

Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

## Evoluzione del sistema DRG nazionale

Milestone 1.2.3.8.

**Adeguamento del contenuto SDO alle nuove necessità**



Regione Lombardia  
Sanità



**RIFERIMENTI**

Redatto da: Società:	Gruppo di Lavoro Ristretto Mattone
Verificato da: Società:	Eleonora Verdini Regione Emilia-Romagna
Approvato da: Data	Cabina di Regia 11.07.07

## Adeguamento del contenuto SDO alle nuove necessità

A cura di: Lanciotti – Verdini – Visser

Le proposte di integrazione di nuove informazioni da inserire nella SDO è il risultato dei lavori del mattone DRG e delle **integrazioni con gli altri mattoni**, partendo da un lavoro realizzato dall'ASSR nel 2003. Di seguito si riportano prima le richieste scaturite nei mattoni finora incontrati.

**Mattone TEMPI D'ATTESA:** ha richiesto l'introduzione di due campi

Data prenotazione

Classe di priorità

e la definizione delle relative Regole di compilazione

**Il Mattone OUTCOME:** ha richiesto l'introduzione di campi "dinamici" che variano nel contenuto sotto determinate condizioni – di diagnosi e procedure - e che possono cambiare negli anni. E' stata inoltre evidenziata la necessità di migliorare la qualità (accuratezza) dei seguenti campi

Codice fiscale – non deve essere mai calcolato ma deve essere quello attribuito dal Ministero dell'Economia e Finanze

Residenza -

Modalità di dimissione - con attenzione particolare allo stato in vita

Inoltre è stato chiesto l'inserimento di campi aggiuntivi a contenuto variabile sulla base di determinate diagnosi e procedure

Il GdLR ha espresso parere negativo evidenziando che la SDO è un flusso informativo sistematico e stabile e che risponde a obiettivi amministrativi. L'alimentazione di un sistema dinamico di indicatori per la valutazione potrà avvenire attraverso la creazione di flussi informativi ad hoc integrati con il flusso della scheda di dimissione ospedaliera. Tali flussi ad hoc potranno essere definiti e gestiti a livello locale/regionale e non costituire debito informativo verso il livello centrale.

### Il Mattone PRONTO SOCCORSO

Per la proposta che avanza questo mattone non sono necessari campi aggiuntivi sulla SDO ma si utilizza lo stesso sistema di classificazione (ICD IX CM) per la descrizione della casistica; l'aggiornamento della classificazione delle diagnosi, interventi e procedure è sincrono a quello della SDO. E' stato previsto un collegamento tra scheda PS e SDO, qualora l'accesso di PS sia seguito da ricovero.

Nota del Coordinatore: nella Cabina di Regia del 3 aprile scorso alla presentazione dei documenti del Mattone Pronto Soccorso è stato sottolineato la mancanza della trattazione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI).

### Il Mattone PRESTAZIONE FARMACEUTICHE

Non sono emerse richieste di campi aggiuntivi

Il Mattone **PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI** per l'attività riabilitativa ospedaliera ha esplicitato i criteri per individuare le unità sub-intensiva per gravi neurolesioni, senza nuovi codice disciplina ma utilizzando i codici 75 e 28 in associazione a codici di

procedura esplicitati nella tabella sottostante:

Le Unità sub-intensive per gravi neurolesioni si identificano attraverso
<b>Disciplina</b> 75 Neuro –riabilitazione oppure 28 Unità spinale
<b>Diagnosi</b> 780.01 Coma e/o Codice V44.0 Presenza di tracheotomia
<b>Interventi o procedure</b> codice 96.6 Nutrizione enterale di sostanze nutrizionale concentrate oppure codice 99.15 Nutrizione parenterale di sostanze nutrizionali concentrate e/o codice 96.7_ Ventilazione meccanica assistita e/o codice 31.1 o 31.2_ Tracheostomia

Il gruppo allargato, pur riconoscendo che all'interno di queste discipline vi è una casistica significativa che richiede un trattamento particolarmente intenso, ritiene che la sua puntuale individuazione sia finalizzata alla corretta remunerazione.

