



## Osservatorio Epidemiologico

---

# Linee guida e contenuti informativi della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

A cura dell'Osservatorio Epidemiologico Provinciale

Allegato alla Deliberazione della G.P. di Approvazione delle Linee guida per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N. - S.D.O.) e aggiornamento flusso informativo S.D.O.-F.I.M..)

© Edito dalla:  
Provincia Autonoma di Bolzano  
Ripartizione Sanità  
Osservatorio Epidemiologico Provinciale

Copie disponibili presso:  
Ripartizione Sanità – Osservatorio Epidemiologico Provinciale  
Via Canonico Michael Gamper, 1 – 39100 BOLZANO  
Tel. 0471 – 41.80.40  
Fax 0471 – 41.80.48  
e-mail: [oepp@provincia.bz.it](mailto:oepp@provincia.bz.it)

Scaricabile dal sito internet:  
<http://www.provincia.bz.it/oepp>



## INDICE

<b>1. INTRODUZIONE.....</b>	<b>4</b>
<b>2. OBIETTIVI DELLA RILEVAZIONE.....</b>	<b>5</b>
<b>3. LE STRUTTURE CHE DEVONO COMPILARE LA S.D.O.....</b>	<b>5</b>
<b>4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO SDO PROVINCIALE .....</b>	<b>6</b>
4.1. RESPONSABILITÀ DELLA COMPILAZIONE DELLA SDO.....	6
4.2. MODALITÀ DI COMPILAZIONE DELLA SDO.....	7
4.3. COMPILAZIONE SDO IN CASO DI TRASFERIMENTI TRA PIÙ UNITÁ OPERATIVE .....	8
4.4. LA CHIUSURA DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE.....	9
4.4.1. Il passaggio di attività (diurno-ordinario-riabilitazione-lungodegenza) .....	9
4.4.2. I trasferimenti temporanei ad altre strutture per l'esecuzione di prestazioni non disponibili.....	9
4.5. LA COMPILAZIONE DELLA S.D.O. IN REGIME DI RICOVERO DIURNO .....	10
4.6. LE PRESTAZIONI PRE E POST RICOVERO .....	11
<b>5. ELENCO INFORMAZIONI RACCOLTE DALLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA, DA TRASMETTERE ALLA PROVINCIA .....</b>	<b>12</b>
<b>6. NEONATO SANO.....</b>	<b>17</b>
<b>7. CODIFICA DELLE DIAGNOSI E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE .....</b>	<b>17</b>
<b>8. TRASMISSIONE DEI DATI.....</b>	<b>18</b>
8.1. TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA .....	18
8.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO .....	19
<b>9. ASSEGNAZIONE DRG E MODALITÀ DI TARIFFAZIONE DEI RICOVERI .....</b>	<b>19</b>



## 1. INTRODUZIONE

Con il decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991, è stata ufficialmente istituita su tutto il territorio nazionale la procedura informativa “Scheda di Dimissione Ospedaliera” (S.D.O.). Essa è parte integrante della cartella clinica e rappresenta lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli ospedali pubblici e privati dell'intero territorio nazionale.

Il D.M. del 26 luglio 1993 ha attivato il flusso informativo SDO, prevedendo la trasmissione delle informazioni in esse raccolte dai singoli istituti di cura alle Regioni o Province autonome di appartenenza e, da questa, al Ministero della Salute.

Il D.M. 380 del 27/10/2000 (pubblicato sulla G.U. 19/12/2000 serie generale n.295) “Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati” ha previsto l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, introducendo il sistema di classificazione delle diagnosi e degli interventi ICD-9-CM, oltre a stabilire chiare norme sulle modalità di gestione degli archivi nel rispetto delle disposizioni relative al trattamento dei dati personali, di cui al D.lgs 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche e integrazioni, prevedendo la gestione separata delle informazioni anagrafiche e sanitarie.

Il Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 18/12/2008, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 56 del 09/03/2009 “Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere”, stabilisce l'adozione della classificazione ICD-9-CM versione italiana 2007 a partire dai dimessi del 1° gennaio 2009, adottando ai fini della remunerazione la versione 24 del sistema di classificazione DRG (Diagnosis Related Groups).

La procedura informativa S.D.O. è stata ufficialmente implementata sul territorio provinciale a partire dal 1° gennaio 1994, secondo modalità specificate da “Linee guida provinciali”, approvate con deliberazione G. P. n. 6171 del 04.10.1993. In relazione a diverse esigenze di modifica, chiarimenti e precisazioni sorti dopo il primo periodo di applicazione, l'Assessorato alla Sanità ha emanato diverse circolari e deliberazioni.

A partire dal 1° aprile 2004 é entrata in vigore la nuova S.D.O. provinciale, la cui gestione è stata regolamentata con la pubblicazione di Linee guida S.D.O., approvate con Deliberazione della Giunta Provinciale del 17.11.2003 n. 4053. Essa è stata successivamente aggiornata dall'Assessorato alla sanità con diverse circolari e deliberazioni, a seguito delle diverse esigenze di modifica, sorte dopo il primo periodo di applicazione e dettate soprattutto dalle disposizioni nazionali modificate nel tempo.

