LA NUOVA DISCIPLINA DEL FLUSSO INFORMATIVO RELATIVO ALLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) NELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA.

1. LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

1.1. Entrata in vigore dell'aggiornamento

A partire dai dati riferiti alla data del 1° gennaio 2011, è aggiornato il flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO), secondo quanto indicato nel presente allegato.

1.2. Contenuto informativo della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La scheda di dimissione ospedaliera è suddivisa in due sezioni che sono gestite in archivi disgiunti.

La prima sezione contiene le informazioni anagrafiche di seguito riportate:

1. Denominazione dell'Ospedale di ricovero
2. Numero della scheda
3. Codice individuale
4. Cognome e nome del paziente
5. Codice sanitario individuale
6. Sesso
7. Comune di nascita
8. Data di nascita
9. Stato civile
10. Cittadinanza
11. Comune di residenza
12. Regione di residenza
13. Azienda unità sanitaria locale di residenza
14. Livello di istruzione

La seconda sezione contiene le informazioni di seguito riportate:

1. Denominazione dell'Ospedale di ricovero
2. Numero della scheda
15. Regime di ricovero
16. Data di ricovero
17. Unità operativa di ammissione
18. Onere della degenza
19. Provenienza del paziente
20. Tipo di ricovero
21. Traumatismi o intossicazioni

22. Trasferimenti interni
23. Unità operativa di dimissione
24. Data di dimissione o morte
25. Modalità di dimissione
26. Riscontro autoptico
27. Motivo del ricovero in regime diurno
28. Numero di giornate di presenza in ricovero diurno
29. Peso alla nascita
30. Allattamento del neonato
31. Diagnosi principale di dimissione
32. Diagnosi secondarie
33. Intervento chirurgico principale o parto
34. Altri interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche
35. DRG
36. Data di prenotazione del ricovero
37. Classe di priorità
38. Codice causa esterna
39. Importo del ricovero

1.3. Responsabilità dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta

La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile della Struttura dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione.

Il Direttore della S.C. Direzione Area ospedaliera oppure, in sua assenza, il direttore sanitario dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, 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.

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si intende:

- a) per "titolare" del trattamento: il Direttore generale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
- b) per "responsabile" del trattamento: il Direttore della S.C. Direzione Area ospedaliera o chi ne fa le veci;
- c) per "incaricati" del trattamento: tutti gli operatori che compiono operazioni di trattamento secondo le istruzioni impartite dal responsabile del trattamento.

Le informazioni rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera possono essere diffuse e pubblicizzate, a norma di legge, esclusivamente in forma anonima, predisponendo opportune elaborazioni ed aggregazioni in modo da garantire il rispetto della disciplina relativa al trattamento dei dati personali.

1.4. Istruzioni per la compilazione e la codifica delle informazioni riportate nella scheda di dimissione ospedaliera

La scheda di dimissione ospedaliera è compilata per tutti i pazienti dimessi, ivi compresi i neonati sani.

La scheda di dimissione ospedaliera costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

L'eventuale trasferimento interno di un paziente da una Struttura all'altra non comporta la dimissione e successiva riammissione del paziente stesso. Il numero identificativo di ciascuna scheda di dimissione ospedaliera è pertanto il medesimo per tutto il periodo del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni.

In caso di passaggio del paziente dal regime di day-hospital al regime di ricovero ordinario o viceversa, il paziente è dimesso e viene compilata una nuova scheda di dimissione ospedaliera.

Relativamente alle schede di dimissione ospedaliera inerenti i ricoveri in regime di day-hospital, si specificano i seguenti punti:

- 1) le schede di dimissione ospedaliera sono chiuse alla data dell'ultimo accesso solo nel caso in cui l'ultimo accesso sia avvenuto nel mese precedente l'invio del flusso. Negli altri casi la data di dimissione sarà quella del giorno nel quale la Struttura che ha in carico il paziente ha valutato l'opportunità, per motivi clinici od organizzativi, di chiudere il ciclo di day hospital, indipendentemente dalla data dell'ultimo accesso e comunque in data utile affinché l'invio della relativa scheda al Ministero della Salute possa avvenire nel mese di competenza;
- 2) le schede di dimissione ospedaliera sono in ogni caso chiuse alla data del 31 dicembre, anche se i relativi cicli si protraggono nell'anno successivo. In tali casi, alla data del 1° gennaio, sarà aperta una nuova scheda di dimissione ospedaliera.

