

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



# La nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

*1 gennaio 2017*

 Regione Emilia-Romagna

# La SDO – principi generali



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

La SDO deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi, compresi i neonati sani, dagli istituti pubblici e privati, accreditati e non.

# La Circolare n°6 della Regione Emilia Romagna



Prot. AUSL0052657/16 del: 08/07/2016

Su disposizione di apposito Decreto del Ministero della Salute la SDO prevederà alcune rilevanti modifiche a partire dal 1 gennaio 2017 per adeguare il contenuto informativo alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria

Regione Emilia Romagna

DIREZIONE GENERALE  
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE  
IL DIRETTORE  
KYRIAKOULA PETROPOLAKOU

CIRCOLARE N. 6

Ai Diretori Generali  
Ai Diretori Sanitari  
Ai Diretori Amministrativi

Ai Diretori dei Presidi Ospedalieri  
Ai Diretori dei Sistemi Informativi-Informatici ICT

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

Ai Legali rappresentanti  
Ai Diretori Sanitari  
degli Ospedali Privati

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

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

della Regione Emilia Romagna

LORO SEDI

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

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

Viale Aldo Moro 21  
40127 Bologna

tel 051.527.7161/163  
fax 051.527.7056

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

Handwritten initials: E, M, M

# Collegamento dei flussi informativi



Uno dei principali obiettivi è collegare le tre banche dati:



2 flussi integrati alla SDO attraverso la chiave (codice azienda, codice presidio e progressivo SDO)

# Nuovo tracciato SDO



Sarà attivo dal 1 gennaio 2017 e dovrà essere compilato per:

- pz ricoverati e dimessi nel 2017
- pz ricoverati nel 2016 e dimessi nel 2017

## I ricoveri misti acuti/post-acuti



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.**

# Le UO di riabilitazione e lungodegenza



Codici discipline:

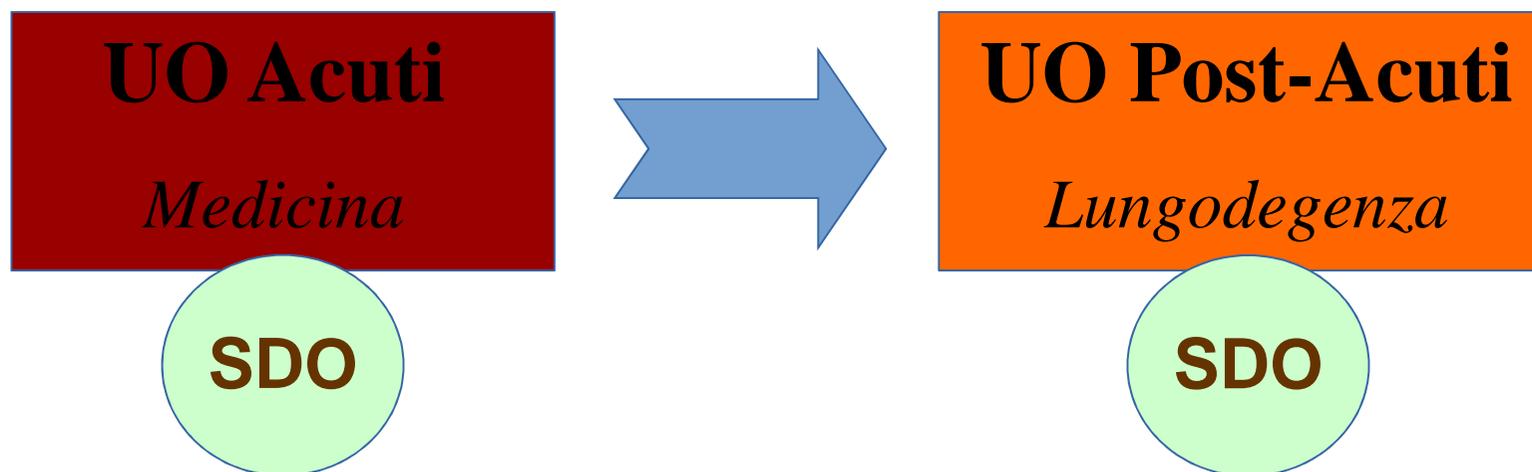
→ **56 - “Recupero e Riabilitazione”**

→ **60 - “Lungodegenza”**

## I ricoveri misti acuti/post-acuti - 2 SDO



Nel trasferimento di un pz degente andrà compilata una SDO per l'episodio di ricovero in UO per acuti e un'altra SDO per il ricovero in UO per post-acuti



*Vale anche per trasferimento di pz da una UO Acuti di un ospedale ad una UO Postacuti di altro ospedale dell'AUSL MO*

# I ricoveri misti acuti/post-acuti - la CC



Indicazione RER: la cartella clinica segue il paziente nel suo percorso all'interno del presidio, fanno eccezione:

- i casi di passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno, o viceversa
- i casi di passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza/postacuzie, o viceversa

In tutti questi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO

***NB: la cartella clinica deve accompagnare il pz nel suo percorso di cura..***

# SDO per UO post-acuti



Linee Guida : Revisione 2014  
in considerazione del diverso  
assorbimento di risorse, è  
necessario distinguere

Attività riabilitativa:

- ✓ intensiva
- ✓ di mantenimento ed estensiva



revisione  
2014

# Codici SDO per UO post-acuti



## ***RIABILITAZIONE INTENSIVA***

Entro 30 gg dall'evento acuto

### 1. Diagnosi Principale:

- codice Postumo
- codice V come da LG che assumono la stessa valenza
- se non esiste cod postumo, utilizzare quello di patologia acuta

### 2. Diagnosi secondaria:

- codice di riabilitazione V57.\_\_ \_\_ utilizzando anche la 5° cifra

## **RIABILITAZIONE**

In considerazione del diverso assorbimento di risorse, è necessario distinguere l'attività **riabilitativa intensiva**, erogata entro 30 giorni dall'evento acuto, da quella di mantenimento o estensiva, caratterizzata da un intervallo temporale superiore a 30 giorni dall'evento acuto.

### **RIABILITAZIONE INTENSIVA**

Diagnosi principale: codice di postumo\*  
Altre diagnosi: V57.\_\_ \_\_  
Nel caso in cui la fase acuta e quella riabilitativa coesistano  
Diagnosi principale: codice di patologia  
Altre diagnosi: V57.\_\_ \_\_  
Procedura: codice di procedura

### **RIABILITAZIONE ESTENSIVA**

Diagnosi principale: codice V57.\_\_ \_\_  
Altre diagnosi: codice di patologia.  
Procedura: codice di procedura

\* Di seguito si riportano i codici da utilizzare in diagnosi principale nella riabilitazione intensiva. Se il codice non rientra nell'elenco sotto riportato, utilizzare quello di patologia acuta:

- Riabilitazione da **malattie infettive e parassitarie**  
137.\_\_ Postumi della tubercolosi  
138 Postumi della poliomielite acuta  
139.\_\_ Postumi di altre malattie infettive e parassitarie.
- Riabilitazione da **malattie del sistema nervoso**  
326 Postumi di ascesso intracranico o di infezione da pirogeni.
- Riabilitazione **post-chirurgica per asportazione di lesione a carico del SNC**  
349.89 Altri specificati disturbi del sistema nervoso.
- Riabilitazione da **malattie del sistema cardiocircolatorio**  
438.\_\_ Postumi delle malattie cerebrovascolari  
410.\_\_2 Infarto miocardico acuto\*  
412 Infarto miocardico pregresso.\*\*  
\* Riabilitazione cardiologica post-IMA, entro le otto settimane.  
\*\* Riabilitazione cardiologica post-IMA, dopo le otto settimane.
- Riabilitazione **cardiologica post-chirurgica**  
V42.2 Valvola cardiaca sostituita da trapianto  
V43.3 Valvola cardiaca sostituita con altri mezzi  
V43.4 Vaso sanguigno sostituito con altri mezzi\*.  
\* Riabilitazione dopo bypass per rivascolarizzazione cardiaca.
- Riabilitazione **respiratoria post-chirurgica**  
518.5 Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico.
- Riabilitazione **post-tracheostomia**  
V55.0 Controllo di tracheostomia.