Considerata l'importanza che tale flusso riveste, in quanto rappresenta la base informativa elementare del nuovo sistema di finanziamento, assume una rilevanza notevole l'accuratezza, la completezza e la specificità con cui viene compilata la scheda e vengono attribuiti i codici.



## 2. OBIETTIVI DELLA RILEVAZIONE

Il D.M. di istituzione della SDO definisce la procedura quale “strumento ordinario per la raccolta delle informazioni di tipo anagrafico-sanitarie relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di cura pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. ... omissis .... Fermo restando che, ai sensi dell’articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, la scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale, comprensive dell’obbligo di conservazione della documentazione cartacea o di suo equivalente documento digitale, e che tutte le informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera devono trovare valida e completa documentazione analitica nelle corrispondenti cartelle cliniche,”.

Il D.M. 380 riafferma la procedura informativa come unico flusso corrente per gli istituti di ricovero e cura e sottolinea la valenza della qualità delle informazioni e delle procedure di controllo. La SDO infatti “costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa”.

Infine, l’ultimo Decreto del Ministero della salute del \_\_.\_\_.2016, n. XXXX, recepito dalle presenti Linee guida provinciali, integra le informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera e disciplina il relativo flusso informativo al fine di adeguare il contenuto informativo della SDO alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria.

## 3. LE STRUTTURE CHE DEVONO COMPILARE LA S.D.O.

La Scheda di Dimissione Ospedaliera SDO dev’essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, accreditati e non.

Essa va compilata per ciascuna tipologia di ricovero (acuto / post-acuto riabilitativo / post-acuto neuro-riabilitativo / post-acuto lungodegenza e post-acuto di unità spinale) e per ciascun regime di ricovero (ordinario / day-hospital / day-surgery).

Per istituto di cura si intende l’insieme di tutte le unità operative, individuato da un medesimo codice ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23/12/96 (G.U. n. 22 del 28/01/97) e successive modifiche e integrazioni, relativo ai modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere .

Si precisa che per le unità di recupero e riabilitazione funzionale e di neuroriabilitazione (reparti con codice specialità clinica 56 e 75) la procedura, denominata S.D.O.- F.I.M., presenta delle sostanziali differenze rispetto a quella adottata per i reparti acuti, rilevando informazioni aggiuntive rispetto al tracciato record della SDO.. Le caratteristiche generali del flusso, il contenuto informativo e le modalità di compilazione sono definiti in apposite Linee guida.

Ricapitolando; gli Istituti soggetti alla compilazione della S.D.O. sono quindi:

- gli istituti di ricovero pubblici che effettuano attività di ricovero per acuti e per post-acuti;



- gli istituti di ricovero privati che effettuano attività di ricovero in regime di convenzione con l'Azienda sanitaria sia per acuti che per post-acuti;
- gli istituti di ricovero privati che effettuano attività di ricovero per acuti e per post-acuti a, anche se non in regime di convenzione con l'Azienda Sanitaria.

## 4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO SDO PROVINCIALE

### 4.1. RESPONSABILITÀ DELLA COMPILAZIONE DELLA SDO

Una soddisfacente gestione della procedura informativa comporta la delineazione di precisi compiti e responsabilità del personale coinvolto nella rilevazione.

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

La codifica delle informazioni sanitarie riportate in SDO è effettuata dal medico responsabile della dimissione, oppure da personale sanitario, individuato dal Direttore sanitario dall'Istituto di cura.

Il personale che si occupa della codifica delle informazioni contenute nella SDO dev'essere adeguatamente formato.

La Direzione sanitaria dell'Azienda sanitaria è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO, nonché dei controlli sulla completezza e coerenza delle informazioni in esse riportate.

Essa dovrà – nell'ambito delle sue attività di coordinamento e supervisione:

- effettuare controlli sui dati raccolti;
- promuovere la qualità della compilazione e della codifica delle informazioni contenute nella scheda;
- verificare che il flusso informativo corrisponda alle direttive provinciali;
- curare la formazione dei codificatori;
- promuovere l'uso dei dati e aggiornare i medici sulle potenzialità informative dei dati nosologici;
- promuovere la revisione periodica delle direttive provinciali.

Ogni scheda di reparto dovrà contenere la firma del responsabile dell'unità operativa e del medico dell'unità operativa che ha esercitato le funzioni di curante nei confronti del paziente.

Ogni responsabile di unità operativa o medico dirigente per gli istituti di cura privati (deliberazione G.P. n. 7963 del 17.12.1990, art. 27), deve assumere le responsabilità della compilazione della scheda di dimissione.

Il responsabile dell'unità operativa, o un suo delegato, deve mantenere i collegamenti con la direzione sanitaria e promuovere l'utilizzo dei dati.



## 4.2. MODALITÀ DI COMPILAZIONE DELLA SDO

La S.D.O. deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati e deve essere unica per ciascun episodio di ricovero.

Al momento del ricovero del paziente in ospedale va aperta una cartella clinica e una S.D.O. che riportano uno stesso numero identificativo che deve pertanto essere lo stesso per tutta la durata del ricovero indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura.