Inoltre è stato proposto, d'accordo anche il Mattone Evoluzione del sistema DRG nazionale, che anche gli Istituti ex art.26 compilino la SDO, qualora svolgano attività di riabilitazione intensiva.

### Il Mattone STANDARD MINIMI

Questo mattone ha richiesto una migliore definizione dell'episodio day hospital medico (quando inizia e quando finisce). A questo proposito il mattone DRG ha già portato avanti una proposta di miglioramento/integrazione riportata in questo documento .

Richiama inoltre l'attenzione sulla qualità della variabile SDO "Tipo di ricovero" con particolare riferimento alla modalità "ricovero in urgenza".

Chiede infine l'introduzione di un flag che segnali l'esistenza, su particolare casistica, di un database clinico. A questo proposito si conferma che la SDO è un flusso informativo sistematico e stabile e che risponde a obiettivi amministrativi e quindi non può essere lo strumento idoneo a raccogliere informazioni variabili

## PROPOSTE DAI LAVORI MATTONE DRG

Campi aggiuntivi

### Livello Nazionale

**Dimessi dai reparti di Riabilitazione intensiva** - codici 28 56 75 e 60 se svolge riabilitazione intensiva- **Regime di ricovero Ordinario**

#### Punteggio motorio F.I.M. all'ingresso

Somma di tutti i punteggi all'ingresso dei 13 item motori della scala F.I.M.. (Campo Formato Numerico Lunghezza 2)

#### Punteggio cognitivo F.I.M. all'ingresso

Somma di tutti i punteggi all'ingresso dei 5 item cognitivi della scala F.I.M.. (Campo Formato Numerico Lunghezza 2)

#### Punteggio motorio F.I.M. alla dimissione

Somma di tutti i punteggi alla dimissione dei 13 item motori della scala F.I.M.. (Campo Formato Numerico Lunghezza 2)

#### Punteggio cognitiva F.I.M. alla dimissione

Somma di tutti i punteggi alla dimissione dei 5 item cognitivi della scala F.I.M.. (Campo Formato Numerico Lunghezza 2)

**Livello Regionale**

Ciascun campo (36 in totale) è Numerico con lunghezza 1

**Punteggio motorio F.I.M. all'ingresso**

Tutti i punteggi all'ingresso dei 13 item motori della scala F.I.M..

**Punteggio cognitivo F.I.M. all'ingresso**

Tutti i punteggi all'ingresso dei 5 item cognitivi della scala F.I.M..

**Punteggio motorio F.I.M. alla dimissione**

Tutti i punteggi alla dimissione dei 13 item motori della scala F.I.M..

**Punteggio cognitiva F.I.M. alla dimissione**

Tutti i punteggi alla dimissione dei 5 item cognitivi

## LA RILEVAZIONE DEL DAY HOSPITAL

Il gruppo di lavoro concorda che per la rilevazione dell'attività di **Day hospital la SDO è adeguata**. Si ritiene importante fornire indicazioni per la corretta compilazione e proporre **alcune integrazioni**.

**Il DH è attività ospedaliera ad accesso programmato.**

Non è ammissibile il valore 1 nel campo *Provenienza del paziente* ( 1= paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico) in quanto tale modalità identifica l'accesso da Pronto Soccorso.

La variabile *Traumatismi o intossicazioni* non è pertinente e quindi non deve essere compilata.

Si ribadisce quanto già affermato dal Decreto 380/2000 che il DH va chiuso improrogabilmente al 31 Dicembre di ciascun anno.

### Motivo del ricovero in DH

E' l'unico campo specifico della scheda di DH:

1. ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up);
2. ricovero diurno chirurgico (day surgery);
3. ricovero diurno terapeutico;
4. ricovero diurno riabilitativo.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

*DH chirurgico*

Motivo del ricovero in DH=2 ricovero diurno chirurgico (day surgery)

*DH medico*

Motivo del ricovero in DH=1 ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up); 3 ricovero diurno terapeutico

*DH riabilitativo*

Motivo del ricovero in DH=4 ricovero diurno riabilitativo

Aggiungere i campi con **le date per le procedure** (5 campi con formato data), attraverso i quali si cerca di ricostruire quanto erogato durante gli accessi.