Nel caso di trasferimento del paziente dal regime di ricovero day hospital ad altro regime di ricovero, o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova cartella clinica e una nuova SDO.

1.5. Modalità di codifica

1. Denominazione dell'Ospedale di ricovero

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli HSP. E' composto da otto caratteri, dei quali i primi tre identificano la Regione o Provincia autonoma, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale ed i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture del complesso ospedaliero.

2. Numero della scheda

Corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. Il codice da utilizzare è di 10 caratteri di cui le prime quattro cifre indicano l'anno mentre le altre sei costituiscono una numerazione progressiva dei ricoveri all'interno dell'anno. La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero, in modo tale che ciascun numero identifichi in modo univoco il singolo episodio di ricovero.

3. Codice individuale

E' costituito dal codice individuale a 7 cifre assegnato al paziente nell'ambito dell'anagrafe degli assistibili dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

4. Cognome e nome del paziente

Tale informazione è obbligatoria per gli stranieri non residenti e per i neonati sprovvisti di codice fiscale.

5. Codice sanitario individuale

E' costituito dal Codice Fiscale da rilevare mediante la Tessera Sanitaria. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, è riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri. Questa variabile non si compila per il neonato.

6. Sesso

Il codice ad un carattere da utilizzare è:

1. maschio
2. femmina.

7. Comune di nascita

E' utilizzato il codice del Comune, impiegato dall'ISTAT, composto da sei cifre di cui le prime tre indicano la provincia e le altre tre identificano il comune.

Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero, è utilizzato il codice 999 al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello stato estero definito dal Ministero dell'Interno.

8. Data di nascita

Codice di data in otto caratteri previsti nel formato ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

9. Stato civile

Il codice ad 1 carattere identifica lo stato civile del paziente al momento del ricovero:

- 1=celibe/nubile
- 2=coniugato/a
- 3=separato/a
- 4=divorziato/a
- 5=vedovo/a
- 6=non dichiarato.

10. Cittadinanza

Codice a tre caratteri che indica la cittadinanza del paziente. Occorre tenere presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza. Per gli apolidi codificare 999.

11. Comune di residenza

Identifica il Comune italiano o lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente. E' codificato secondo le modalità indicate per il Comune di nascita. Per i neonati il Comune di residenza è quello della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 127/1997.

12. Regione di residenza

Codice a tre cifre che identifica la Regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente. Nel caso in cui il paziente risieda all'estero va indicato il codice dello Stato estero.

13. Azienda unità sanitaria locale di residenza

E' l'Azienda unità sanitaria locale che comprende il comune in cui risiede il paziente. Il codice è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Questa variabile non è compilata per i residenti all'estero.

14. Livello di istruzione

Va riportato il titolo di studio del paziente al momento del ricovero. Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1=licenza elementare o nessun titolo

2=diploma scuola media inferiore

3=diploma scuola media superiore

4=diploma universitario o laurea breve

5=laurea

15. Regime di ricovero

Il codice ad una cifra distingue i ricoveri in regime ordinario da quelli in regime day-hospital.

1= ricovero ordinario

2= ricovero in day-hospital

Quando si utilizza il codice 2, è necessario riportare anche le informazioni relative al motivo del ricovero in regime diurno e al numero di giornate di presenza.

16. Data di ricovero

Codice di data di ammissione in otto caratteri nel formato giorno, mese ed anno (ggmmaaaa).

Per il day-hospital, è indicata la data del primo giorno del ciclo di contatti con la struttura.

Per i nati nella struttura coincide con la data di nascita.

17. Unità operativa di ammissione

Codice a quattro caratteri che individua l'unità operativa presso la quale il paziente è fisicamente ricoverato, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa. I primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera. Gli altri due indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.

18. Onere della degenza

Con l'onere della degenza si intende individuare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero.

Codice ad 1 carattere con:

1=ricovero totale a carico del SSN;

2=ricovero a carico del SSN con rimborso spese alberghiere a carico del paziente;

3=ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN;

4=ricovero a totale carico del paziente;

- 5=ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);
6=ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);
7=ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con il SSN;
8=ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
9=altro.