Per ciascun trasferimento da un'unità operativa ad un'altra deve essere compilata una "**scheda di reparto**" (SR) in cui vengono raccolte le informazioni relative alla condizione morbosa del paziente ed ai trattamenti (interventi chirurgici e/o procedure) effettuati durante la fase del ricovero nella specifica unità operativa di assistenza.

La scheda di reparto, quindi, documenta l'attività erogata dalla singola unità operativa ed è utile per fornire una misura del relativo consumo di risorse. Ciascuna scheda di reparto è contraddistinta da un numero progressivo all'interno dello stesso ricovero ospedale identificato dal numero nosografico. Nel caso di trasferimento del paziente tra unità operative all'interno della medesima struttura, la S.D.O. risulta quindi costituita da più schede di reparto.

Ciò significa che, qualora il paziente subisca uno o più trasferimenti di reparto, internamente alla medesima struttura di ricovero, l'intera documentazione clinica deve seguire il paziente durante la fase del "ricovero-ospedale".

Nel caso in cui il reparto di ammissione e quello di dimissione coincidano e **non si siano verificati trasferimenti**, la **scheda di dimissione** è composta dalla **sezione relativa ai dati anagrafici e dai dati clinici** (quindi da una sola scheda reparto).

Relativamente al supporto cartaceo o informatico per il personale che si occupa della compilazione della SDO, l'azienda sanitaria potrà adottare il modello che ritiene più idoneo rispetto alle diverse esigenze organizzative. Indipendentemente dal modello informativo scelto e adottato localmente, tutti i dati relativi al ricovero, in modo particolare le informazioni di contenuto clinico, dovranno essere visibili al medico che dimette.

Le informazioni sanitarie che sono contenute nella SDO e per cui viene richiesta la selezione e la codifica da parte del medico responsabile al momento della dimissione sono:

- la diagnosi principale di dimissione da ospedale che rappresenta la diagnosi che ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito all'ospedale la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento nel corso dell'intero episodio di ricovero-ospedale;
- le diagnosi concomitanti, selezionando tra le diagnosi quelle che a giudizio del medico possono aver esercitato il maggior peso in termini di risorse in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento;
- l'eventuale intervento chirurgico/procedura principale di dimissione da ospedale rappresentato dall'intervento maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione di ospedale;
- altri eventuali interventi chirurgici/procedure secondari di dimissione da ospedale, selezionando fra gli interventi/procedure a cui è stato sottoposto il paziente quelli più importanti con riferimento all'intero episodio di ricovero.



### 4.3. COMPILAZIONE SDO IN CASO DI TRASFERIMENTI TRA PIÙ UNITÀ OPERATIVE

Se durante il medesimo ricovero si verificano **trasferimenti del paziente tra reparti / unità operative del medesimo istituto di ricovero**, la Scheda di Dimissione è composta dalla sezione relativa ai dati anagrafici e dalle sezioni relative ai dati clinici di ricovero e dimissione **e da più schede di reparto**, ognuna relativa alla singola unità operativa di passaggio.

I singoli trasferimenti tra unità operative non devono quindi dare luogo ad una dimissione e ad una successiva riammissione del paziente in un nuovo reparto (anche il cambio di onere della degenza non deve dare luogo necessariamente ad una nuova scheda di reparto).

L'unità operativa, che trasferisce il paziente, deve compilare la scheda di reparto nella parte di propria competenza, in cui devono essere riportati i dati relativi al reparto e i dati clinici del paziente. Le singole schede di reparto fanno parte della stessa scheda di dimissione ospedaliera.

Nel caso di trasferimento da un reparto ad un altro della stessa struttura nel campo modalità di dimissione dovrà essere riportato la modalità "trasferito ad altro reparto", mentre nel caso di uscita dal reparto corrispondente alla dimissione dall'ospedale deve essere riportata la destinazione del paziente secondo le modalità previste dalla variabile.

Per quanto riguarda le informazioni cliniche, al momento della dimissione del paziente dall'ospedale, il medico dell'unità operativa che effettua la dimissione, deve indicare, nel rispetto delle regole di codifica delle diagnosi presenti nelle Linee guida, per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, deliberate dalla Giunta Provinciale,

- relativamente alla specifica unità operativa da cui viene dimesso:
  - la diagnosi principale di reparto ossia la diagnosi che si è rivelata responsabile del ricovero nel determinato reparto;
  - le diagnosi concomitanti di reparto, ossia le altre condizioni patologiche rilevanti che hanno determinato l'evoluzione clinica ed il trattamento del paziente nel determinato reparto;
  - l'eventuale intervento chirurgico/procedura di reparto, ossia l'intervento maggiormente correlato alla diagnosi principale di reparto;
  - altri interventi chirurgici/procedure di reparto, ossia altri eventuali interventi chirurgici effettuati più importanti fra quelli a cui è stato sottoposto il paziente nel corso del ricovero nel reparto.
- relativamente alla dimissione dall'ospedale, tenendo conto di tutte le informazioni cliniche riportate nelle varie schede di reparto:
  - la diagnosi principale di dimissione da ospedale che rappresenta la diagnosi che ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito all'ospedale la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento nel corso dell'intero episodio di ricovero-ospedale;
  - le diagnosi concomitanti, selezionando tra le diagnosi quelle che a giudizio del medico possono aver esercitato il maggior peso in termini di risorse in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento;
  - l'eventuale intervento chirurgico/procedura principale di dimissione da ospedale rappresentato dall'intervento maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione di ospedale;





- altri eventuali interventi chirurgici/procedure secondari di dimissione da ospedale, selezionando fra gli interventi/procedure a cui è stato sottoposto il paziente quelli più importanti con riferimento all'intero episodio di ricovero.