# Codici SDO per UO post-acuti



## *RIABILITAZIONE DI MANTENIMENTO O ESTENSIVA*

Intervallo temporale superiore a 30  
gg dall'evento acuto:

### 1. Diagnosi Principale

- codice V57.\_ \_

### 2. Diagnosi secondaria

- Codice di patologia che ha determinato il bisogno riabilitativo

### Procedure riabilitative:

indicare i tipi di trattamenti  
utilizzando i codici della rubrica  
93.\_ \_ che indicano i trattamenti  
riabilitativi e procedure correlate  
(completare i codici con la 4° cifra)

# Esempi codifica SDO post acuti



## **Trattamento riabilitativo intensivo**

DP 905.4 postumi di frattura degli arti inferiori ( postumi dei traumatismi classificabili a 821-827)

DS V57.1 altra fisioterapia

DS altro codice di eventuale condizione morbosa complicante il ricovero

Intervento/procedura:

- 93.11 altri esercizi
- 93.22 training deambulatori e del passo

## **Trattamento riabilitativo estensivo**

DP V57.1 altra fisioterapia

DS 905.4 postumi di frattura degli arti inferiori ( postumi dei traumatismi classificabili a 821-827)

Intervento/procedura:

- 93.11 altri esercizi
- 93.22 training deambulatori e del passo

# Gestione dei ricoveri misti “a cavaliere”



Solo per i ricoveri misti (acuti/post-acuti) con ammissione nel 2016 il ricovero va chiuso il 31 dicembre e va riaperto un nuovo ricovero il 1 gennaio:

## 1) Primo ricovero (misto)

→ modalità di dimissione: “*trasferito ad altro istituto di riabilitazione*”

## 2) Secondo ricovero (UO post-acuti)

→ proposta di ricovero: “*trasferito da altro regime di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza)*”

→ tipo di ricovero: *programmato*

→ data di prenotazione: quando ci si accorda per accogliere pz in reparto di post-acuti

→ classe di priorità: A

NB: non entrano in lista di attesa

# Gestione dei ricoveri misti “a cavaliere”



Tutti i pz presenti al 31/12 verranno preimpostati dal SIA in arrivo su ADT al 1/1 ore 00:01 (verrà inviato elenco pz)

- Il 1 gennaio vanno dimessi da ADT con data dimissione 31/12 ore 23:59
  - ➔ modalità di dimissione “*dim. c/o lungodeg/riab est*”
- Il 1 gennaio vanno confermati tutti i pz già preimpostati in arrivo su ADT con data ammissione 1/1 ore 00:01
  - ➔ proposta di ricovero: “*trasf. da altro tipo/regime (acuti, riab, ldg / dh)*” - già impostato

# SDO – Info anagrafiche del paziente



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

# SDO – Informazioni anagrafiche

## *Stato civile*



A008	Scheda	statoCivile	Stato civile del paziente al momento del ricovero.	AN	1	<b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio (E). <b>FORMATO:</b> A <b>DOMINIO:</b> Valori ammessi (E): 1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato
------	--------	-------------	--	----	---	--

Dato obbligatorio - campo scartante la SDO

# SDO – Informazioni anagrafiche

## *Livello di istruzione*



A015	Scheda	livelloistruzione	Titolo di studio del paziente al momento del ricovero.	AN	1	<b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio (E). <b>FORMATO:</b> A <b>DOMINIO:</b> Valori ammessi (E): 0 = nessun titolo 1 = licenza elementare 2 = diploma scuola inferiore 3 = diploma scuola media superiore 4 = diploma universitario o laurea breve 5 = laurea
------	--------	-------------------	--	----	---	---

Dato obbligatorio - campo scartante la SDO

# SDO – Informazioni anagrafiche

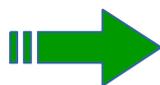


Note	Diagnosi	Interventi	Movimenti	Dimissione	Assistito	Permessi/Trasf.est.-Servizi
Codice Fiscale	STFNMT37A59L4070			CRA/STP	402553057	
Cittadinanza	ITALIA			Telefono	0422303813	
Comune domicilio	TREVISO	TV	Comune residenza	TREVISO	TV	
USL residenza	050109	TREVISO	Medico	51680	DE BONI LUCIANA	
Grado istruzione	non rilevato			Stato civile	NON DICHIARATO	
<input type="checkbox"/> Non lavora	Cond. non prof.					
<input type="checkbox"/> Lavora	Professione		Posizione		Ramo	

# SDO – Informazioni sul ricovero



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



# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Tipo ricovero*



B005

datiRicovero

tipoRicovero

Solo ricovero ordinario.

Per i TSV che diventano TSO in corso di ricovero codificare con il codice 7, anche se la variabile tipo di ricovero è una variabile di accettazione.

Il codice 6 individua i parti cesarei programmati o i naturali non urgenti. Utilizzando questa codifica i campi data di prenotazione e classi di priorità non devono essere valorizzati. Per i casi di parto urgente utilizzare il codice 2.

AN

1

**OBBLIGATORietà:** Dato obbligatorio se il Regime di ricovero = '1' (Ordinario) e proposta di ricovero diverso da '12' = Ricovero al momento della nascita (E).

**FORMATO:** A

**DOMINIO:**

Valori ammessi (E):

1 = Programmato

2 = D'urgenza

3 = T.S.O.

4 = Programmato con preospedalizzazione

5 = Ricovero D'urgenza da OBI

6 = Parto non urgente

7 = T.S.O. in corso di ricovero

Sostituisce le attuali scelte:

- urgente da PS
- urgente non da PS

I valori sono consultabili attraverso il seguente link:

[https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche\\_flusso/?CODICE\\_FLUSSO=SDO&CODICE\\_TIPO=TIPRIC](https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TIPRIC)

**ALTRI CONTROLLI:**

- Se vale '3' o '7' (T.S.O.) deve esserci almeno un reparto '40' e la struttura di dimissione deve essere pubblica (E).
- Se valorizzato '6' il DRG deve essere compreso tra '370' e '375' (E).
- Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Onere della degenza*



B006	datiRicovero	onereDegenza	Con questa variabile si intende specificare su chi ricade l'onere del ricovero (i costi relativi al ricovero).	AN	1	<p><b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio (E).</p> <p><b>FORMATO:</b> A</p> <p><b>DOMINIO:</b></p> <p>Valori ammessi (E):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1 = Ricovero a totale carico SSN</li><li>2 = Ricovero a carico SSN con differenza alberghiera</li><li>4 = Ricovero a totale carico paziente</li><li>5 = Libera professione</li><li>6 = Libera professione e differenza Alberghiera</li><li>7 = Ricovero a carico SSN di stranieri paesi convenzionati</li><li>8 = Ricovero a carico SSN di stranieri indigenti</li><li>9 = Altro</li><li>A = Ricovero a carico Ministero Interni di stranieri indigenti</li><li>U = Cittadini stranieri che, nell'ambito dei progetti umanitari, arrivano in Italia per cure medico-ospedaliere.</li><li>S = ricovero a carico di progetti di ricerca (sperimentazione)</li></ul>
------	--------------	--------------	--	----	---	---

