

DISCIPLINARE TECNICO

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

1.1 ISTRUZIONI DI CARATTERE GENERALE

La scheda di dimissione ambulatoriale ospedaliera (SDAO) deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati. Per istituto di cura si intende l'insieme di tutte le unità operative, individuato da un medesimo codice ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 22 del 28 gennaio 1997, e successive modifiche ed integrazioni, relativo ai modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

La SDAO costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

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

Ciascuna cartella deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura; deve coincidere con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto. La cartella clinica ha quindi inizio al momento dell'accettazione del paziente all'interno della struttura ospedaliera ed ha termine al momento della dimissione.

Gli eventuali trasferimenti interni del paziente da una unità operativa ad un'altra dello stesso istituto non devono comportare la sua dimissione e la successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna SDAO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata della prestazione, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura.

1.2 DEFINIZIONE E CODIFICA DELLE INFORMAZIONI RILEVATE ATTRAVERSO LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dal disciplinare tecnico, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda di dimissione ambulatoriale ospedaliera.

1. Codice struttura dell'istituto di cura
(Alfanumerico – 8 caratteri - Obbligatorio)

La denominazione dell'ospedale è costituita dalla denominazione ufficiale dell'istituto di cura.

Per istituto di cura si intende l'insieme di tutte le unità operative individuato da un medesimo codice.

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali ed in particolare nei modelli HSP. Detto codice è composto di otto caratteri, dei quali tre identificano la regione (ai sensi del decreto del Ministero della Sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture dell'Azienda ospedaliera, secondo quanto previsto dal modello HSP11 bis.

2. Numero della scheda (Alfanumerico – 10 caratteri - Obbligatorio)

Il campo numero della scheda corrisponde all'identificativo della cartella clinica, di cui:

- i primi quattro caratteri identificano l'anno di ricovero che deve essere allineato a sinistra ;

- gli altri sei caratteri costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e devono essere allineati a destra.

La numerazione progressiva unica e lo spazio presente tra l'anno e la numerazione progressiva deve essere valorizzato con zeri.

3. Cognome del paziente (alfabetico – 30 caratteri - Obbligatorio)

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo. L'unico carattere non alfabetico consentito è l'apostrofo da utilizzare anche come accento.

4. Nome del paziente (alfabetico – 20 caratteri - Obbligatorio)

Il campo nome dovrà contenere esclusivamente il nome del paziente, scritto tutto maiuscolo. L'unico carattere non alfabetico consentito è l'apostrofo da utilizzare come accento.

5. Sesso (Numerico – 1 carattere - Obbligatorio)

Il codice da utilizzare è il seguente:

- 1 per paziente di sesso maschile;
- 2 per paziente di sesso femminile.

6. Data di nascita (Numerico – 8 caratteri - Obbligatorio)

La data di nascita va riportata nel formato GGMMAAAA.

7. Comune di nascita (Numerico – 6 caratteri - Obbligatorio)

Il codice da utilizzare è il codice definito dell'ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno della provincia che individua il singolo comune.

Nel caso di un paziente nato all'estero, va indicato il codice 999 al posto della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno per l'anagrafe della popolazione.

8. Stato civile (Numerico – 1 carattere - Obbligatorio)

Va riportato lo stato civile del paziente al momento del ricovero, secondo la seguente codifica:

- (1): celibe o nubile;
- (2): coniugato/a;
- (3): separato/a;
- (4): divorziato/a;
- (5): vedovo/a;
- (6): non dichiarato.

9. Comune di residenza (Numerico – 6 caratteri - Obbligatorio)

Il comune di residenza individua il comune italiano oppure lo stato estero presso il quale il paziente risiede legalmente.

Va utilizzato lo stesso sistema di codifica definito al punto 7 "Comune di nascita"; in particolare:

- il codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, nel caso di pazienti residenti in Italia;
- il codice 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno, nel caso di pazienti residenti all'estero.

Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.

10. Cittadinanza (Numerico – 3 caratteri - Obbligatorio)

Il codice da utilizzare per la cittadinanza è il seguente:

- (100): in caso di paziente con la cittadinanza italiana;
- codice a tre caratteri dello stato estero definito dal Ministero dell'interno, in caso di paziente con cittadinanza estera.