#### **4.4. LA CHIUSURA DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE**

La Scheda di Dimissione ospedaliera viene chiusa ogni qualvolta termina l'episodio di ricovero del paziente.

Le modalità di dimissione / trasferimento del paziente sono indicate nella apposita variabile "Modalità di dimissione" del tracciato della SDO.

Vi sono alcune situazioni particolari di gestione della SDO, in caso di pazienti che non terminano il loro reale periodo di degenza, ma che per motivi sanitari devono prolungare la propria degenza nell'Istituto di cura, sebbene sottoposti ad altra tipologia di ricovero o di regime assistenziale.

##### 4.4.1. Il passaggio di attività (diurno-ordinario-riabilitazione-lungodegenza)

Nei casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e di passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa, si dovrà procedere alla chiusura del ricovero e alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova S.D.O..

Come specificato da apposite linee guida provinciali relative all'organizzazione dell'attività di ricovero diurno, medico e chirurgico (deliberazione della G.P. n. 5188 del 30/12/2002 e successive modifiche), e dalle delibere di aggiornamento del tariffario provinciale, nel caso di passaggio da ricovero in regime diurno per intervento chirurgico (day surgery) a regime ordinario determinato da non idoneità al trattamento in regime diurno riscontrata dopo opportuni accertamenti, deve essere chiusa la scheda di dimissione in regime diurno e l'accesso deve essere considerato come un accesso di ricovero diurno medico (day hospital).

Qualora si sospendesse il trattamento diurno per volontà del paziente, risultato comunque idoneo al trattamento, le prestazioni erogate dovranno essere considerate in regime ambulatoriale con conseguente relativa compartecipazione alla spesa da parte del paziente e la S.D.O. in regime diurno (day surgery) dovrà essere annullata.

Nel caso in cui il paziente trattato in regime diurno venga ricoverato in regime ordinario in seguito a complicazioni si deve provvedere alla chiusura della S.D.O. in regime diurno e quindi aprire una nuova S.D.O. in regime ordinario.

##### 4.4.2. I trasferimenti temporanei ad altre strutture per l'esecuzione di prestazioni non disponibili

Il trasferimento del paziente da una struttura ad un'altra determina la chiusura della S.D.O. nella struttura che trasferisce il paziente e l'apertura di una nuova S.D.O. nella struttura ricevente.

Fanno eccezione trasferimenti temporanei in altre strutture per l'esecuzione di prestazioni specialistiche erogabili in regime ambulatoriale (ad esempio le prestazioni di medicina nucleare, RMN, TAC, consulenza specialistica) o in regime di ricovero (ad esempio alcune prestazioni di cardiologia invasiva) non disponibili presso la struttura di ricovero. Tali prestazioni devono essere effettuate



te nell'arco della giornata solare e non devono, comunque, determinare il pernottamento del paziente nella struttura ospedaliera presso la quale vengono eseguiti gli interventi e le procedure.

Nel caso di effettuazione della prestazione erogabile in regime di ricovero al di fuori di atti convenzionali la S.D.O. dovrà essere chiusa prima del trasferimento del paziente ad altra struttura e riaperta se il paziente viene nuovamente trasferito alla struttura.

Al momento della dimissione, la struttura presso la quale il paziente è ricoverato inserisce le informazioni relative ad interventi/procedure effettuati anche in strutture esterne; in tal caso uno dei campi relativi alle diagnosi secondarie deve anche riportare il codice V63.8 "Indisponibilità di altri servizi medici" come previsto dalle regole di codifica provinciali.

Oltre al codice V63.8 riportato in diagnosi secondaria, devono essere compilate anche le variabili relative a data e ora dei trasferimenti, tipologia e codice della "Struttura erogatrice esterna", oltre al codice dello specifico reparto presso il quale il paziente è stato temporaneamente trasferito.

In caso di complicazioni insorte nel corso dell'intervento che ne precludono il trasferimento del paziente alla struttura inviante, la S.D.O. dovrà essere chiusa al momento del trasferimento. La struttura che ha eseguito l'intervento e che si fa carico dell'assistenza post-intervento dovrà aprire una nuova S.D.O. e riportare i codici relativi agli interventi/procedure eseguiti. In questo specifico caso, quindi, l'intervento effettuato non potrà essere inserito nella S.D.O. della struttura inviante, in quanto la dimissione coincide con il trasferimento del paziente, che è antecedente all'esecuzione dell'intervento stesso.

