

Die Landesregierung

Das Ministerialdekret vom 28. Dezember 1991 hat im gesamten Staatsgebiet das Informationsverfahren des „Krankenhausentlassungsbogens“ (in der Folge *KEB*) eingeführt. Das Verfahren wurde auf Landesebene mit Beschluss der Landesregierung (in der Folge *BLR*) Nr. 6171 vom 4. Oktober 1993 übernommen.

Mit Ministerialdekret Nr. 380 vom 27. Oktober 2000 „Regelwerk zur Aktualisierung des Informationsflusses über Personen, die aus öffentlichen und privaten Krankenanstalten entlassen werden“ – sind verschiedene wichtige Neuerungen zum Inhalt des Informationsflusses sowie zu den Grundsätzen und den Regeln für den Informationseintrag und dessen Kodierung eingeführt worden. Diese wurden auf Landesebene mit *BLR* Nr. 512 vom 30. Dezember 2005 übernommen.

Im Einklang mit Artikel 15 Absatz 25-*bis* des Gesetzesdekrets vom 6. Juli 2012 Nr. 95, das mit Änderungen in Gesetz vom 7. August 2012, Nr. 135 umgewandelt worden ist, und im Rahmen der Überarbeitung des *KEB*-Informationsflusses unterstützt das Gesundheitsministerium ein Überwachungssystem der Tätigkeiten und des Betreuungsnetzes. Dieses Überwachungssystem ermöglicht die Erhebung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards des Krankenhausnetzwerkes, der Tätigkeitsvolumen und der Ergebnisse der Versorgung durch die Gesundheitsdienstleister (natürliche sowie juristische Personen). Zweck dieser Erhebung ist die Überprüfung der Einhaltung der geltenden staatlichen und europäischen Rechtsvorschriften über die Standards und Leitlinien für Qualität und Sicherheit.

Damit die Gültigkeit und die Vergleichbarkeit der Indikatoren und die korrekte Anwendung des „Garantiesystems zur Überwachung der Gesundheitsbetreuung“ gemäß Verordnung des Gesundheitsministers, in Übereinkunft mit dem Minister für Wirtschaft und Finanzen vom 12. Dezember 2001 gewährleistet werden kann, ist es notwendig, dass die Erhebung der Daten auf dem gesamten Staatsgebiet in gleicher Art und Weise erfolgt.

Der Informationsfluss *KEB* in Zusammenschluss mit den anderen Informationssystemen des staatlichen und des Landesgesundheitsdienstes gelten als wichtiges Instrument zur Überwachung und Bewertung des staatlichen

La Giunta Provinciale

Il decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991 ha istituito su tutto il territorio nazionale la procedura informativa “Scheda di Dimissione Ospedaliera” (di seguito *SDO*). Tale procedura è stata recepita a livello provinciale con deliberazione della Giunta Provinciale (di seguito *DGP*) n. 6171 del 4 ottobre 1993.

Con il Decreto ministeriale n. 380 del 27 ottobre 2000 “Regolamento recante l’aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati” sono state introdotte diverse novità importanti sul contenuto informativo, sui principi e le regole di codifica delle stesse informazioni. Esse sono state recepite a livello provinciale con *DGP* n. 512 del 30 dicembre 2005.

In osservanza dell’articolo 15, comma 25-*bis* del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e attraverso la revisione del flusso informativo relativo alle *SDO*, il Ministero della Salute promuove un sistema di monitoraggio delle attività e delle reti assistenziali. Tale sistema di monitoraggio permette la rilevazione degli standard di qualità e di sicurezza della rete ospedaliera e dei volumi e degli esiti delle cure erogate dai prestatori di assistenza sanitaria (persone giuridiche e/o persone fisiche) affinché questi siano conformi agli standard e agli orientamenti di qualità e di sicurezza definiti dalla legislazione vigente nazionale e dalla normativa dell’Unione europea.