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Onere della degenza*



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

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

- 1 = ricovero a totale carico del SSN
  - per i cittadini residenti in Italia e iscritti al S.S.N
  - lavoratori di diritto italiano residenti all'estero
  - cittadino italiano iscritto all'AIRE, per urgenze, in assenza di polizza
  - cittadini stranieri iscritti al S.S.N., in quanto aventi permesso di soggiorno che ne consente l'iscrizione volontaria
  - neonati figli di madri iscritte al SSN
- 2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera)
- 4 = ricovero senza oneri per il SSN (solvente).  
Inserire con questo onere anche i pazienti paganti UE che usufruiscono di prestazioni sanitarie di ricovero ai sensi della Direttiva 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera
- 5 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione)
- 6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera)
- 7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi UE e convenzionati (Paesi UE, SEE, Svizzera e Paesi convenzionati, in possesso di TEAM e modelli equivalenti di temporaneo soggiorno o degli attestati di diritto che consentono l'iscrizione al SSN)
- 8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza (STP)  
  
(minori, gravide, malattie infettive ecc..)
- 9 = altro (ENI, PSU, AS, etc)
- A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza (STP)
- U = cittadini stranieri che, nell'ambito dei progetti umanitari, arrivano in Italia per cure medico-ospedaliere
- S = ricovero a carico di progetti di ricerca (sperimentazione)

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

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Proposta di ricovero*



B007	datiRicovero	propRicovero	<p>Identifica le modalità di accesso alla struttura al momento del ricovero</p> <p>Il codice '01' vuol dire che il paziente accede all'ospedale tramite il PS, mentre il codice '11' deve essere utilizzato quando il paziente va direttamente in reparto/sala operatoria.</p> <p>Codificare con '01' se un paziente accede alla Casa di Cura proveniente dal Pronto Soccorso di un Ospedale Pubblico.</p> <p>Il codice '03' va assegnato quando il ricovero è programmato dal medico specialista dello stesso ospedale.</p> <p>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').</p> <p>Se un ricovero viene trasformato da TSV a TSO (tipo ricovero='7') questa variabile può assumere tutti i codici del dominio.</p>	AN	2	<p><b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio (E).</p> <p><b>FORMATO:</b> AA</p> <p><b>DOMINIO:</b></p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>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          11 = Paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso          12 = Ricovero al momento della nascita          13 = Carcere          14 = Paziente inviato alla struttura privata da uno specialista pubblico          99 = Altro</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: <a href="https://sisepts.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&amp;CODICE_TIPO=PRORIC">https://sisepts.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&amp;CODICE_TIPO=PRORIC</a></p> <p><b>ALTRI CONTROLLI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se vale '01' (Ricorso diretto) o '11' il regime di ricovero deve essere ordinario e il tipo di ricovero deve valere '2' (D'urgenza), '3' (T.S.O.), '5' (Ricovero D'urgenza in OBI) o '8' (Parto non urgente) (E).</li> <li>- Se vale '03' e il regime di ricovero è ordinario, il tipo di ricovero deve valere '1' o '4' (E).</li> <li>- Se data di ammissione = data di nascita la proposta di ricovero deve essere '12' oppure per '04', '05', '06' per i trasferiti nello stesso giorno della nascita (E).</li> <li>- Se vale '10' la disciplina di ammissione deve essere '40' (E).</li> <li>- Può valere '14' solo per il privato (E).</li> </ul>
------	--------------	--------------	--	----	---	---

▪ Il 3 sostituisce il 9 abolito: “inviato da medico specialista (esterno)”

▪ Il 12 sostituisce “neonato sano”



# FOCUS: trasferimento acuto/post-acuto o viceversa – accettazione pz



B005	datiRicovero	tipoRicovero	<p>Solo ricovero ordinario.</p> <p>Per i TSV che diventano TSO in corso di ricovero codificare con il codice 7, anche se la variabile tipo di ricovero è una variabile di accettazione.</p> <p>Il codice 6 individua i</p>	AN	1	<p><b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio se il Regime di ricovero = '1' (Ordinario) e proposta di ricovero diverso da '12' = Ricovero al momento della nascita (E).</p> <p><b>FORMATO:</b> A</p> <p><b>DOMINIO:</b> Valori ammessi (E):</p> <p>1 = Programmato</p> <p>2 = D'urgenza</p> <p>3 = T.S.O.</p> <p>4 = Programmato con preospedalizzazione</p> <p>5 = Ricovero D'urgenza da OBI</p> <p>6 = Parto non urgente</p> <p>7 = T.S.O. in corso di ricovero</p>
B007	datiRicovero	propRicovero	<p>Identifica le modalità di accesso alla struttura al momento del ricovero.</p> <p>Il codice '01' vuol dire che il paziente accede all'ospedale tramite il PS, mentre il codice '11' deve essere utilizzato quando il paziente va direttamente in reparto/sala operatoria.</p> <p>Codificare con '01' se un paziente accede alla Casa di Cura proveniente dal Pronto Soccorso di un Ospedale Pubblico.</p> <p>Il codice '03' va</p>	AN	2	<p><b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio (E).</p> <p><b>FORMATO:</b> AA</p> <p><b>DOMINIO:</b> Valori ammessi (E):</p> <p>01 = Ricorso diretto</p> <p>02 = Medico di base</p> <p>03 = Programmato da stesso istituto</p> <p>04 = Trasferito da istituto pubblico</p> <p>05 = Trasferito da istituto privato Accreditato</p> <p>06 = Trasferito da istituto privato non Accreditato</p> <p>07 = Trasferito da altro tipo attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero nello stesso presidio</p> <p>08 = Altra assistenza (ADI, Hospice, etc.)</p> <p>10 = Paziente inviato dal Centro Salute Mentale</p> <p>11 = Paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso</p> <p>12 = Ricovero al momento della nascita</p> <p>13 = Carcere</p> <p>14 = Paziente inviato alla struttura privata da uno specialista pubblico</p> <p>99 = Altro</p>

# FOCUS: trasferimento acuto/post-acuto o viceversa – accettazione pz



- ✓ proposta ricovero: *trasf da altro tipo/regime (acuto, riab, ldg / DH)*
- ✓ tipo di ricovero: *programmato*
- ✓ data di prenotazione: quando ci si accorda per accogliere pz in reparto di post-acuti
- ✓ classe di priorità: A

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Modalità di dimissione*



<b>B012</b>	SchedaPaziente	modDimissione	Modalità di dimissione. Individua la destinazione del paziente dimesso dall'ospedale e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.	AN	1	<b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio (E). <b>FORMATO:</b> A <b>DOMINIO:</b> Valori ammessi (E): 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>B = Deceduto per suicidio avvenuto in ospedale</b>
-------------	----------------	---------------	--	----	---	---

# FOCUS: trasferimento acuto/post-acuto o viceversa – dimissione pz



<b>B012</b>	SchedaPaziente	modDimissione	Modalità di dimissione. Individua la destinazione del paziente dimesso dall'ospedale e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.	AN	1	<b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio (E). <b>FORMATO:</b> A <b>DOMINIO:</b> Valori ammessi (E): 1 = Deceduto 2 = Ordinaria a domicilio 3 = Protetta c/o strutture extra ospedaliere 5 = Volontaria <b>6 = Trasferimento ad istituto per acuti</b> <b>7 = Trasferimento ad altro regime di ricovero</b> <b>8 = Trasferimento ad istituto riabilitazione</b> 9 = Protetta con attivazione A.D.I. A = Episodio di allontanamento B = Deceduto per suicidio avvenuto in ospedale
-------------	----------------	---------------	--	----	---	---