Per quanto riguarda la gerarchia di compilazione dei campi procedure si conferma quanto esplicitato dal Decreto 380/2000.

## Miglioramento della qualità

### Migliorare l'accuratezza della compilazione della SDO

Sono state fornite alcune indicazioni utili per la codifica delle variabili della SDO mettendo il focus su :

- Variabili che servono ad identificare il paziente (cognome e nome, codice fiscale, residenza)
- Onere della degenza con specifiche rispetto agli stranieri
- Provenienza del paziente e modalità di dimissione: si è sottolineato l'importanza di questi due campi per poter cogliere i percorsi dei pazienti, l'integrazione tra territorio e ospedale
- Variabili sanitarie quali le diagnosi principale e secondarie e l'Intervento principale e procedure: è stata condotta una revisione sistematica delle Linee Guida nazionali e regionali con l'obiettivo di verificare l'esistenza di indicazioni condivise e che costituisce punto di partenza per le linee guida nazionali
- Miglioramento della compilazione delle patologie concomitanti

Di seguito è riportato l'elenco di tutte le variabili SDO con relative specifiche. In grassetto sono evidenziate le indicazioni.

**Allegato : Elenco delle variabili (è la parte integrale contenuta nel sito WEB)**

- 1 - DENOMINAZIONE DELL' OSPEDALE DI RICOVERO
- 2 - NUMERO DELLA SCHEDA
- 3 - COGNOME E NOME DEL PAZIENTE
- 4 - SESSO
- 5 - DATA DI NASCITA
- 6 - COMUNE DI NASCITA
- 7 - STATO CIVILE
- 8 - COMUNE DI RESIDENZA
- 9 - CITTADINANZA
- 10 - CODICE SANITARIO INDIVIDUALE
- 11 - REGIONE DI RESIDENZA
- 12 - AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI RESIDENZA
- 13 - REGIME DI RICOVERO
- 14 - DATA DI RICOVERO
- 15 - UNITÀ OPERATIVA DI AMMISSIONE
- 16 - ONERE DELLA DEGENZA
- 17 - PROVENIENZA DEL PAZIENTE
- 18 - TIPO DI RICOVERO
- 19 - TRAUMATISMI O INTOSSICAZIONI
- 20 - TRASFERIMENTI INTERNI
- 21 - UNITÀ OPERATIVA DI DIMISSIONE
- 22 - DATA DI DIMISSIONE O MORTE
- 23 - MODALITÀ DI DIMISSIONE
- 24 - RISCONTRO AUTOPTICO
- 25 - MOTIVO DEL RICOVERO IN REGIME DIURNO
- 26 - NUMERO DI GIORNATE DI PRESENZA IN REGIME DIURNO
- 27 - PESO ALLA NASCITA
- 28 - DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE
- 29 - DIAGNOSI SECONDARIE
- 30 - INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE O PARTO
- 31 - ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

- 1 - DENOMINAZIONE DELL' OSPEDALE DI RICOVERO

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 i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del



Ministro della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale ed i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

#### NUMERO DELLA SCHEDA

Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.

Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: • i primi due identificano l'anno di ricovero; • gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno.

La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

#### COGNOME E NOME DEL PAZIENTE

Questa variabile non costituisce debito informativo verso il Ministero della Salute. Nell'ambito della mobilità sanitaria interregionale è una delle variabili necessarie per l'identificazione del paziente, ma in caso di specifica norma sulla segretezza si indichi "ANONIMO" in entrambi i campi.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

#### SESSO

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. maschio;
2. femmina.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### DATA DI NASCITA

La data di nascita va riportata, riempiendo tutti gli otto caratteri previsti, nella forma seguente: • i primi due caratteri indicano il giorno; • i successivi due il mese; • gli ultimi quattro l'anno.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### COMUNE DI NASCITA

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

Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello

Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### STATO CIVILE

Va riportato lo stato civile del paziente al momento del ricovero.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. celibe/nubile;
2. coniugato/a;
3. separato/a;
4. divorziato/a;
5. vedovo/a;
6. non dichiarato. [http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### COMUNE DI RESIDENZA

Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo Stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Va utilizzato lo stesso sistema di codifica definito per la variabile 6. "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 senza fissa dimora codificare 999999.