Ai fini della validità e comparabilità dei dati e degli indicatori, anche per una corretta applicazione del “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”, di cui al decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze del 12 dicembre 2001, è necessario che la raccolta delle informazioni su tutto il territorio nazionale avvenga in modo omogeneo.

Il flusso informativo *SDO*, integrato ed interconnesso con gli altri sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale (*SSN*) e provinciale (*SSP*), assume funzioni primarie come strumento per il monitoraggio e la valutazione del *SSN*, anche ai sensi

Gesundheitsdienstes verwendet, dies auch gemäß Artikel 11 Absatz 4 des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 38/2014.

Das Dekret des Gesundheitsministers Nr. 261 vom 7. Dezember 2016 hat den Inhalt des KEB, den entsprechenden Informationsfluss und die Ausfüll- und Kodierungsregeln aktualisiert, indem der neue staatliche Datensatz genehmigt wurde. Das Dekret sieht die Aufstockung des neuen Datensatzes des KEB vor und regelt den entsprechenden Informationsfluss um die dort enthaltenen Daten an den Zweck der Überwachung, Bewertung und Planung im Bereich Gesundheitswesen anzupassen, auch unter Berücksichtigung der Grundzüge aus der Gesetzgebung der Europäischen Union. Diese wurden auf Landesebene mit BLR Nr. 249 vom 7. März 2017, „Neue Landesleitlinien für die Verwaltung des Neuen Krankenhausentlassungsbogens (N – KEB)“ übernommen.

Mit BLR Nr. 561 vom 4. April 2011 wurde die letzte, noch heute gültige, Fassung der „Leitlinien zur Auswahl und Kodierung der Diagnosen, chirurgischen Eingriffe und diagnostisch-therapeutischen Verfahren“ genehmigt.

In der Sitzung der Ständigen Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat, den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen vom 4. August 2021 wurde die Vereinbarung "Kriterien für die Angemessenheit des Zugangs zu stationären Rehabilitations- Krankenhausaufenthalten" getroffen, die in der Folge mit Dekret des Gesundheitsministers vom 5. August 2021 übernommen wurde.

Artikel 2, Absätze 8, 9 und 10 des Ministerialdekrets macht spezifische Angaben zu den Bewertungsskalen für die Behinderung und die Komplexität der Pflege, die bei Rehabilitations-Krankenhausaufenthalten in den drei Krankenhausbereichen Spinaleinheit (Kodex 28), physische Rehabilitation (Kodex 56) und Neurorehabilitation (Kodex 75) anzuwenden sind.

Mit Schreiben Nr. MDS-DGSISS-6922 vom 3. März 2022 hat der Präsident des Lenkungsausschusses für die Entwicklung des neuen Gesundheitsinformationssystems ein positives Gutachten zum vorgeschlagenen Entwurf eines Dekrets abgegeben. In diesem ist die Aktualisierung des KEB mit der Ergänzung um einige Felder, die sich auf die Skalen für die Bewertung der Behinderung und der komplexen Pflege beziehen und die im Falle eines Rehabilitations-Krankenhaus-

dell'articolo 11, comma 4, del citate decreto legislativo n. 38/2014.

Il decreto del Ministero della salute n. 261 del 7 dicembre 2016 ha aggiornato il contenuto informativo della SDO, il relativo flusso e le regole di compilazione e codifica, adottando il nuovo tracciato informativo nazionale SDO. Esso integra le informazioni relative alla SDO e disciplina il relativo flusso informativo al fine di adeguare il suo contenuto informativo alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria, anche in considerazione degli orientamenti definiti dalla normativa dell'Unione europea. Il decreto ministeriale menzionato è stato recepito a livello provinciale con DGP n. 249 del 7 marzo 2017, "Nuove Linee guida provinciali per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - SDO)".

La DGP n. 561 del 4 aprile 2011 ha approvato la ultima edizione, attualmente ancora in vigore, delle "Linee guida per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche".