# FOCUS: trasferimento da Sassuolo a NOCSAE o ASL o viceversa – dimissione pz



Dettaglio Ricovero **Dimissione** - Webpage Dialog

**Dimissione** Gestione dimissione paziente [nome] nato il [data]

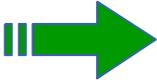
Data Dimissione	22/11/2016	08:18	Deceduto	<input type="checkbox"/>	Tipo di Dimissione	TRASF.AD OSP. PER ACUTI
Ospedale transf.			Reparto transf.			
Terapia preval.			Esito			
Medico			Autopsia	<input type="checkbox"/>	Espianto	<input type="checkbox"/>
Note dimissione						

Salva    Annulla

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Dati clinici*



Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
	<u>Giornate di sospensione</u>
	<u>Classe di priorità</u>
	<u>Euroscore</u>
	<u>Flag controllo</u>
	<u>Documentazione sanitaria interna</u>
	<u>Documentazione sanitaria esterna</u>
	<u>Rilevazione del dolore</u>
	<u>Pressione arteriosa sistolica</u>
	<u>Creatinina serica</u>
	<u>Frazione di eiezione</u>
<u>Importo aziendale</u>	
<u>Tipo operazione</u>	

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Rilevazione del dolore*



B025	SchedaPaziente	rilevDolore	Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>0 = NO</p> <p>1 = SI</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link:</p> <p><a href="https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/deco/ICE_FLUSSO=SDO&amp;CODICE_TIPO=RILDOL">https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/deco/ICE_FLUSSO=SDO&amp;CODICE_TIPO=RILDOL</a></p>
------	----------------	-------------	--	----	---	--

NB: almeno una rilevazione nell'arco del ricovero che sia riscontrabile nella documentazione sanitaria

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Pressione arteriosa sistolica*



B026	SchedaPaziente	presArtSist	Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica.	N	3	<p><b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio se esiste una diagnosi ICD-9-CM (principale o secondaria) che inizia per '410' (Infarto acuto del miocardio) (E).</p> <p><b>FORMATO:</b> NNN</p> <p><b>DOMINIO:</b> Valori ammessi (E): Deve essere compreso tra 30 e 300</p> <p><b>ALTRI CONTROLLI:</b> - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).</p>
------	----------------	-------------	---	---	---	---

NB: riportare il primo valore registrato nella documentazione sanitaria

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Creatinina serica*



B027	SchedaPaziente	creatSerica	Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL). In caso di più interventi in sessioni operatorie diverse il valore della creatinina è da riferirsi alla prima sessione operatoria.	N	5	<b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio se esiste: 1) intervento chirurgico (principale o secondario) che inizia per '361' (by-pass aortocoronarico) o '351' o '352' (valvole cardiache). Indicare il valore preoperatorio riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento, oppure 2) intervento chirurgico (principale o secondario) = ('8151' o '8152') (sostituzione protesica) o = ('7900' o '7905' o '7910' o '7915' o '7920' o '7925' o '7930' o '7935' o '7940' o '7945' o '7950' o '7955' (riduzione di frattura) ed età del paziente maggiore di 65 anni. Indicare il valore preoperatorio riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento oppure 3) diagnosi principale o secondaria che inizia per '820' (frattura del collo del femore) ed età del paziente maggiore di 65 anni. Indicare il valore rilevato al momento dell'ammissione (E).  <b>FORMATO:</b> NN.NN <b>DOMINIO:</b> Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di 00.00  <b>ALTRI CONTROLLI:</b> - Non valorizzare in tutti gli altri casi (E).

**NB:** indicare il valore pre-operatorio riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Frazione di eiezione*



<b>B028</b>	SchedaPaziente	frazEiez	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 (codice ICD-9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD-9-CM 35.1x-35.2x).	N	2	<b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio se esiste un intervento chirurgico (principale o secondario che inizia per '361' (by-pass aortocoronarico) o '351' o '352' (valvole cardiache) (E). <b>FORMATO:</b> NN <b>DOMINIO:</b> Valori ammessi (E): Deve essere maggiore di zero  <b>ALTRI CONTROLLI:</b> - Da non valorizzare in tutti gli altri casi (E).
-------------	----------------	----------	---	---	---	--

**NB:** indicare il valore pre-operatorio riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Dati clinici*



Scheda di dimissione ospedaliera

**Scheda di Dimissione Ospedaliera** Gestione SDO per [ ] nato/a il 07/01/1947

**Dati Ricovero**

N. Ricovero  /  Data Accettazione  Data Dimissione

Codice DRG  DRG anomalo  Descrizione DRG

Posizione contabile  Data Archiviazione  Importo  Importo SSN

Stato DRG  [Mostra DRG](#)

**Dati di Dimissione**

Data dimissione   Deceduto  Tipo dimissione

Ospedale trasf.  Reparto trasf.

Terapia preval.  Esito

Medico dimissione  Autopsia  Espianto  Stato

Classe priorità  Anonimato

Medico compilatore  Dip. assist. Accett.  Ric.  Dim.

Trauma/Avvelen.  Conv. tra aziende  SI  NO

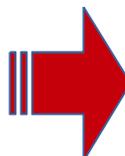
**Dati Clinici**

Rilevazione del dolore  Euroscore  Farmaco oncologico

Pressione arteriosa sistolica  mmHg Creatinina serica  ,  mg/dL Frazione di eiezione  %

**Diagnosi di ammissione** **Diagnosi** **Interventi** **Traumi/Avvelenamenti** **Assistito SDO**

asdasdsa

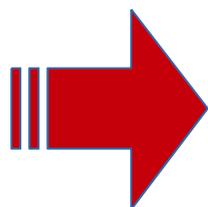


# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Permessi (AT e PD)*



C006	Reparti	UnitaOper	<p>Codifica Ministeriale HSP12 o HSP13 a 4 cifre. Le prime due cifre identificano la disciplina la terza e la quarta sono utilizzate come progressivo all'interno del Presidio per identificare le divisioni (Anagrafe Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).</p> <p>Per ogni SDO possono essere codificati max 15 trasferimenti.</p>	AN	4	<p><b>OBBLIGATORietà:</b> Dato obbligatorio (E).  <b>FORMATO:</b> AAAA  <b>DOMINIO:</b>          Valori ammessi (E):          Codice disciplina (primi due caratteri):          'AT' = Assenza temporanea          'PD' = Prove di domiciliazione          Per la validità delle altre discipline (primi due caratteri) si rimanda al capitolo <i>Tabelle di riferimento - Paragrafo 7.1 Tabella1 - Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere.</i>          Codice divisione (terzo e quarto carattere):          Deve essere maggiore di zero</p> <p>Se tipo del reparto = '1' (Ammissione) o '2' (Dimissione):          - l'unità operativa deve esistere per il presidio (E).</p> <p>Se tipo del reparto = '3' (Trasferimento):          - il Reparto deve esistere nel presidio oppure nella struttura esterna se indicata (E).</p>
------	---------	-----------	--	----	---	---



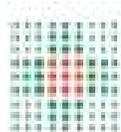
### Se SDO per acuti:

- Le assenze temporanee ('AT') non possono essere superiori a 3 giorni (E).
- Non possono esserci 'AT' se le giornate effettive di ricovero sono uguali a 1 (E).

### Se SDO post acuti:

- Le assenze temporanee ('AT') non possono essere superiori a 3 giorni (E).
- I permessi di domiciliazione ('PD') non possono essere superiori a 12 giorni (E).
- Non possono esserci 'PD' se le giornate effettive di ricovero sono uguali a 1 (E).
- Non possono esserci 'PD' con 0 giorni (W).