11. Codice sanitario individuale (alfanumerico – 16 caratteri - Obbligatorio)

Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/1991), composto da 16 caratteri. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri, (ai sensi del decreto del

Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, e della circolare del Ministero della Sanità 24 aprile 2000, n. 5).

Questo campo non si compila per il neonato.

12. Regione di residenza (Alfanumerico – 3 caratteri - Obbligatorio)

La Regione di residenza identifica la regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con decreto del Ministero della sanità 17 settembre 1986 e successive modifiche, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali.

Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, va indicato il codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'intermo.

13. Azienda unità sanitaria locale di residenza (Alfanumerico – 3 caratteri - Obbligatorio)

Deve essere indicata l'Azienda U.S.L. che comprende il comune in cui risiede il paziente.

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per la rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali. Questo campo non va utilizzato per i residenti all'estero.

14. Regime assistenziale (Alfanumerico – 1 carattere - Obbligatorio)

I codici da utilizzare sono i seguenti:

(3) Day Service.

15. Data di ammissione (Alfanumerico – 8 caratteri - Obbligatorio)

La data di va riportata nel formato GGMMAAAA.

16. Unità operativa di ammissione (Alfanumerico – quattro caratteri – Obbligatorio)

L'unità operativa di ammissione individua l'unità operativa presso la quale il paziente è ammesso.

Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle uu.ss.II. e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP 12. I primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.

17. Onere della degenza (Alfanumerico – 1 carattere).

Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

- (1): prestazione a totale carico del SSN;
- (4): prestazione senza oneri per il SSN;
- (8): prestazione, a carico del SSN, di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
- (9): altro.

18. Vuoto (Alfanumerico – 1 carattere)

19. Vuoto (Alfanumerico – 1 carattere)

20. Vuoto (Alfanumerico – 1 carattere)

21. Trasferimenti interni 1 (Alfanumerico – 12 caratteri)

I trasferimenti interni, descrivono il percorso che il paziente ha seguito durante la prestazione.

Per ciascun trasferimento vanno indicati: nei primi otto caratteri, la data in cui ha avuto luogo il trasferimento, secondo il formato GGMMAAAA, nei successivi quattro caratteri, il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente, secondo quanto descritto al punto 16.

Se il campo non contiene dati, valorizzarlo con spazi.

22. Trasferimenti interni 2 (Alfanumerico – 12 caratteri)

Come al punto 21.

23. Trasferimenti interni 3 (Alfanumerico – 12 caratteri)

Come al punto 21.

24. Trasferimenti interni 4 (Alfanumerico – 12 caratteri)

Come al punto 21.

25. Unità operativa di dimissione
(Alfanumerico – 4 caratteri - Obbligatorio)

L'unità operativa di dimissione indica il reparto dal quale il paziente viene dimesso. Viene indicato anche se esso coincide con quello di ammissione ovvero con quella relativa all'ultimo trasferimento interno riportato per la variabile (21). La codifica da utilizzare è quella descritta al punto 16.

26. Data di dimissione o morte
(Numerico – 8 caratteri - Obbligatorio)

La data di dimissione o morte del paziente va sempre riportata nella forma di cui al punto 15.

27. Modalità di dimissione (Numerico – 1 carattere - Obbligatorio)

La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dimesso dall'ospedale e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.

La codifica è la seguente:

- (1): paziente deceduto;
- (2): dimissione ordinaria al domicilio del paziente;
- (3): dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA);
- (4): dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare;
- (5): dimissione volontaria;
- (6) : trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti;
- (7): trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto;
- (8): trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza;
- (9): dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.

28. Riscontro autoptico (Alfanumerico – 1 carattere)

Nel caso in cui il paziente sia deceduto, il riscontro autoptico individua i casi nei quali sia stata effettuata l'autopsia.

Il codice da utilizzare solo se la modalità di dimissione è: deceduto (codice 1 al punto 27):

- (1): se è stata eseguita l'autopsia;
- (2): se non è stata eseguita.

29. Motivo della prestazione in regime Day Service
(Alfanumerico – 1 carattere)

La codifica è la seguente:

- (1): diagnostico;
- (2): chirurgico;
- (3): terapeutico;
- (4): riabilitativo.