In sede Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 4 agosto 2021 è stata sancita l'intesa sui "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera", che è stata successivamente recepita con decreto del Ministro della salute del 5 agosto 2021.

L'articolo 2, commi 8, 9 e 10 del decreto ministeriale disciplina per quanto specificatamente indicato in relazione alle scale di valutazione della disabilità e della complessità assistenziale da utilizzare nel caso di ricovero di tipo riabilitativo nelle tre discipline ospedaliere Unità Spinale (codice 28), Recupero e Riabilitazione Funzionale (codice 56) e Neuroriabilitazione (codice 75).

Con nota prot. N. MDS-DGSISS-6922 del 3 marzo 2022 il Presidente della Cabina di Regia per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario ha comunicato il parere positivo in merito allo schema di decreto proposto. Esso contiene l'aggiornamento della SDO, prevedendo l'integrazione con alcuni campi relativi alle scale di valutazione della disabilità e della complessità assistenziale da utilizzare nel caso di ricovero riabilitativo. Il tracciato così ottenuto è denominato SDO-R.

aufenthalts zu verwenden sind, enthalten. Der so ergänzte Informationsfluss wird SDO-R genannt.

In der Folge wurde es als notwendig erachtet, den Informationsinhalt des KEB für Rehabilitationsaufnahmen auf Landesebene anzupassen, um eine bessere Beschreibung der Rehabilitationsaufnahmen auch im Hinblick auf deren Gesundheitsergebnisse zu liefern zu können.

Parallel dazu, um die Kodierungsregeln für die in den KEB eingegebenen Informationen zu vereinheitlichen und es den Verantwortlichen der Rehabilitationsabteilungen der Krankenhäuser (Kodizes 56, 28 und 75) aller Regionen und Autonomen Provinzen zu ermöglichen, dieselben Kriterien für die Ausfüllung und Kodierung der KEB bei der Entlassung des Patienten anzuwenden, hat die gemäß Artikel 6 des Ministerialdekrets vom 5. August 2021 einberufene interinstitutionelle technische Arbeitsgruppe, die "Richtlinien für die Erstellung und Kodierung der KEB im Falle der Aufnahme in Rehabilitationsabteilungen (Kodizes 28, 56, 75)" ausgearbeitet.

Das Dekret des Gesundheitsministers Nr. 165 vom 26. September 2023 hat die "Regelung über Änderungen und Ergänzungen der Verordnung mit Regeln zur Aktualisierung der Disziplin des Informationsflusses über Entlassungen aus öffentlichen und privaten Krankenhauseinrichtungen" genehmigt, welches jene aus dem Dekret des Gesundheitsministers Nr. 380 vom 27. Oktober 2000 ergänzt. Die Bereiche bezüglich der Bewertungsskalen der Behinderung und des Pflegeaufwands, die bei Rehabilitations- Krankenhausaufenthalten zu verwenden sind, werden zu den Informationspflichten der Regionen und der Autonomen Provinzen hinzugefügt.

Die Umsetzung der Ergänzung des Informationsflusses (SDO)-R auf Landesebene bedingt keine Mehrausgaben für den Landeshaushalt.

In seguito, si è ritenuto necessario adeguare il contenuto informativo della SDO dei ricoveri riabilitativi a livello provinciale allo scopo di fornire una migliore descrizione del ricovero riabilitativo anche in termini di esito degli stessi.

Parallelamente, allo scopo di uniformare le regole di codifica delle informazioni inserite in SDO e permettere agli operatori dei reparti ospedalieri di riabilitazione (codice 56, 28 e 75) di tutte le Regioni e Province autonome di utilizzare lo stesso tipo di criteri per la compilazione e la codifica della SDO al momento della dimissione del paziente, il Gruppo Tecnico inter-istituzionale ex art. 6 D.M. 5 agosto 2021 ha predisposto le "Linee di indirizzo per la compilazione e la codifica della SDO in caso di ricoveri in reparti di riabilitazione (codici 28, 56, 75)".