# Nota DS AUSL MO su AT/PD



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Il Direttore Sanitario

Prot. AUSL n. 0085753/16 del 15/11/2016

Ai Direttori di U.O.

Ai Coordinatori di U.O.

Ospedali di:

- Vignola
- Pavullo
- Carpi
- Mirandola
- Nocera

e.p.c.

Ale Direzioni Sanitarie

Alla Dott.ssa Vania Mascelli  
Referente Controlli Qualità e Completezza  
della Documentazione Sanitaria

Al Nucleo Controlli Interni di Presidio

All'ing. P. Ghedini  
Direttore SIA

Alla Direzione Sanitaria ACU Policlinico di Modena

OGGETTO: Precisazioni sull'utilizzo dei permessi per i degenti (Assenze temporanee "AT" e prove di domiciliazione "PD")

# Nota DS AUSL MO su AT/PD



Il permesso temporaneo *può essere concesso*, se le condizioni cliniche lo permettono, su richiesta del paziente per ragioni familiari o personali, con il parere favorevole dal responsabile della UO, e possono essere utilizzati, a seconda della circostanza e della finalità specifica, i codici AT o PD:

- ✓ le *Assenze Temporanee (AT)*, sia da reparti per acuti che post acuti, NON possono essere superiori ai 3 giorni (72 ore) e non vi possono essere AT se le giornate effettive di ricovero sono inferiori a 1
- ✓ le *Prove di Domiciliazione (PD)* possono essere utilizzati **ESCLUSIVAMENTE** nei reparti codice 28 (unità spinale), 56 (riabilitazione intensiva) e 75 (neuroriabilitazione) e NON possono essere superiori ai 6 giorni. Tali permessi specifici vengono concessi esclusivamente allo scopo di favorire la rieducazione dei pazienti in riabilitazione intensiva e l'addestramento dei caregivers nell'ambiente domestico

↓  
limite recentemente innalzato a 12 giorni



La verifica dell'istituto dei PERMESSI ha evidenziato una notevole disomogeneità tra le varie Aziende Sanitarie e una discrepanza rispetto alle indicazioni regionali (circolare n° 23 del 23/12/1999 e successive integrazioni). Anche nella nostra Azienda si rileva un diffuso uso improprio dello strumento dei permessi, pertanto si ribadisce che l'assenza temporanea (AT) deve rappresentare esclusivamente una opportunità per i pazienti e non deve invece essere mai utilizzata come soluzione a problemi di tipo organizzativo.

Se il paziente ricoverato è in attesa di una *prestazione non immediatamente disponibile* (es: esami diagnostici, intervento chirurgico, ecc) il paziente deve essere dimesso, deve essere chiusa la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e va riprogrammato il ricovero in un momento successivo con conseguente apertura di una nuova SDO. Con particolare riferimento al rinvio dell'intervento chirurgico o alla

Si ricorda inoltre che il codice AT non deve essere utilizzato se il permesso è breve e riguarda solo le ore diurne, in questi casi è sufficiente la registrazione in cartella clinica con una annotazione firmata dal medico (es. "*In considerazione delle sue attuali condizioni cliniche, al paziente è stata concessa un'assenza temporanea dal reparto indicativamente dalle ore .....alle ore.... del giorno.... su sua specifica richiesta* ").

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Permessi (AT e PD)*



Pazienti in reparto

ADT

Versione | Utente collegato: RICCI |

Storico | Liste attese | In arrivo | **In reparto** | Posti letto | Dimessi

Pazienti in reparto Situazione pazienti nel reparto di AUSL Pa chirurgia generale

Elenco pazienti

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_ Nascondi filtri

Stanza \_\_\_\_\_ Letto \_\_\_\_\_ Assegnazione Letto \_\_\_\_\_

Ricovero \_\_\_\_\_ Regime \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Vis. note

Assegnazione da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Presunto rilascio da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Permessi \_\_\_\_\_

Tutor clinico \_\_\_\_\_ Tutor assistenziale \_\_\_\_\_

Ripristina Filtra

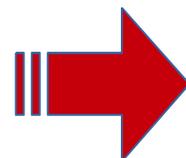
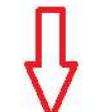
Stato	Dati Paziente	Sesso	Età	Reg.	Ricovero	Stanza	Letto	Ammissione	Reparto
H <input type="checkbox"/>		MAS	56a	+	2016-83355	C 411	27	21/11/2016	30201
H <input type="checkbox"/>		MAS	27a	+	2016-83306	C 409	23	16/11/2016	30201
H <input type="checkbox"/>		MAS	68a	+	2016-83352	C 410	24	21/11/2016	30201
H <input checked="" type="checkbox"/>		MAS	70a	+	2016-83323	C 412	29	17/11/2016	30201
H <input type="checkbox"/>		MAS	76a	+	2016-83329	C 402	6	17/11/2016	30201
H <input type="checkbox"/>		FEM	31a	+	2016-180715			21/11/2016	30212
H <input type="checkbox"/>		MAS	51a	+	2016-180716			21/11/2016	30212

Pazienti trovati: 7

Consenso | Rich. | Arrivo | **Permessi** | Trasferimento | Dimissione | Letti

Menù stampa

152



Permessi/Trasf .est-Service

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Permessi (AT e PD)*



Gestione Permessi -- Webpage Dialog

### Permessi

Gestione Permessi

**Dati Assistito**

Cognome  Nome  Data nascita

**Dati Ricovero**

N. Ricovero  /  Data Arrivo

**Elenco permessi**

Stato	Inizio	Fine	Fine Effettiva	Autorizzato da	Note
-------	--------	------	----------------	----------------	------

**Inserimento permesso**

Data inizio

Data fine   Data fine effettiva    Trasferimento esterno

Istituto trasf. esterno  Unità trasf. esterno

Autorizzato da  Note

Salva Annulla

Esci

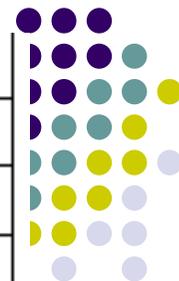
# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Scale di valutazione (anticipazione)*



Scale	Barthel Index (BI) in Ingresso
	Barthel Index (BI) in Uscita
	Rehabilitation Complexity Scale (RCSe) in Ingresso
	Rehabilitation Complexity Scale (RCSe) in Uscita
	Scala Six Minute Walk Test (6MWT) in Ingresso
	Scala Six Minute Walk Test (6MWT) in Uscita
	Scala di Borg modificata (M-Borg) in Ingresso
	Scala di Borg modificata (M-Borg) in Uscita
	Scala Barthel Dyspnea Index (BI) in Ingresso
	Scala Barthel Dyspnea Index (BI) in Uscita

NB: da realizzare prossimamente in ADT..