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

In questa variabile non si possono utilizzare i codici dei comuni cessati.

Per gli stranieri non residenti ma domiciliati, iscritti al Servizio Sanitario nazionale, in questo campo va inserito il comune di domicilio ed analogamente vanno inseriti le informazioni riguardanti l'Azienda USL e regione di residenza.

Il comune di residenza non va confuso con il comune di assistenza.

Esempio: Per uno studente residente a Lucca con domicilio temporaneo a Venezia, nel campo comune di residenza va indicata il codice del comune di LUCCA. La stessa modalità di codifica vale anche in presenza di scelta temporanea del medico di base.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### CITTADINANZA

Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza è il seguente:

- 100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana;
- il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera;
- per gli apolidi codificare con 999.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### CODICE SANITARIO INDIVIDUALE

Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (Legge 412/91), composto da 16 caratteri.

Il codice fiscale non va calcolato, ma deve essere quello attribuito dal Ministero dell'Economia e Finanze.

Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri (ai sensi del D.P.R. 31.8.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000, n.5).

Nell'ambito della mobilità interregionale è una delle variabili necessarie per l'identificazione del paziente.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### REGIONE DI RESIDENZA

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 del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, 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'Interno.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI RESIDENZA

Deve essere indicata l'Azienda unità sanitaria locale che comprende il comune, o la frazione di comune, in cui risiede il paziente.

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

Questa variabile non si compila per i residenti all'estero.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### REGIME DI RICOVERO

Il regime di ricovero distingue tra il ricovero ordinario ed il ricovero diurno; il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni:

- si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato;

- è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero;
- fornisce prestazioni multiprofessionali 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.

Il codice, ad un carattere, da impiegare è il seguente:

1. ricovero ordinario;
2. ricovero diurno (DH).

Quando si utilizza il codice 2, è necessario riportare anche le informazioni relative alle variabili 25. e 26.

Non è corretta la sovrapposizione temporale di regime di ricovero diversi tra loro (ordinario e Day Hospital) o di stesso regime di ricovero (Day Hospital e Day Hospital) all'interno dello stesso istituto di cura.

Se un paziente inserito in un percorso diurno ha la necessità di essere ricoverato in regime ordinario nello stesso presidio ospedaliero, si dovrà chiudere il ricovero in Day Hospital ed eventualmente riaprirlo all'accesso successivo alla dimissione ordinaria.

Non debbono esistere nello stesso arco temporale neanche l'apertura di due DH a carico dello stesso paziente. Esempio: Un Day Hospital in nefrologia con Day Hospital in endocrinologia, oppure un DH medico con un DH chirurgico.

In questi casi occorre prestare molta attenzione alla corretta compilazione delle variabili Provenienza del paziente e Modalità di dimissione.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### DATA DI RICOVERO

Il codice da utilizzare è articolato in otto caratteri, che devono essere tutti compilati:

- i primi due indicano il giorno;
- i successivi due il mese;
- gli ultimi quattro l'anno.

In caso di ricovero diurno (codice 2 per la variabile 13.: "regime di ricovero"), va indicata la data del primo giorno del ciclo di contatti con la struttura.

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

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### UNITÀ OPERATIVA DI AMMISSIONE

L'unità operativa di ammissione individua l'unità operativa presso la quale il paziente è fisicamente ricoverato, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa.

Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali 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.

Questa variabile non costituisce debito informativo verso il Ministero della Salute.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](#)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

## ONERE DELLA DEGENZA

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

I codici, ad un carattere, da utilizzare sono i seguenti:

1. ricovero a totale carico del SSN;
2. ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);
3. ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN;
4. ricovero senza oneri per il SSN;
5. ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);
6. ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);
7. ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN;
8. ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
- A. ricovero a carico del Ministero dell'Interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
9. altro.

Se durante il ricovero cambia l'onere della degenza il ricovero non deve essere spezzato.

Per i cittadini stranieri che entrano in Italia per motivi di cure mediche nell'ambito di Progetti umanitari utilizzare la codifica 1. ricovero a totale carico del SSN.