Il decreto del Ministro della Salute n 165 del 26 settembre 2023 ha adottato il "Regolamento recante modificazioni e integrazioni al regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati", integrando il contenuto del decreto del Ministro della Sanità 27 ottobre 2000 n. 380. Tra gli oneri informativi delle Regioni e delle Province Autonome vengono aggiunti i campi relativi alle scale di valutazione della disabilità e della complessità assistenziale da utilizzare in caso di ricovero riabilitativo.

L'attuazione dell'aggiornamento del flusso informativo SDO-R a livello provinciale non comporta maggiori oneri a carico del bilancio provinciale.

beschließt

delibera

einstimmig in gesetzmäßiger Weise:

a voti unanimi legalmente espressi:

1. Die Autonome Provinz Bozen setzt die im Dekret des Gesundheitsministers Nr. 165 vom 26. September 2023

1. La Provincia Autonoma di Bolzano recepisce quanto disposto dal decreto del Ministero della salute 26 settembre 2023 n.

vorgeschriebenen Bestimmungen um, indem sie den Inhalt des Informationsflusses betreffend den Krankenhausentlassungsbogens (KEB) auf Landesebene an dessen Bestimmungen anpasst.

2. Das Dokument „Leitlinien für die Verwaltung des Entlassungsbogens der Rehabilitationsaufenthalte (SDO-R)“, unter Anhang 1, wird als wesentlicher und integrierender Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses genehmigt.

3. In Südtirol werden bei der Entlassung aus den Rehabilitationsabteilungen für die im genannten Ministerialdekret vorgesehenen Fachrichtungen, für das Erstellen der Krankenhausentlassungsbögen die im Dokument der gemäß Artikel 6 des Ministerialdekrets vom 5. August 2021 eingerichteten interinstitutionellen technischen Arbeitsgruppe, festgelegten Regeln – enthalten in „Richtlinien für die Erstellung und Kodierung der KEB im Falle der Aufnahme in Rehabilitationsabteilungen (Kodizes 28, 56, 75)“ – angewandt. Damit werden die "Leitlinien für die Auswahl und Kodierung von Diagnosen, chirurgischen Eingriffen sowie diagnostischen und therapeutischen Verfahren", die durch den vorherigen Beschluss der Landesregierung Nr. 561/2011 genehmigt wurden, in Bezug auf den Teil, der sich auf Rehabilitationsaufenthalte bezieht, geändert.

4. Nach der gegenständlichen Genehmigung der Leitlinien erlässt das zuständige Landesamt ein technisches Dokument mit den Anleitungen zum Ausfüllen des Entlassungsbogens nach einem Rehabilitationsaufenthalt (SDO-R), zur Kontrolle und Übermittlung der Daten. Dieses Dokument und etwaige nachfolgende Änderungen werden mit geeigneten Mitteln den Interessierten zur Kenntnis gebracht.

5. Der Datensatz auf Landesebene des Krankenhausentlassungsbogens der Rehabilitationsaufenthalte (SDO-R) kommt für Krankenhausaufenthalte mit Entlassungsdatum nach dem 01.01.2024 zur Anwendung.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALEKRETÄR DER L.R.

165, adeguando il contenuto del flusso informativo provinciale scheda di dimissione ospedaliera (SDO) alle sue disposizioni.

2. Il documento di "Linee guida per la Scheda di Dimissione Ospedaliera di Riabilitazione (SDO-R)" di cui all'Allegato 1 è approvato quale parte essenziale ed integrante della presente deliberazione.