19. Provenienza del paziente

Individua l'istituzione da cui proviene il paziente. Codice ad 1 carattere con:

- 1=paziente non accompagnato da richiesta medica
2=paziente inviato dal medico di base o dal pediatra di libera scelta
3=ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura
4=paziente trasferito da un istituto di cura pubblico
5=paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato
6=paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato
7=paziente trasferito da altro regime di ricovero
8=paziente inviato dal medico specialista
9=altro

20. Tipo di ricovero

E' indicato per tutti i ricoveri in regime ordinario. Codice ad 1 carattere con:

- 1=ricovero programmato non urgente
2=ricovero urgente
3=ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO)
4=ricovero programmato con preospedalizzazione

Non si compila per i neonati limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi.

21. Traumatismi o intossicazioni

Da compilare quando il ricovero è causato da trauma, incidente o intossicazione. Da compilare anche in caso di ricoveri successivi al primo per lo stesso problema. Campo ad 1 carattere con:

- 1=infortunio sul lavoro
2=infortunio in ambiente domestico
3=incidente stradale
4=violenza altrui
5=autolesione o tentativo di suicidio
9=altro tipo di incidente o di intossicazione

22. Trasferimenti interni

I trasferimenti interni, da riportare soltanto nei casi di ricovero in regime ordinario, descrivono il percorso che il paziente ha seguito durante il ricovero.

Per ciascun trasferimento vanno indicati:

- nei primi otto caratteri la data in cui ha avuto luogo il trasferimento (ggmmaaaa)
- nei successivi quattro caratteri il codice dell'unità operativa presso la quale il paziente è stato trasferito.

23. Unità operativa di dimissione

L'unità operativa indica l'ultima unità operativa presso la quale è stato ricoverato e dalla quale è dimesso il paziente: è sempre specificato, anche nel caso in cui coincida con l'unità operativa di ammissione ovvero con quella relativa all'ultimo trasferimento interno riportato per la variabile (20). La codifica a quattro caratteri, da utilizzare è quella descritta per la variabile (15).

24. Data di dimissione o morte

Codice di data in otto caratteri nel formato giorno, mese ed anno (ggmmaaaa).

Nel caso di day-hospital la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso solo nel caso in cui l'ultimo accesso sia avvenuto nel mese precedente l'invio del flusso. Negli altri casi la data di dimissione sarà quella del giorno nel quale la Struttura che ha in carico il paziente ha valutato l'opportunità, per motivi clinici od organizzativi, di chiudere il ciclo di day hospital, indipendentemente dalla data dell'ultimo accesso e comunque in data utile affinché l'invio della relativa scheda al Ministero della Salute possa avvenire nel mese di competenza.

Il 31 dicembre vengono chiusi convenzionalmente tutti i cicli di day-hospital ancora aperti.

25. Modalità di dimissione

Individua la destinazione del paziente dimesso e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.

Codice ad 1 cifra con:

1=deceduto

2=dimissione ordinaria al domicilio

3=dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA)

4=dimissione al domicilio con attivazione di ospedalizzazione domiciliare

5=dimissione volontaria

6=trasferimento ad altro istituto di ricovero

7=trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto

8=trasferimento ad istituto per riabilitazione

9=dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata

26. Riscontro autoptico

Codice ad un carattere che è utilizzato solo se la "Modalità di dimissione" è "deceduto". Se la "Modalità di dimissione" è diversa da "deceduto" dev'essere inserito uno "spazio".

1=se è stata eseguita l'autopsia

2=se non è stata eseguita l'autopsia

27. Motivo del ricovero in regime diurno

E' riportato soltanto per i ricoveri effettuati in day-hospital. Codice ad 1 cifra con:

1=DH diagnostico

2=DH chirurgico

3=DH terapeutico

4=DH riabilitativo

28. Numero di giornate di presenza in ricovero diurno

Indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di ricovero nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale. Se non utilizzato, è impostato con tre zeri.

29. Peso alla nascita

Identifica il peso rilevato al momento della nascita ed è riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso. Il peso è espresso in grammi.

30. Allattamento del neonato

Identifica la tipologia di allattamento al momento della dimissione, è suddiviso in quattro categorie:

1= nati che hanno utilizzato latte materno

2= nati che hanno utilizzato latte materno + formula

3= nati che hanno utilizzato formula

9= altro

Le informazioni di carattere clinico di seguito elencate devono essere codificate utilizzando la versione in vigore della Classificazione Internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM).

31. Diagnosi principale di dimissione

Costituisce la condizione morbosa che si è rilevata responsabile del ricovero, ovvero la condizione morbosa che, nel corso del ricovero, ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e di trattamento.