#### 4.5. LA COMPILAZIONE DELLA S.D.O. IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

Il ricovero diurno si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni:

- si tratta di ricoveri, o cicli di ricoveri, programmati;
- è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero e non prevede generalmente il pernottamento del paziente;
- fornisce prestazioni multi professionali e/o plurispecialistiche, che per la loro intrinseca complessità o invasività o per il correlato rischio per il paziente non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale.

In caso di ricovero diurno, la cartella clinica, e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero ciclo di trattamento; ogni singolo accesso giornaliero del paziente è conteggiato come giornata di degenza e la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale.

Nella scheda relativa ad un paziente ricoverato in regime diurno dovrà essere indicata la data di inizio del trattamento e di dimissione (termine del ciclo o ultimo contatto verificatosi); dovrà altresì essere indicato il motivo del ricovero e specificato il numero di accessi relativo all'intero ciclo assistenziale.

Le cartelle cliniche e le corrispondenti SDO, relative ai ricoveri diurni, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, salvo dar luogo a una nuova cartella, e a una nuova SDO, per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo.



In caso di ricovero in regime diurno, queste sono le ulteriori variabili che devono essere compilate:

- **motivo del ricovero in regime diurno:** in cui viene indicato se si tratta di ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up), di ricovero diurno chirurgico (day surgery), di ricovero diurno terapeutico, o di ricovero diurno riabilitativo.
- **nr. di giornate di presenza in ricovero diurno:** ossia il numero complessivo di accessi, in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale.

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

#### 4.6. LE PRESTAZIONI PRE E POST RICOVERO

Secondo il principio enunciato dall'art. 1 comma 18 della legge n. 662/96 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", stabilito dall'art. 1, comma 6 del D.M. 30.06.97 e riaffermato nel D.lgs n. 124 del 29/04/1998, le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero sono remunerate con tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero stesso e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

La Provincia Autonoma di Bolzano ha recepito tale normativa attraverso la deliberazione della G.P. n. 6337 del 01/12/1997, e la Circolare – Linee guida per l'applicazione della deliberazione della G.P. n. 6337 del 01/12/97 - punto 8 - aggiornando le disposizioni con le deliberazioni della G.P. n. 1385 del 19/04/1999, n. 2797 del 27/08/2001 e n. 4560 del 17/12/2001.

Nel caso di effettuazione di prestazioni pre ricovero direttamente correlate al ricovero programmato<sup>1</sup>, oggetto delle normative sopracitate, nella S.D.O. deve essere indicato il tipo di ricovero "ricovero programmato con preospedalizzazione" e possono essere riportate le procedure eseguite in data precedente al ricovero. I relativi referti devono essere allegati alla cartella clinica. Tali prestazioni sono remunerate con la tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero e non sono pertanto addebitate al paziente<sup>2</sup>.

Secondo la normativa provinciale (deliberazione della G.P. nr. 2797 del 27/08/01; deliberazione della G.P. n. 4560 del 17/12/01) le prestazioni post ricovero in regime ordinario (prima visita specialistica ambulatoriale di controllo post ricovero, prima medicazione ambulatoriale effettuate entro 30 giorni dalla dimissione) vengono considerate come parte integrante del ricovero stesso e con-

<sup>1</sup> Le prestazioni pre ricovero (oggetto della normativa provinciale deliberazione della G.P. nr. 6337, Circolare provinciale del 14/07/97, deliberazione della G.P. n. 1385) devono essere strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato. Devono, inoltre, essere preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero (dall'ospedale di Bressanone per le specialità di dermatologia e di oculistica per i propri residenti ricoverati successivamente nell'ospedale di Brunico; dall'ospedale di Brunico per le specialità di otorino e di urologia a propri residenti ricoverati successivamente nell'ospedale di Bressanone; da un ospedale della Provincia per i propri residenti che vengono successivamente ricoverati in un altro ospedale facente parte dello stesso comprensorio – Merano, Bressanone, Brunico) ed effettuate di norma entro 30 giorni precedenti il ricovero. Le prestazioni atte a motivare/stabilire la necessità di un ricovero continuano ad essere soggette alla partecipazione di spesa da parte del cittadino.

<sup>2</sup> Circolare provinciale del 14/07/97 "4.a" Se il ricovero non viene effettuato per decisione motivata dal medico (motivi clinici o organizzativi interni), il paziente non sarà tenuto a pagare la prestazione"; "4.b "Se il ricovero programmato non viene effettuato per esclusiva volontà del paziente, egli sarà tenuto al pagamento delle prestazioni effettuate..."



fluiscono nella tariffa omnicomprensiva DRG specifica del ricovero, con conseguente gratuità della prestazione per il paziente.

Le prestazioni strumentali (es. TAC, Risonanze magnetiche, EEG, scintigrafie, ecc.) che non sono eseguibili tempestivamente durante l'arco della degenza, ma che rientrano di fatto nello stesso DRG, vengono eseguite come esami cosiddetti "di coda".