3. In provincia di Bolzano in caso di dimissione dai reparti di riabilitazione per le specialità cliniche previste dal decreto ministeriale menzionato, la compilazione delle schede di dimissione ospedaliera avviene applicando le regole definite nel documento del Gruppo Tecnico interistituzionale ex art. 6 del decreto ministeriale 5 agosto 2021 "Linee di indirizzo per la compilazione e la codifica della SDO in caso di ricoveri in reparti di riabilitazione (codici 28, 56, 75)". In tal modo le "Linee guida per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche" approvate con precedente propria deliberazione n. 561/2011 vengono modificate per la parte di competenza dei ricoveri di riabilitazione.

4. Successivamente all'approvazione delle presenti Linee Guida l'Ufficio provinciale competente emana apposito Documento di Specifiche tecniche, recante le istruzioni per la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera di Riabilitazione (SDO-R), il controllo dei dati e le indicazioni di trasmissione degli stessi. Tale documento ed eventuali successive modifiche vengono portato a conoscenza con mezzi idonei agli interessati.

5. Il tracciato provinciale della Scheda di Dimissione Ospedaliera di Riabilitazione (SDO-R) sarà applicato a partire dai ricoveri con data di dimissione a partire dal 01.01.2024.

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

Leitlinien

für die Verwaltung des Krankenhausentlassungsbogens des
Rehabilitationsaufenthaltes
(SDO-R)

Leitlinien für die Verwaltung des Krankenhausentlassungsbogens des Rehabilitationsaufenthaltes (SDO-R)

© Herausgeber:
Autonome Provinz Bozen - Südtirol
Abteilung Gesundheit
Beobachtungsstelle für Gesundheit

Ausdrucke sind verfügbar bei:
Abteilung Gesundheit – Beobachtungsstelle für Gesundheit
Landhaus 12, Kanonikus-Michael-Gamper-Straße, 1 – 39100 BOZEN
Tel. 0471 41 80 71
E-Mail: gesundheitsbeobachtung@provinz.bz.it

Download von der Internetseite:
<http://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheitsbeobachtung/default.asp>

INHALT

	SEITE
1. EINLEITUNG.....	4
2. ÜBERBLICK ÜBER DAS DOKUMENT	4
3. DEFINITION.....	4
4. ALLGEMEINE MERKMALE DES DATENFLUSSES.....	5
5. AUFLISTUNG DER VARIABLEN	6
6. ANGABEN ZUM AUSFÜLLEN DER VARIABLEN.....	6
7. KODIERUNG DER DIAGNOSEN	11
8. DATENÜBERMITTLUNG	15
8.1. DATENQUALITÄTSKONTROLLE UND DATENÜBERMITTLUNG AN DAS LAND.....	15
8.2. DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM	15
9. DATENVERARBEITUNG.....	15
10. FRISTEN FÜR DIE ÜBERMITTLUNG DER DATEN	16
11. BIBLIOGRAPHIE	16

1. EINLEITUNG

Mit Dekret des Gesundheitsministers vom 28. Dezember 1991 wurde im gesamten Staatsgebiet offiziell der Informations-Datenfluss „Krankenhausentlassungsbogen“ (KEB) eingeführt. Der KEB ist ein wesentlicher Teil der Krankenakte und ein Instrument zur Erhebung von Informationen zu den einzelnen Patienten, die aus öffentlichen und privaten Krankenhäusern auf italienischem Staatsgebiet entlassen werden. Mit dem Ministerialdekret vom 26. Juli 1993 wurde der Datenfluss KEB aktiviert. Die von den einzelnen Krankenhauseinrichtungen anhand der Bögen gesammelten Informationen werden an die entsprechenden Regionen oder Autonomen Provinzen weitergeleitet und von diesen wiederum dem Gesundheitsministerium übermittelt. Der Informations-Datenfluss SDO ist auf dem Landesgebiet seit dem 1. Jänner 1994 eingerichtet. Das Verfahren beruht auf Modalitäten, die in den „Leitlinien des Landes“ enthalten sind, welche mit Beschluss der Landesregierung Nr. 6171 vom 5.10.1993 verabschiedet wurden. Ab 1. April 2004 ist der neue KEB des Landes in Kraft getreten. Dessen Verwaltung ist durch die Veröffentlichung der KEB-Leitlinien, die mit Beschluss der Landesregierung vom 17.11.2003 Nr. 4053 genehmigt wurden, geregelt. Der Beschluss wurde vom Gesundheitsassessorat durch verschiedene Rundschreiben und Verordnungen aktualisiert, die nach den entsprechenden Änderungserfordernissen nach der Anlaufzeit und zur Anpassung an die nationale Gesetzgebung im Laufe der Jahre erlassen wurden.