32. Diagnosi secondarie

Sono patologie concomitanti che influenzano il trattamento ricevuto e la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non sono segnalate. Possono essere riportate fino a cinque diagnosi secondarie.

33. Intervento chirurgico principale o parto

Nei primi otto caratteri è riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento chirurgico, secondo la sequenza ggmmaaaa. Nei successivi quattro caratteri è riportato il codice dell'intervento. Nel caso in cui siano state effettuate nel corso dello stesso ricovero diverse procedure chirurgiche, selezionare quella che ha comportato il maggior peso assistenziale e/o maggiormente correlata con la diagnosi principale. Non necessariamente tale intervento è il primo eseguito in ordine di tempo.

34. Altri interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche

Possono essere riportati fino a cinque interventi o procedure. Nel caso in cui siano segnalati sia interventi sia procedure codificare sempre prima gli interventi. Nei primi otto caratteri è riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento o la procedura, secondo la sequenza ggmmaaaa. Nei successivi quattro caratteri è riportato il codice dell'intervento o della procedura.

35. DRG

Attribuito dalla versione del grouper in vigore.

36. Data di prenotazione del ricovero

Codice di data in otto caratteri nel formato giorno, mese ed anno (ggmmaaaa). E' considerata, quale data di prenotazione, il giorno nel quale il paziente viene inserito nella lista di attesa e deve essere indicata per tutti i ricoveri programmati, sia di tipo medico, sia di tipo chirurgico.

37. Classe di priorità

Per tutti i ricoveri programmati, sia di tipo medico sia di tipo chirurgico, deve essere compilata la classe di priorità secondo il seguente schema (DGR 140/2008):

A=ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

B=ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano dolore intenso, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

C=ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

D=ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Deve comunque essere effettuato entro 12 mesi.

38. Codice causa esterna

Per i ricoveri che presentano almeno una diagnosi di traumatismo e/o avvelenamento (codici compresi tra 800 e 999 della classificazione ICD-9-CM) tale campo deve essere compilato utilizzando i codici E (E800-E999) della classificazione ICD-9-CM.

39. Importo del ricovero

Importo calcolato sulla base del tariffario regionale in vigore. Il campo dovrà essere compilato come segue:

- parte intera e parte decimale separate da una virgola
- cifra allineata a destra e completata a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere 0 (zero)
- la parte decimale avrà sempre lunghezza 2, anche nei casi in cui l'importo abbia valore intero

2. REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI CLINICHE RILEVATE ATTRAVERSO LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda dimissione ospedaliera dovrà essere applicato l'aggiornamento delle linee guida di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

3. MODALITÀ E TEMPI DI TRASMISSIONE DEI DATI

I dati delle schede di dimissione ospedaliera sono trasmessi mensilmente, in formato elettronico, dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta all'Assessorato Sanità, salute e politiche Sociali, con la seguente periodicità:

- gennaio: entro il 10 marzo
- febbraio: entro il 10 aprile
- marzo: entro il 10 maggio
- aprile: entro il 10 giugno
- maggio: entro il 10 luglio
- giugno: entro il 10 agosto
- luglio: entro il 10 settembre
- agosto: entro il 10 ottobre
- settembre: entro il 10 novembre
- ottobre: entro il 10 dicembre
- novembre e dicembre: entro il 25 gennaio dell'anno successivo.

L'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta deve rispettare scrupolosamente la periodicità della trasmissione dei dati all'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, rispettando tracciato record e codici indicati nei punti 3.1. e 3.2..

Prima di trasmettere i dati, la Direzione di area ospedaliera procede alla verifica della loro qualità e validità.

Le due sezioni della scheda sono gestite in archivi separati. Gli archivi sono accessibili solo dagli uffici regionali ed aziendali preposti, esclusivamente per il tempo e nei modi appropriati, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 1999, n. 318.

I dati in formato elettronico sono inviati all'Assessorato alla Sanità, salute e politiche sociali distinti in due file contenenti la parte anagrafica e quella sanitaria.

Per i dati anagrafici, le informazioni sono contenute in un archivio denominato SDOANXXYY.DAT, dove il carattere XX individua il mese di riferimento (01, 02, 03, ... 11, 12) e i caratteri YY individuano l'anno (es.: invio gennaio 2011 SDOANA0111.DAT).