Data Evento Acuto
Ora Evento Acuto
Eziologia
Glasgow Coma Scale ( <b>GCS</b> )
Glasgow Outcome Scale ( <b>GOS</b> ) in Ingresso
Glasgow Outcome Scale ( <b>GOS</b> ) in Uscita
Disability Rating Scale ( <b>DRS</b> ) in Ingresso
Disability Rating Scale ( <b>DRS</b> ) in Uscita
Scala Levels of Cognitive Functioning ( <b>LCF</b> ) in Ingresso
Scala Levels of Cognitive Functioning ( <b>LCF</b> ) in Uscita
Livello lesione neurologica in Ingresso
Livello lesione neurologica in Uscita
Scala menomazione <b>ASIA</b> in Ingresso
Scala menomazione <b>ASIA</b> in Uscita
Scala Spinal Cord Independency Measure ( <b>SCIM</b> ) in Ingresso
Scala Spinal Cord Independency Measure ( <b>SCIM</b> ) in Uscita
Classificazione <b>TOAST</b> (Transito in STROKE UNIT)
National Institutes of Health Stroke Scale ( <b>NIHSS</b> ) in Ingresso
National Institutes of Health Stroke Scale ( <b>NIHSS</b> ) in Uscita
Scala di Rankin pre-ictus (nRankin) solo in Ingresso

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Scale di valutazione*



Rilevazione scale	
Scala	Valore
Barthel Index ( <b>BI</b> )	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Rehabilitation Complexity Scale ( <b>RCSe</b> )	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Six Minute Walk Test ( <b>6MWT</b> )	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Borg modificata ( <b>M-Borg</b> )	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Barthel Dyspnea Index ( <b>BI</b> )	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Data/ora evento acuto	<input type="text"/> <input type="text"/>
Eziologia	<input type="text"/>
Glasgow Coma Scale ( <b>GCS</b> )	<input type="text"/>
Glasgow Outcome Scale ( <b>GOS</b> )	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Disability Rating Scale ( <b>DRS</b> )	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Levels of Cognitive Functioning ( <b>LCF</b> )	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Livello lesione neurologica	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Menomazione <b>ASIA</b>	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Spinal Cord Independency Measure ( <b>SCIM</b> )	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Transito in STROKE UNIT ( <b>TOAST</b> )	<input type="text"/>
National Institutes of Health Stroke Scale ( <b>NIHSS</b> )	Ingresso <input type="text"/> Uscita <input type="text"/>
Rankin pre-ictus ( <b>nRankin</b> )	Ingresso <input type="text"/>

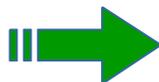
Associata ad ogni UO del ricovero..

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Diagnosi*



Diagnosi	<b><u>PROGRESSIVO DIAGNOSI</u></b>
	Tipologia diagnosi
	Codice diagnosi
	Diagnosi presente al ricovero
	Stadiazione condensata
	Lateralità



# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Comorbidità o complicanza*



<b>D004</b>	Diagnosi	diagnosiPresenti	Rileva se la diagnosi era già presente anche al momento del ricovero.	AN	1	<b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio (E). <b>FORMATO:</b> A <b>DOMINIO:</b> Valori ammessi (E): 0 = NO 1 = SI
-------------	----------	------------------	---	----	---	--

*Max 6 diagnosi inseribili (1 principale + 5 secondarie) - ad oggi sono 12*

Serve per discriminare tra patologia già presente in ingresso in reparto (comorbidità) dalla patologia insorta durante il ricovero (complicanza)

NB: se si inseriscono in ADT le diagnosi nei trasferimenti queste possono essere importate in automatico (tasto “copia da ricovero”)

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Stadiazione neoplasia maligna*



D005	Diagnosi	stadCondens	Stadio della neoplasia maligna.	AN	1	<p><b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato obbligatorio in presenza di codice diagnosi principale e secondarie ICD-9-CM comprese fra '140.0'-'190.9' e '193'-'199.1'(E).</p> <p><b>FORMATO:</b> A</p> <p><b>DOMINIO:</b></p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1 = Tumore localizzato, confinato all'organo di origine</p> <p>2 = Infiltrazione locale extraorgano</p> <p>3 = Metastasi ai linfonodi regionali</p> <p>4 = Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali</p> <p>5 = Metastasi a distanza</p> <p>6 = Metastasi ai linfonodi non regionali</p> <p>7 = Non confinato all'organo di origine (ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6)</p> <p>8 = Nessuna invasione degli organi distanti (ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4)</p> <p>9 = Ignoto</p>
------	----------	-------------	---------------------------------	----	---	--

Esclusi:

- ✘ 191 – tumori maligni dell'encefalo
- ✘ 192 – tumori maligni di altra e non specificate parti del sistema nervoso

NB: dato obbligatorio

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Stadiazione neoplasia maligna*



**Esempio:** caso di pz con epatocarcinoma e metastasi polmonare

✓ Diagnosi metastasi polmonare (diagnosi principale)

➔ Stadiazione condensata 5 -  
Metastasi a distanza

✓ Diagnosi Epatocarcinoma (diagnosi secondaria)

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

Valori ammessi (E):

1 = Tumore localizzato,  
confinato all'organo di  
origine

2 = Infiltrazione locale  
extraorgano

3 = Metastasi ai linfonodi  
regionali

4 = Infiltrazione locale  
extraorgano e metastasi ai  
linfonodi regionali

5 = Metastasi a distanza

6 = Metastasi ai linfonodi  
non regionali

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

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

9 = Ignoto

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Lateralità*



D006	Diagnosi	lateralita	Indica se la diagnosi si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.	AN	1	<b>OBBLIGATORIETÀ:</b> Dato facoltativo. <b>FORMATO:</b> A <b>DOMINIO:</b> Valori ammessi (E): 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
------	----------	------------	---	----	---	---

NB: dato facoltativo

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Diagnosi*



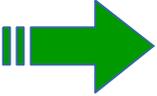
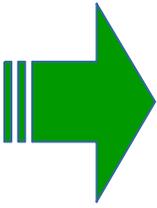
Diagnosi di ammissione		Diagnosi	Interventi	Traumi/Avvelenamenti	Assistito SDO			
Ord	Codice	Descrizione Diagnosi	Tipo	Data	Reparto	Note	Pres. al ricov.	
<input type="checkbox"/>	0	37600	Infiammazione acuta dell'orbita, non sp	1°	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/>
Stadiazione condensata		1-TUMORE LOCALIZZATO, CONFINATO ALL'ORGANO I		Lateralità		Bilaterali		
Stad. tnm(t)		Classificazione T codic	Stad. tnm(n)	Classificazione N	Stad. tnm(m)	Classificazione M		

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Intervento chirurgico e service*



Interventi

<u>PROGRESSIVO INTERVENTO</u>	
	Tipologia intervento
	Tipo intervento
	Data inizio dell'intervento
	Ora inizio dell'intervento
	Codice intervento
	Codice fiscale chirurgo 1
	Codice fiscale chirurgo 2
	Codice fiscale chirurgo 3
	Codice fiscale anestesista
	Punteggio ASA
	Check-List
	Lateralità

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Intervento chirurgico e service*



Diagnosi di ammissione		Diagnosi		Interventi		Traumi/Avvelenamenti		Assistito SDO	
Ord	Codice	Descrizione Intervento		Tipo	Data		Reparto	Note	N.Es
0	8241	Sutura della fascia tendinea della mano		1°	25/10/2016	10:00	3MEDICINA0		
Lateralità	Destra	Specialità	Cardiologia	Equipe inf.	Equipe 01		Protesi		
Chir.1	MNSLGU44R05C324N	Man.	<input checked="" type="checkbox"/>	Chir.2	MTTLSN58A18L483I	Man.	<input type="checkbox"/>	Data fine	25/10/2016 12:00
Chir.3	PSSMRC82T23R078S	Man.	<input checked="" type="checkbox"/>	Anest.	LMANLS80E70L483T	Man.	<input type="checkbox"/>	Checklist SO	NO
In service	NO								
Sala operatoria	Sala operatoria uno		Classe ASA	Paziente sano		Robot	SI		

**Nuovo**   **Copia da ricovero**   **Copia da cartella**

Max 11 tra interventi/procedure e service inseribili (1 principale + 10 secondari)