Die derzeitige Konfiguration des KEB-Datensatzes zeigt jedoch Grenzen für die Anwendung im Rehabilitationsbereich auf, die im Wesentlichen auf ihren Datengehalt und die für die Kodierung der Informationen verwendeten Klassifikationssysteme für Diagnosen und Verfahren zurückzuführen sind. Bislang sind die darin enthaltenen Informationen nicht in der Lage, eine angemessene Beschreibung des Rehabilitationskrankenhausaufenthalts zu liefern und dessen Ergebnis zu bewerten. Es ist nämlich nicht möglich, den funktionellen Status des Patienten zu Beginn des Rehabilitationskrankenhausaufenthalts, den Rehabilitationsbedarf, die während des Krankenhausaufenthalts erbrachten Rehabilitationsleistungen und den funktionellen Status des Patienten bei der Entlassung zu bewerten. Ab 2019 hat das Ministerium zusammen mit den wissenschaftlichen Gesellschaften des Rehabilitationssektors eine Zusammenarbeit eingeleitet, die darauf abzielt, einen minimalen Kern von Informationsinhalten zu definieren, die in den KEB-Datensatz integriert werden sollen, um Krankenhausaufenthalte der Rehabilitation ordnungsgemäß zu beschreiben (Fachbereiche Kodex 56, 75 und 28). Dieser Weg führte zur Definition des "Entlassungsbogen des Rehabilitationsaufenthaltes (SDO-R)", der durch das Ministerialdekret Nr. 165 vom 26.10.2023 eingeführt wurde.

2. ÜBERBLICK ÜBER DAS DOKUMENT

VERSION	DATUM	ANMERKUNGEN / ANGEBRACHTE ABÄNDERUNGEN
1.0	01.03.2024	Festlegung des Datensatzes

3. DEFINITION

Der Informationsfluss des Krankenhausentlassungsbogens des Rehabilitationsaufenthaltes (in der Folge SDO-R genannt) integriert und aktualisiert die im KEB enthaltenen Informationen, um eine detailliertere Beschreibung der Aufenthalte in folgenden Abteilungen zu liefern:

- Genesung und funktionelle Rehabilitation (Kodex 56);
- Neurorehabilitation (Kodex 75);
- Wirbelsäulenabteilung (Kodex 28).