Tali prestazioni, necessarie ai fini di una completa formulazione diagnostica, dovranno essere effettuate entro 15 giorni dalla dimissione e dovranno essere specificate nella lettera di dimissione (tipo di esame e data di prenotazione). Tali esami non sono soggetti a ticket (da richiedere semplicemente con proprio modulo interno o altra modalità organizzativa propria della struttura).

## **5. ELENCO INFORMAZIONI RACCOLTE DALLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA, DA TRASMETTERE ALLA PROVINCIA**

L'Azienda sanitaria e le gli istituti di ricovero privati devono trasmettere secondo le modalità specificate le sotto elencate informazioni. Esse costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale provinciale. In sede di compilazione delle singole variabili, Azienda sanitaria e Istituti di cura privati devono attenersi alle indicazioni riportate nelle apposite Specifiche tecniche.

### Elenco Informazioni del Tracciato A per l'invio dati alla Provincia (informazioni anagrafiche)

1. Istituto/presidio ospedaliero
2. Numero della scheda di dimissione ospedaliera – Nosografico
3. Numero della scheda di reparto
4. Numero della scheda di dimissione ospedaliera – Nosografico della puerpera
5. Cognome
6. Nome
7. Cognome acquisito
8. Sesso
9. Data di nascita
10. Comune di nascita
11. Stato civile
12. Comune di residenza anagrafica
13. Cittadinanza
14. Tipo identificativo utente
15. Codice identificativo utente
16. Codice sanitario individuale - Libretto
17. Regione di residenza
18. Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di residenza
19. Regione di assistenza
20. Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di assistenza
21. Residenza estera
22. Cassa malati estera



23. Indirizzo cassa malati estera
24. CAP cassa malati estera
25. Numero di identificazione della TEAM
26. Codice istituzione competente TEAM
27. Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM
28. Stato che rilascia la TEAM
29. Tipo di assistenza prevista dalla TEAM
30. Data di scadenza della TEAM
31. Livello di istruzione
32. Presenza del Codice identificativo dell'assistito in banca dati di verifica validità

Elenco Informazioni del Tracciato B per l'invio dati alla Provincia (informazioni sanitarie)

33. Regime di ricovero
34. Data ed ora del ricovero in ospedale
35. Unità operativa di ammissione
36. Unità operativa di ricovero fisico per la lungodegenza post acuta
37. Onere della degenza
38. Provenienza del paziente
39. Tipo di ricovero
40. Motivo del ricovero in regime diurno
41. Data ed ora del ricovero nell'unità operativa (reparto)
42. Giorni di permesso
43. Traumatismi e intossicazioni
44. Diagnosi principale di reparto
45. Prima diagnosi concomitante di reparto
46. Seconda diagnosi concomitante di reparto
47. Terza diagnosi concomitante di reparto
48. Quarta diagnosi concomitante di reparto
49. Quinta diagnosi concomitante di reparto
50. Data dell'intervento principale (o procedura o parto) di reparto
51. Intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di reparto
52. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento principale/procedura di reparto
53. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento principale/procedura di reparto
54. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 1 di reparto
55. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 1 di reparto
56. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto
57. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto
58. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 2 di reparto
59. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 2 di reparto



60. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 2 di reparto
61. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 2 di reparto
62. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 3 di reparto
63. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 3 di reparto
64. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 3 di reparto
65. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 3 di reparto
66. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 4 di reparto
67. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 4 di reparto
68. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 4 di reparto
69. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 4 di reparto
70. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 5 di reparto
71. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 5 di reparto
72. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 5 di reparto
73. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 5 di reparto
74. Numero accessi complessivi in regime diurno
75. Unità operativa di dimissione
76. Modalità di uscita/dimissione
77. Data ed ora di uscita dall'unità operativa (reparto)
78. Data ed ora di dimissione o morte
79. Diagnosi principale di dimissione dall'ospedale
80. Diagnosi secondaria ( da 1 a 5) di dimissione dall'ospedale
81. Data dell'intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale
82. Ora inizio intervento principale
83. Intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale
84. Data e ora dell'altro intervento chirurgico (o procedura o parto) – da 1 a 10 - di dimissione dall'ospedale
85. Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) – da 1 a 10 - di dimissione dall'ospedale
86. Riscontro autoptico
87. Tipo di medico proponente il ricovero
88. Codice del medico proponente il ricovero
89. Giornate di degenza derogate
90. Peso alla nascita
91. Data di prenotazione del ricovero
92. Tipo esenzione