NB: lateralità facoltativo

flag su checklist da selezionare manualmente

**Importa tutti i dati dal NRO**

**..e da "vecchio registro operatorio"**

# 12. Punteggio ASA



- Classificazione ASA che valuta il rischio anestesiologicalo in base alle condizioni del paziente. Il dato obbligatorio se è valorizzato il codice fiscale dell'anestesista.
- Valori ammessi:
- 1 = Paziente sano
- 2 = Paziente con malattia sistemica lieve e nessuna limitazione funzionale
- 3 = Paziente con malattia sistemica grave e limitazione funzionale di grado moderato
- 4 = Paziente con una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la vita
- 5 = Paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico
- 6 = Paziente in morte cerebrale certificata in attesa di intervento per donazione di organi

# 10. Codice fiscale del chirurgo



- Codice fiscale del chirurgo responsabile dell'intervento. È possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio.
- Il dato è obbligatorio se siamo nel caso di procedure “terapeutiche maggiori”, come indicato nella classificazione AHRQ; sono ricompresi nelle “*procedure terapeutiche maggiori*” gli impianti di device cardiaci, le angioplastiche percutanee, le biopsie linfonodali, il trapianto di midollo osseo, la legatura di varici esofagee, la riparazione di lacerazioni ostetriche, l'asportazione radicale di lesioni cutanee (codice 86.4), ossia procedure / interventi che possono essere eseguiti anche in regime ambulatoriale o per i quali può non essere prevista, oggi, la compilazione del verbale OrmaWeb.
- La lista completa delle procedure “terapeutiche maggiori” è disponibile per il download alla pagina <http://intranet.azospfe.it/il-professionista/ufficio-dimissioni-ospedaliere-info-e-strumenti/allegati-2/Lista%20AHRQ%20procedure%20terapeutiche%20maggiori.pdf>
- Per gli altri interventi il dato è facoltativo.

# INTERVENTI CHIRURGICI



Con questo termine si indicano i codici di procedura della classificazione ICD-9-CM considerati come procedure maggiori di sala operatoria; queste ultime, determinano necessariamente l'assegnazione di un DRG chirurgico.

**L'Agencia statunitense AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality, nell'ambito del progetto HCUP Health Cost and Utilization Project** ha sviluppato un sistema di raggruppamento dei codici di procedura che prevede quattro categorie:

- 1 ) Procedure diagnostiche minori: procedure non di sala operatoria con finalità diagnostica; (es. 87.03 TAC del capo)
- 2 ) Procedure terapeutiche minori: procedure non di sala operatoria con finalità terapeutica; (es. 02.41 irrigazione ed esplorazione di anastomosi ventricolare)
- 3) Procedure diagnostiche maggiori: Tutte le procedure che il grouper DRG riconosce come procedure di sala operatoria, effettuate con finalità diagnostiche; (es. 01.14 biopsia a cielo aperto di lesione cerebrale)
- 4) Procedure terapeutiche maggiori: Tutte le procedure che il grouper DRG riconosce come procedure di sala operatoria, effettuate con finalità terapeutica (es. 39.24 bypass aorto-renale).

(cfr. <http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/procedure/procedure.jsp>)

Gli interventi chirurgici corrispondono a tutte le procedure maggiori, sia diagnostiche che terapeutiche.

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Prestazioni svolte in service*



### Definizione:

ogni procedura/intervento erogato in un presidio (azienda) diverso da quello in cui il paziente si trova ricoverato con rientro nel reparto di degenza di origine entro 24 ore

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Prestazioni svolte in service*



Gestione Permessi -- Webpage Dialog

### Permessi

Gestione Permessi

**Dati Assistito**

Cognome  Nome  Data nascita

**Dati Ricovero**

N. Ricovero  /  Data Arrivo

**Elenco permessi**

Stato	Inizio	Fine	Fine Effettiva	Autorizzato da	Note
-------	--------	------	----------------	----------------	------

*NB: se il pz viene trattenuto per insorta complicanza dopo aver svolto il **Service** riportare in "data e ora fine effettiva" il momento in cui il pz è arrivato nell'altra struttura, poi effettuare la dimissione del pz. Lasciare flag su service.*

**Inserimento permesso**

Data inizio

Data fine    Data fine effettiva    Trasferimento esterno

Istituto trasf. esterno  Unità trasf. esterno

Autorizzato da  Note

*NB: se procedura non viene svolta riportare qui una nota*

Salva Annulla

Esci

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Prestazioni svolte in service*



Pazienti in reparto

ADT

Versione | Utente collegato: RICCI G

Storico | Liste attese | In arrivo | **In reparto** | Posti letto | Dimessi

Pazienti in reparto Situazione pazienti nel reparto di AUSL Pa chirurgia generale

Elenco pazienti

Cognome: [ ] Nome: [ ] Data nascita: [ ] Nascondi filtri

Stanza: [ ] Letto: [ ] Assegnazione Letto: [ ]

Ricovero: [ ] Regime: [ ] Tipo: [ ] Vis. note:

Assegnazione da: [ ] a: [ ] Reparto: [ ]

Presunto rilascio da: [ ] a: [ ] Permessi: [ ]

Tutor clinico: [ ] Tutor assistenziale: [ ] Ripristina | Filtra

Stato	Dati Paziente	Sesso	Età	Reg.	Ricovero	Stanza	Letto	Ammissione	Reparto	
H <input type="checkbox"/>	CE	MAS	56a	+	2016-83355	C 411	27	21/11/2016	30201	
H <input type="checkbox"/>	CC	MAS	27a	+	2016-83306	C 409	23	16/11/2016	30201	
H <input type="checkbox"/>	CR	MAS	68a	+	2016-83352	C 410	24	21/11/2016	30201	
H <input type="checkbox"/>	LA	MAS	70a	+	2016-83323	C 412	29	17/11/2016	30201	
H <input type="checkbox"/>	PA	MAS	76a	+	2016-83329	C 402	6	17/11/2016	30201	
H <input type="checkbox"/>	RE	FEM	31a	+	2016-180715			21/11/2016	30212	
H <input type="checkbox"/>	SC	MAS	51a	+	2016-180716			21/11/2016	30212	



# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Intervento chirurgico e service*



Diagnosi di ammissione		Diagnosi		Interventi		Traumi/Avvelenamenti		Assistito SDO	
Ord	Codice	Descrizione Intervento		Tipo	Data	Reparto	Note	N.Es	
0	8241	Sutura della fascia tendinea della mano		1°	25/10/2016 10:00	3MEDICINA0			
Lateralità Destra		Specialità Cardiologia		Equipe inf. Equipe 01		Protesi			
Chir.1	MNSLGU44R05C324N	Man.	<input checked="" type="checkbox"/>	Chir.2	MTTLSN58A18L483I	Man.	<input type="checkbox"/>	Data fine	25/10/2016 12:00
Chir.3	PSSMRC82T23R078S	Man.	<input checked="" type="checkbox"/>	Anest.	LMANLS80E70L483T	Man.	<input type="checkbox"/>	Checklist SO	NO
Sala operatoria Sala operatoria uno		Classe ASA Paziente sano		Robot		SI			

**Nuovo** **Copia da ricovero** **Copia da cartella**

Max 11 tra interventi/procedure e service inseribili (1 principale + 10 secondari)

NB: lateralità facoltativo

selezionare manualmente flag su checklist e ASA

**Prestazione in "service"**

**Importa tutti i dati dal NRO**

**..e da "vecchio registro operatorio" per l'Emodinamica del NOCSAE**

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Tipologie di prestazioni in service*



Alcuni esempi di Service:

✓ Cardiologia

- ◆ Impianto di PM/ICD
- ◆ Coronarografia/PTCA primaria

✓ Endoscopia digestiva

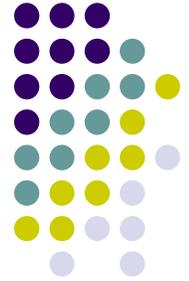
- ◆ ERCP
- ◆ PEG
- ◆ Colonscopia con polipectomia mucosectomia
- ◆ Posizionamento protesi biliari
- ◆ Drenaggio transepatico biliare esterno-interno (DTBEI)

✓ Endoscopia bronchiale

- ◆ EBUS
- ◆ Talcaggio pleurico

# SDO – Informazioni sul ricovero

## *Tipologie di prestazioni in service*



- ✓ Radiologia
  - ◆ Embolizzazione d'organo
  
- ✓ Neurochirurgia
  - ◆ Vertebroplastica
  - ◆ Impianto stimolatore Parkinson
  
- ✓ Terapia iperbarica

# Il PNE e il DM 70/2015



**Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70**

**Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.**

(G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

Le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma nazionale esiti (PNE) di Age.nas ai sensi del comma 25 bis dell'art. 15 della legge 135/2012.