30. Numero accessi in presenza in Day Service
(Alfanumerico – tre caratteri)

Indicare il numero di accessi

31. Vuoto (Alfanumerico – quattro caratteri)

Le informazioni di carattere clinico, di seguito elencate, diagnosi principale di dimissione, diagnosi secondarie, intervento chirurgico principale o parto, altri interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche devono essere codificate utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana 2002 della International Classification of Diseases – 9th version – Clinical Modification: ICD-9-CM) e successivi aggiornamenti. Ad essa corrisponde la versione 19^a della classificazione HCFA-DRGs. Per il corretto utilizzo di tale classificazione e per la corretta selezione e codifica delle informazioni cliniche devono essere rigorosamente rispettate le istruzioni riportate di seguito.

32. Diagnosi principale di dimissione
(Alfanumerico – 5 caratteri - Obbligatorio)

La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di dimissione ospedaliera e codificata utilizzando i codici di cinque caratteri riportati nella già citata Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica.

Non devono essere riportati i punti separatori del codice e non devono essere aboliti gli zeri davanti al numero (es. il codice 004.0 deve essere riportato, allineato a sinistra, "0040" con lo spazio eventuale a destra del codice).

33. Diagnosi secondaria 1 (Alfanumerico – 5 caratteri)

Possono essere riportate al massimo cinque diagnosi secondarie, che devono essere correttamente codificate utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella già citata Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica.

34. Diagnosi secondaria 2 (Alfanumerico – 5 caratteri)
Come al punto 33.

35. Diagnosi secondaria 3 (Alfanumerico – 5 caratteri)
Come al punto 33.

36. Diagnosi secondaria 4 (Alfanumerico – 5 caratteri)
Come al punto 33.

37. Diagnosi secondaria 5 (Alfanumerico – 5 caratteri)
Come al punto 33.

38. Intervento chirurgico principale o parto
(alfanumerico – 12 caratteri)

Per intervento chirurgico principale si intende la procedura chirurgica eseguita nel corso del ricovero.

Per l'intervento chirurgico principale si deve indicare, nei primi otto caratteri, la data in cui è stato eseguito l'intervento nel formato GGMMAAAA, e nei successivi 4 caratteri il codice corrispondente all'intervento chirurgico, secondo la già citata Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica. Anche per l'intervento devono essere aboliti i punti separatori del codice e non devono essere aboliti gli zeri davanti ai numeri (es. il codice 04.00 deve essere riportato, allineato a sinistra, "0400" con lo spazio eventuale riportato a destra del codice).

39. Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 1 (alfanumerico – 12 caratteri)

Possono essere riportati al massimo cinque interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche ulteriori rispetto all'intervento chirurgico principale, utilizzando i codici a quattro caratteri della già citata Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica.

40. Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 2 (alfanumerico – 12 caratteri)
Come al punto 39.

41. Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 3 (alfanumerico – 12 caratteri)
Come al punto 39.

42. Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 4 (alfanumerico – 12 caratteri).
Come al punto 39.

43. Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 5 (alfanumerico – 12 caratteri).
Come al punto 39.

44. Codice D.R.G. (Numerico – 3 caratteri)

Codice D.R.G. che scaturisce dalle diagnosi e/o procedure eseguite.

45. Codifica utilizzata (Numerico – 1 carattere - Obbligatorio)

Serve per specificare il tipo di classificazione utilizzata per la compilazione dei campi relativi alle patologie e alle procedure utilizzare:

- (2) codificati in base alla classificazione ICD-9-CM.

46. Trimestre di riferimento (Numerico – 1 carattere - Obbligatorio)

Questo campo serve per specificare a quale trimestre si riferiscono i dati:

- (1): dati relativi al 1° trimestre;
- (2): dati relativi al 2° trimestre;
- (3): dati relativi al 3° trimestre;
- (4): dati relativi al 4° trimestre.

47. Data di prenotazione (Numerico – 8 caratteri - Obbligatorio)

La data di prenotazione va riportata nel formato GGMMAAAA.

48. Codice Fiscale Medico referente

(Alfanumerico – 16 Caratteri – Obbligatorio)

Indicare il codice fiscale del medico che dimette

49. Importo Ticket (Alfanumerico – 7 caratteri – Obbligatorio)

Va riportato l'importo ticket nel formato 0000,00

50. Codice Pacc (Alfanumerico 4 Caratteri – Obbligatorio)

51. Codice Esenzione (Alfanumerico 6 Caratteri)

Indicare il codice esenzione del paziente