93. Codice esenzione
94. Importo del ticket di ricovero
95. Classe
96. Giornate in classe
97. Classe di priorità
98. Classe ASA
99. Pianificazione della dimissione
100. Grado di necessità di supporto post-ricovero
101. Causa esterna
102. Visita anestesiologicala
103. Unità operativa di trasferimento esterno relativamente a intervento chirurgico principale di reparto
104. Data e ora di trasferimento a struttura erogatrice esterna relativamente a intervento chirurgico principale di reparto
105. Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna relativamente a intervento chirurgico principale di reparto
106. Unità operativa di trasferimento esterno relativamente a altro intervento chirurgico di reparto (da 1 a 5)
107. Data e ora di trasferimento a struttura erogatrice esterna relativamente a altro intervento chirurgico di reparto (da 1 a 5)
108. Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna relativamente a altro intervento chirurgico di reparto (da 1 a 5)
109. Diagnosi principale di dimissione dall'ospedale presente al ricovero
110. Lateralità della Diagnosi principale di dimissione dall'ospedale
111. Diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale (da 1 a 5) presente al ricovero
112. Lateralità della diagnosi concomitante (da 1 a 5) di dimissione dall'ospedale
113. Identificativo chirurgo 1 intervento principale
114. Identificativo chirurgo 2 intervento principale
115. Identificativo chirurgo 3 intervento principale
116. Identificativo anestesista intervento principale
117. Check list sala operatoria intervento principale
118. Lateralità dell'intervento principale
119. Identificativo chirurgo 1 altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
120. Identificativo chirurgo 2 altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
121. Identificativo chirurgo 3 altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
122. Identificativo anestesista altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
123. Check list sala operatoria altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
124. Lateralità dell'altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
125. Rilevazione del dolore
126. Stadiazione condensata della diagnosi principale di dimissione da ospedale
127. Stadiazione condensata della diagnosi concomitante (da 1 a 5) di dimissione ospedale
128. Pressione arteriosa sistolica



129. Creatinina serica

130. Frazione di eiezione





## 6. NEONATO SANO

Con riferimento alla deliberazione della G.P. n. 6337 del 01.12.1997, emanata in applicazione del D.M. 30 giugno 1997 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al D.M. del 14 dicembre 1994”, è stato stabilito l'estensione dell'obbligo di compilazione della scheda di dimissione ospedaliera anche ai neonati sani ospitati nel nido.

Per il neonato sano il reparto di ammissione e di assistenza è il nido (codice “31.00”), indipendentemente dal fatto che il nido sia funzionalmente legato ad una divisione di Pediatria o di Ostetricia.

L'identificazione certa del neonato è indispensabile per la validità della scheda di dimissione ospedaliera anche ai fini della compensazione intra ed extraprovinciale.

Per ogni nato deve essere compilata una S.D.O..

È obbligatoria l'indicazione della data di nascita del neonato.

Il Comune di residenza del neonato è quello della madre.

È obbligatoria, in base al decreto del 26 luglio 1993, nel caso di ricovero per parto, la segnalazione dell'esito secondo il codice V27.\_ che ne segnala l'esito della sezione “*Persone che ricorrono ai servizi sanitari in circostanze connesse alla riproduzione e allo sviluppo*” della Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (codici V) allegata alla classificazione ICD-9 CM versione 2007.

## 7. CODIFICA DELLE DIAGNOSI E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE

La codifica delle diagnosi e degli interventi deve avvenire attraverso l'utilizzo della Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification).

La scelta dei codici si deve basare sulle regole di codifica delle diagnosi e degli interventi contenuti nella versione corrente delle Linee guida per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Esse vengono deliberate dalla Giunta provinciale<sup>3</sup>. Nell'elaborazione delle Linee guida sono state considerate le esperienze già realizzate a livello nazionale.

<sup>3</sup> La versione corrente – al momento della stesura delle presenti Linee guida – corrisponde alla quinta edizione delle Linee guida per la selezione e la codifica delle variabili cliniche nella SDO provinciale, approvata con deliberazione della G.P. n. 561 del 04.04.2011

## 8. TRASMISSIONE DEI DATI

### 8.1. TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA

Gli Istituti soggetti all'invio della S.D.O. alla Provincia sono:

- gli istituti di ricovero pubblici che effettuano attività di ricovero per acuti e per post-acuti;
- gli istituti di ricovero privati che effettuano attività di ricovero in regime di convenzione con l'Azienda sanitaria, sia per acuti che per post-acuti;
- gli istituti di ricovero privati che effettuano attività di ricovero per acuti e per post-acuti, anche se non in regime di convenzione con l'Azienda Sanitaria, ma in regime di assistenza indiretta per il paziente.

Tutti i dati relativi a ciascun ricovero devono essere inviati alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. secondo il tracciato definito nelle Specifiche tecniche elaborate dall'Assessorato alla sanità, in modo che i dati possano essere controllati.

I dati da trasmettere alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. devono essere contenuti in due archivi disgiunti:

- il primo contenente i dati anagrafici (Tracciato A),
- il secondo, i dati clinici (Tracciato B).

Il collegamento dei due archivi è garantito da variabili chiave, quali il codice nosografico, il codice dell'istituto, il numero della scheda del reparto e il codice sanitario individuale.

I dati, prima di essere caricati nella banca dati provinciale, vengono sottoposti ad una procedura di controllo logico formale secondo quanto previsto dalle stesse Specifiche tecniche.

I dati risultanti errati al controllo, non vengono caricati nella banca dati provinciale finché non vengono corretti dall'Azienda.

L'ultimo invio di dati da parte dei comprensori sanitari e di tutte le strutture private di ricovero viene considerato quello valido.