Per quanto riguarda onere della degenza 7. ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN la provenienza coincide con la residenza.

Per gli stranieri in possesso di codice STP le codifiche che possono essere utilizzate sono:

8. ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
- A. ricovero a carico del Ministero dell'Interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza.

La circolare n.5 del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000 chiarisce le due modalità.

Agli stranieri indigenti provvisti di codice STP vengono erogate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorchè continuative per malattia ed infortunio e sono a carico del Ministero dell'Interno (codice A). Per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazione o aggravamenti).

Mentre, sempre per stranieri indigenti, sono a carico del SSN (codice 8) interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva quali:

- tutela della gravidanza e della maternità
- tutela della salute del minore
- vaccinazioni
- interventi di profilassi internazionale
- profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee)

[guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](#)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### PROVENIENZA DEL PAZIENTE

La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico;
2. paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico di base;
3. ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura;
4. paziente trasferito da un istituto di cura pubblico;
5. paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato;
6. paziente trasferito da istituto di cura privato non accreditato;
7. paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto;
9. altro.

Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi.

Quando un paziente accede all'Istituto di Cura su proposta della guardia medica (continuità assistenziale) utilizzare la voce 2.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### TIPO DI RICOVERO

Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario (codice 1 alla variabile 13.: "regime di ricovero"), individua i ricoveri programmati, distinguendoli dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. ricovero programmato, non urgente;
2. ricovero urgente;
3. ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);
4. ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione.

Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi.

Se un paziente accede all'Istituto di cura dal Pronto Soccorso (Provenienza del paziente 1. paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico) il campo tipo di ricovero deve essere compilato con la voce 2. ricovero urgente.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### TRAUMATISMI O INTOSSICAZIONI

Traumatismi o intossicazioni

Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. infortunio sul lavoro;
2. infortunio in ambiente domestico;
3. incidente stradale;
4. violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);
5. autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);
9. altro tipo di incidente o di intossicazione.

Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione e nella SDO va inserita solamente nel primo ricovero.

Il campo traumatismi o intossicazioni può essere compilato solamente in regime ordinario e le codifiche della patologia principale o secondarie devono essere presenti nel capitolo 17 – Traumatismi e avvelenamenti ICD9 CM (800-904 e 910-995). Sono escluse dal range i codici di postumi di trauma per cui se un paziente torna di nuovo in Ospedale, sempre a seguito di un trauma, incidente o intossicazione, il campo traumatismi o intossicazioni non va compilato e vanno utilizzate le categorie dei codici di postumi o sequele.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### TRASFERIMENTI INTERNI

I trasferimenti interni, da riportare soltanto nei casi di ricovero in regime ordinario (codice 1 alla variabile 13. “regime di ricovero”), descrivono il percorso che il paziente ha seguito durante il ricovero.

Per ciascun trasferimento effettuato durante il ricovero vanno indicati:

- nei primi otto caratteri, la data in cui ha avuto luogo il trasferimento, secondo l'ordine: ggmmaaaa;
- nei successivi quattro caratteri, il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente, secondo la classificazione già descritta per la variabile 15.

Questa variabile non costituisce debito informativo verso il Ministero della Salute.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### UNITÀ OPERATIVA DI DIMISSIONE

L'unità operativa indica l'ultima unità operativa presso il quale è stato ricoverato, e dal quale viene dimesso, il paziente: va sempre specificato, anche nel caso in cui coincida con l'unità operativa di ammissione ovvero con quella relativa all'ultimo trasferimento interno, riportato per la variabile 20.

La codifica, a quattro caratteri, da utilizzare è quella descritta per la variabile 15.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### DATA DI DIMISSIONE O MORTE

La data di dimissione, o di morte, del paziente va sempre riportata, riempiendo tutti i campi previsti, nella forma: ggmmaaaa.

Nel caso di ricovero in regime diurno, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso presso la struttura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### MODALITÀ DI DIMISSIONE

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, ad un carattere, da utilizzare è la seguente:

1. nel caso in cui il paziente sia 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 (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato **durante il** ciclo programmato);
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;
9. dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.