Per i dati sanitari, le informazioni sono contenute in un archivio denominato SDOSANXXYY.DAT, dove il carattere XX individua il mese di riferimento (01, 02, 03, ... 11, 12) e i caratteri YY individuano l'anno (es.: invio gennaio 2011 SDOSAN0111.DAT).

3.1. Tracciato dei record contenenti le informazioni anagrafiche (prima sezione)

Nella trasmissione dei dati, è rispettato il seguente tracciato record:

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO(1)	LUNGHEZZA
1	Codice istituto	001-008	AN	8
2	Numero della scheda	009-018	AN	10
3	Codice individuale	019-025	AN	7
4	Cognome	026-045	AN	20
4	Nome	046-060	AN	15
5	Codice fiscale	061-076	AN	16
6	Sesso	077-077	AN	1
7	Comune di nascita	078-083	AN	6
8	Data di nascita	084-091	data	8
9	Stato civile	092-092	AN	1
10	Cittadinanza	093-095	AN	3
11	Comune di residenza	096-101	AN	6
12	Regione di residenza	102-104	AN	3
13	Azienda unità sanitaria locale di residenza	105-107	AN	3
14	Livello di istruzione	108-108	AN	1

3.2 Tracciato dei record contenenti le informazioni riguardanti il ricovero (seconda sezione)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO(1)	LUNGHEZZA
1	Codice istituto	001-008	AN	8
2	Numero della scheda	009-018	AN	10
15	Regime di ricovero	019-019	AN	1
16	Data di ricovero	020-027	data	8
17	Unità operativa di ammissione	028-031	AN	4
18	Onere della degenza	032-032	AN	1
19	Provenienza del paziente	033-033	AN	1
20	Tipo di ricovero	034-034	AN	1
21	Traumatismi o intossicazioni	035-035	AN	1
22	Trasferimento interno 1	036-047	data+AN	12
22	Trasferimento interno 2	048-059	data+AN	12
22	Trasferimento interno 3	060-071	data+AN	12
23	Unità operativa di dimissione	072-075	AN	4
24	Data di dimissione o morte	076-083	data	8
25	Modalità di dimissione	084-084	AN	1
26	Riscontro autoptico	085-085	AN	1
27	Motivo del ricovero in regime diurno	086-086	AN	1
28	N. giornate di presenza in ricovero diurno	087-089	N	3
29	Peso alla nascita	090-093	N	4
30	Allattamento del neonato	094-094	AN	1
31	Diagnosi principale di dimissione	095-099	AN	5
32	Diagnosi secondaria 1	100-104	AN	5
32	Diagnosi secondaria 2	105-109	AN	5

32	Diagnosi secondaria 3	110-114	AN	5
32	Diagnosi secondaria 4	115-119	AN	5
32	Diagnosi secondaria 5	120-124	AN	5
33	Intervento chirurgico principale o parto	125-136	data+AN	12
34	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 1	137-148	data+AN	12
34	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 2	149-160	data+AN	12
34	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 3	161-172	data+AN	12
34	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 4	173-184	data+AN	12
34	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 5	185-196	data+AN	12
35	DRG	197-199	AN	3
36	Data di prenotazione	200-207	data	8
37	Classe di priorità	208-208	AN	1
38	Codice causa esterna	209-213	AN	5
39	Importo del ricovero	214-222	N	9
22	Trasferimento interno 4	223-234	data+AN	12
22	Trasferimento interno 5	235-246	data+AN	12
22	Trasferimento interno 6	247-258	data+AN	12

NOTE:

(1) Formato

AN = alfanumerico

N = numerico

Data = ggmmaaaa

I campi alfanumerici sono allineati a sinistra; se non utilizzati, sono impostati con il valore "spazio".

I campi numerici sono allineati a destra; le cifre non significative sono impostate con il valore "zero"; se non utilizzati, sono impostati con il valore "zero".

I campi data, se non utilizzati, sono impostati con il valore "spazio".

(2) Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda è definito su base annua, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o day-hospital); il campo è costituito dalle prime quattro cifre relative all'anno e dalle rimanenti sei relative al progressivo della scheda.

(3) I codici ICD-9-CM sono allineati a sinistra e, nei casi in cui siano previsti meno di 5 caratteri (nel caso delle diagnosi) o di 4 caratteri (nel caso di interventi o procedure), i rimanenti caratteri non significativi sono impostati con il valore "spazio". I campi contenenti i codici ICD-9-CM, se non utilizzati, sono impostati con il valore "spazio".