Sulla base del Decreto del Ministero della Salute n. 261 del 07.12.2016, e considerati i tempi tecnici utili all'Assessorato per effettuare i controlli ed eventuali controdeduzioni sui dati inviati, sono stati stabiliti i seguenti termini di invio per l'Azienda sanitaria:

Gennaio	10 marzo anno in corso
Febbraio	10 aprile anno in corso
Marzo	10 maggio anno in corso
Aprile	10 giugno anno in corso
Maggio	10 luglio anno in corso
Giugno	10 agosto anno in corso
Luglio	10 settembre anno in corso
Agosto	10 ottobre anno in corso
Settembre	10 novembre anno in corso
Ottobre	10 dicembre anno in corso
Novembre	10 gennaio anno seguente
Dicembre	10 febbraio anno seguente



La chiusura della cartella clinica e della relativa S.D.O. deve avvenire non appena possibile e comunque entro i termini indicati per l'invio.

Se un ricovero giungerá "fuori tempo massimo":

- viene data comunicazione attraverso un codice errore;
- il ricovero non entrerà piú nella banca dati SDO provinciale;
- non viene considerato per il calcolo e la gestione della mobilità;

Restano valide comunque le disposizioni di inviare eventuali correzioni ai dati, anche dopo il rispettivo termine.

Il CED aziendale dovrà inviare sempre e comunque tutti i dati, anche dopo il termine. Ciò allo scopo di verificare e monitorare eventuali disallineamenti tra gli archivi provinciali ed aziendali.

La modalita' di spedizione dei dati alla Provincia avviene attraverso l'utilizzo del servizio Web accessibile al seguente URL:

<https://www.sis.bz.it/apps/newsdoupload> .

Questo servizio, attivo ed accessibile dagli utenti all'interno della Rete Sanitaria, prevede 2 tipologie di utenza riservate agli enti invianti:

- Utente di tipo CED Azienda Sanitaria: in grado di caricare i dati, accedere ai logfiles di errore, richiedere l'import della spedizione (limitatamente ai soli dati corretti) negli archivi definitivi provinciali, oppure la sua cancellazione
- Utente di tipo "Casa di Cura": in grado di caricare i dati, accedere ai logfiles di errore e richiedere la cancellazione della spedizione. NB: per far importare i dati negli archivi definitivi provinciali, le Case di Cura dovranno inviare i dati ai CED aziendali di competenza. Le modalita' di invio sono regolate da accordi specifici CED-Casa di Cura. I CED tratteranno poi queste spedizioni come se fossero invii propri (invio, verifica errori, opzione di cancellazione o richiesta import in definitivo)

Questa e' la sola modalita' di invio dati accettata dalla Provincia (attraverso SIAG). In nessun caso verranno accolti e/o elaborate spedizioni inviate con modalita' diverse (mail, FTP o altro)<sup>4</sup>.

## 8.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO

La Provincia invia al Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione, i dati secondo il tracciato SDO nazionale previsto all'Allegato 3 delle Specifiche tecniche elaborate dall'Assessorato alla sanità, secondo le modalità e le tempistiche stabilite nell'ambito del NSIS.

## 9. ASSEGNAZIONE DRG E MODALITÀ DI TARIFFAZIONE DEI RICOVERI

Ogni singola scheda di dimissione contiene tutte le informazioni richieste dal software di attribuzione (DRG-Groupier) per la determinazione automatica del Raggruppamento Omogeneo di diagnosi (ROD o DRG). Il sistema di classificazione DRG è per sua natura particolarmente idoneo per esse-

<sup>4</sup> Per dettagli tecnici inerenti il servizio Web di invio e controllo dei dati, per attivazione del servizio presso nuove postazioni o altro, si prega di fare riferimento al Servizio di supporto attivo presso SIAG.



## Linee guida e contenuti informativi della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

re utilizzato come riferimento ai fini della remunerazione dell'attività ospedaliera per acuti, per specificare le prestazioni di ricovero alle quali attribuire tariffe predeterminate specifiche. Esso definisce definisce categorie di ricoveri omogenei rispetto alle risorse assorbite e ai costi complessivi dell'assistenza erogata.

Ad ogni ricovero-ospedale é attribuito un solo DRG-ospedale.

Il calcolo del DRG-ospedale e l'attribuzione della relativa tariffa avviene a livello provinciale.

Mediante l'attribuzione ad ogni singolo ricovero del relativo DRG, viene determinata la tariffa corrispondente.

Le tariffe delle prestazioni, differenziate con riguardo alla complessità organizzativa e funzionale dei vari enti erogatori, sono, infatti, specifiche per DRG.

Le tariffe sono determinate da appositi atti deliberativi della Giunta provinciale<sup>5</sup> e prevedono modalità distinte di assegnazione tariffa in base a regime di ricovero e durata della degenza.

---

<sup>5</sup> La versione corrente del tariffario provinciale dei ricoveri per acuti – al momento della stesura delle presenti Linee guida – è determinato dalle Deliberazioni della Giunta provinciale n. 1039 del 04.07.2011 e n. 228 del 13.02.2012.



## Linee guida e contenuti informativi della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)