4.2 Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:

a) Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica

b) Procedure chirurgiche: Colectomia; Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artroplastica ginocchio e anca, frattura femore

c) Processi e percorsi diagnostico-terapeutici: Terapia intensiva neonatale (TIN) e Maternità; Infarto del miocardio

# DM 70/2015 - indicatori di volume ed esito



Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto altresì degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture, si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attività:

Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Coledstectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)
Maternità	si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010

e le seguenti soglie di rischio di esito:

Proporzione di coledstectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età >=65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%;
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%



# Manuale d'uso del nuovo ADT



Verrà comunicata dal SIA a tutti via email la data di rilascio della nuova versione ADT

Documento con istruzione d'uso sarà consultabile sull'intranet

- applicativi sanitari
- manuale SIO



Attivazione pronta disponibilità SIA

Istruzioni per il cambio password

Istruzioni per aprire gli allegati usando web mail

Documento Programmatico di Sicurezza 2016

Norme per utilizzo di strumenti informatici

Manuale Operativo PEC Aziendale

MANUALI SIO

Baggiovara - Sistema Telefonico

Selezionare l'applicazione di riferimento

APPLICATIVI SANITARI

SELEZIONARE UN'APPLICAZIONE

<a href="#">ITChef Baggiovara</a>	<a href="#">ITChef Sassuolo</a>
<a href="#">ITChef Vignola e Castelfranco</a>	<a href="#">ITChef Carpi</a>
<a href="#">Prog. Celiaci, Medicina di Base, Ricettari</a>	<a href="#">Percorsi Ambulatoriali (Arianna)</a>
<a href="#">Fund Raising</a>	<a href="#">Prenotazione Pasti Carpi, Mirandola e Pavullo</a>
<a href="#">Studio dei Carcinomi Intervallo</a>	<a href="#">Certificazioni Medicina Legale</a>
<a href="#">Invalidi civili web</a>	<a href="#">LettiOnLine</a>
<a href="#">Gestione Vaccinazioni</a>	<a href="#">TEST Gestione Vaccinazioni</a>
<a href="#">Screening Web Mammografico</a>	<a href="#">Screening Web Colon retto</a>
<a href="#">Elea (Neuropsichiatria Infantile)</a>	<a href="#">Zuccato HC</a>
<a href="#">ADIWEB</a>	<a href="#">Referti OnLine</a>
<a href="#">DataBook</a>	<a href="#">Traumi TCentre</a>
<a href="#">Bacheca Corsi Policlinico</a>	<a href="#">Rages: Controllo di Gestione</a>
<a href="#">EMOFILIA-RER</a>	<a href="#">Insufficienza Respiratoria Acuta (IRA)</a>
<a href="#">EOS (Psicologia Clinica)</a>	<a href="#">Medi-H-Art</a>
<a href="#">Portale Impiantistico (PROD)</a>	<a href="#">Portale Impiantistico (TEST)</a>
<a href="#">Portale Impiantistico WEB (TEST)</a>	<a href="#">Strutture Sanitarie Web (TEST)</a>
<a href="#">Anagrafe Regionale (ANA-CNER)</a>	<a href="#">SIS-DSM</a>
<a href="#">Psichiatria Web</a>	<a href="#">Cartella Consultori</a>
<a href="#">Medicina Sportiva</a>	<a href="#">Screening Web Citologico</a>
<a href="#">Sorveglianza Sanitaria WEB</a>	<a href="#">Progetto Pers. Socio-Sanitario DSM-DP</a>
<a href="#">Prescrizioni Vaccinazioni</a>	<a href="#">Elaborazioni Consultori</a>

# Controlli sanitari sulle SDO



Con la D.G.R. n. 354/2012 la Regione E.R. ha emanato le linee di indirizzo in materia di controlli sulle prestazioni sanitarie erogate dai produttori pubblici e privati.

Con tale documento, oltre all'aggiornamento delle tempistiche e delle modalità dei controlli, si è disposto che l'attività sia pianificata attraverso il P.A.C. (Piano Annuale dei Controlli), definito con Determina del Direttore Generale n. 10449/2012, con il quale vengono dettagliate le tipologie di controllo da eseguire che si modifica con il tracciato definito dalla circolare n 6 /2016.

A partire dai dimessi del 2017 nel tracciato SDO sono richieste nuove informazioni relative ai vari tipi di controllo, sia concernenti la documentazione sanitaria che le altre tipologie al fine di tracciare l'intero processo del controllo compresa la sua rendicontazione.

# Controlli sanitari sulle SDO



## Informazioni sul dominio e Controlli

**OBBLIGATORietà:** Facoltativo.

**FORMATO:** AA

**DOMINIO:**

Valori ammessi (E):

- 01 = DRG maldefiniti
- 02 = DRG Chirurgico con CC in DH
- 03 = DRG Chirurgico con CC in ordinario 0-1 giorno
- 04 = DRG con CC in ordinario > 1 giorno
- 05 = DRG Medico con CC in DH > 3 accessi
- 06 = DRG Medico diagnostici in DH
- 07 = DRG Medico senza procedure
- 08 = DRG potenzialmente inappropriati
- 09 = Ricoveri ripetuti 0-1 giorno
- 10 = Ricoveri ripetuti 2-7 giorni
- 11 = Ricoveri ripetuti 8-30 giorni
- 12 = Omnicomprensività della tariffa
- 13 = Controlli appropriatezza clinica
- 14 = Interventi sulla colonna (DRG 496 497 498 520 546)
- 15 = Congruità SDO - Cartella
- 16 = Errore di codifica
- 17 = Prestazione erogabile in altra intensità di cura  
(eccetto i 108 DRG potenzialmente inappropriati)
- 18 = Ricoveri oltre soglia
- 19 = Ricoveri ordinari con durata della degenza =2 oppure con durata di degenza =3  
con DRG C con MPR in data <> ammissione
- 20= Documentazione clinica carente
- 99= Altri controlli

I valori sono consultabili attraverso il seguente link:

[https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche\\_flusso/?CODICE\\_FLUSSO=SDO&CODICE\\_TIPO=TPCI](https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDO&CODICE_TIPO=TPCI)

**ALTRI CONTROLLI:**

- Se valorizzato non deve essere ripetuto (E).

## Invii dei dati SDO in RER



- L'invio dei dati di Day Hospital deve rispettare regole omogenee per le Aziende. Si ricorda la necessità di chiudere la SDO all'ultimo accesso e di inviare i dati in Regione rispettando le scadenze e il ritardo al massimo di un trimestre.
- L'invio dei dati di Ricovero Ordinario seguono regole omogenee per le Aziende. Anche in questo caso il ritardo massimo è di un trimestre.