La modalità 9 dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata va utilizzata ogni qualvolta viene richiesta l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare, o l'attivazione dei Servizi Territoriali. Viene assimilata questa voce anche all'attivazione del servizio di assistenza territoriale quali ad esempio il Dipartimento Salute Mentale (Paziente psichiatrico), il SERT (Paziente tossicodipendente) e la Neuropsichiatria Infantile (bambino con grave handicap psico-fisico).

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### RISCONTRO AUTOPTICO

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

Il codice, ad un carattere, deve essere utilizzato solo se la modalità di dimissione è "deceduto" (codice 1 alla variabile 23., "modalità di dimissioneO"), secondo la seguente codifica:

1. se è stata eseguita l'autopsia;
2. se non è stata eseguita l'autopsia.



[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### MOTIVO DEL RICOVERO IN REGIME DIURNO

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 alla variabile 13. "regime di ricovero").

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up);
2. ricovero diurno chirurgico (day surgery);
3. ricovero diurno terapeutico;
4. ricovero diurno riabilitativo.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)

#### NUMERO DI GIORNATE DI PRESENZA IN REGIME DIURNO

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 alla variabile 13. "regime di ricovero") e indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di ricovero nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale.

Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno.

Il numero di accessi deve essere minore o uguale alla differenza tra la data di dimissione e la data di ammissione più 1.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

#### PESO ALLA NASCITA

Questa informazione identifica il peso rilevato al momento della nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso. Va rilevato il peso in grammi. Il campo è numerico con 4 caratteri.

Prestare attenzione che l'informazione rilevata in questo campo sia congruente con quella presente nelle descrizioni dei codici di diagnosi che vanno dalla categoria 764 a 766 relativi a problemi di crescita fetale, prematurità, immaturità e postmaturità.

Nel caso in cui il neonato torni in ospedale a causa del ricovero della mamma non va compilata la SDO del bambino.

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida\\_RevisioneOriginal.pdf](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/resources/Linee guida/LineeGuida_RevisioneOriginal.pdf)

#### DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e /o di indagini diagnostiche.

Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale

principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di dimissione ospedaliera e correttamente codificata utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana 2002 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM) e successivi aggiornamenti. Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda; per i casi in cui siano previsti soltanto 3 o 4 caratteri, riportarli allineati a sinistra. (Revisione sistematica delle Linee Guida)

#### DIAGNOSI SECONDARIE

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

Per ciascuna diagnosi indicare il codice corrispondente secondo la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 2002 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM). Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda; per i casi in cui siano previsti soltanto 3 o 4 caratteri, riportarli allineati a sinistra. Fatte salve diverse determinazioni da parte delle regioni e delle province autonome, possono essere riportate al massimo cinque diagnosi secondarie. (Revisione sistematica delle Linee Guida)

#### INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE O PARTO

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero. In presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.); La relativa codifica è costituita da 12 caratteri ripartiti come di seguito indicato: • nei primi otto caratteri deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento chirurgico, secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno); • nei successivi quattro caratteri deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondo la già citata Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 2002 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification). Il codice utilizzato deve essere a 4 caratteri in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda; per i casi in cui siano previsti soltanto 3 caratteri, riportarli allineati a sinistra. (Revisione sistematica delle Linee Guida)

#### ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Le procedure diagnostiche e terapeutiche più importanti fra quelle cui è stato sottoposto il paziente. Per ciascuna procedura indicare il codice corrispondente all'intervento chirurgico o alla procedura diagnostica o terapeutica, secondo la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM). Il codice utilizzato deve essere a 4 caratteri in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda; per i casi in cui siano previsti soltanto 3 caratteri, riportarli allineati a sinistra. Fatte salve diverse determinazioni da parte delle regioni e delle province autonome, possono essere riportati al massimo cinque interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche ulteriori rispetto all'intervento chirurgico principale. (Revisione sistematica delle Linee Guida)

[http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO\\_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice](http://www.sanita.basilicata.it/dnnsanita/mattonissn/SDO_DRG/SDO/variabiliamministrative1.asp - indice#indice)