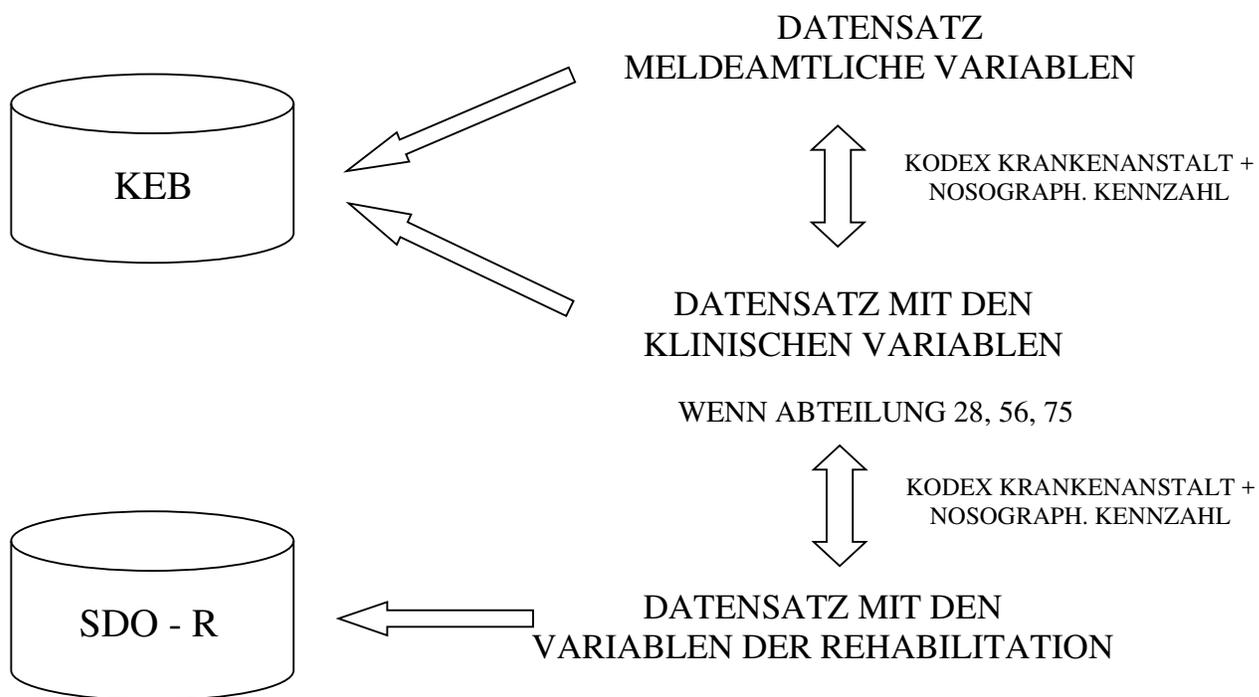
Der SDO-R-Datenfluss muss von allen öffentlichen und privaten Krankenhauseinrichtungen gespeist werden (sowohl jene mit dem Sanitätsbetrieb vertragsverbundenen als auch jene nicht vertragsverbundenen), welche die oben genannten Abteilungen stationär führen.

4. ALLGEMEINE MERKMALE DES DATENFLUSSES

Der SDO-R-Datenfluss sammelt Informationen in Bezug auf Krankenhausaufnahmen der Rehabilitation. Er ist auszufüllen im Falle von Aufnahmen auf Kodex 28, 56 oder 75-Stationen auszufüllen. Für diese Art von Krankenhaus-Aufnahmen liefert der Datensatz eine Reihe zusätzlicher Informationen zu den bereits im KEB vorhandenen.

Die Felder, die sich auf den Kodex der Einrichtung und der nosographischen Kennzahl des Krankenhauses beziehen, und die bereits die Schlüsselfelder für die Verbindung der beiden Datensätze (meldeamtliche Daten und klinische Daten) im KEB darstellen, entsprechen auch den Schlüsselfeldern für die Verbindung der klinischen Daten des KEB mit dem spezifischen Datensatz der Rehabilitationstätigkeit (SDO-R), wenn die Krankenhausabteilung einer der Kodexs 28, 56 oder 75 Fachrichtungen entspricht.

Der Informationsgehalt des SDO-R-Informationsflusses ist in einem einzigen Datensatz enthalten. Die Informationslieferung erfolgt gemäß dem nachstehenden Diagramm.



5. AUFLISTUNG DER VARIABLEN

DATENSATZ SDO-R

1. Art der Datenübermittlung (technisches Feld)
2. Krankenhaus/Krankenhaus
3. Nosographische Kennzahl KEB
4. Herkunft des Patienten
5. Art der Entlassung
6. Positionierung der ersten Sekundärdiagnose
7. Positionierung der zweiten Sekundärdiagnose
8. Positionierung der dritten Sekundärdiagnose
9. Rankin-Skala
10. Barthel-Index (Aufnahme)
11. Barthel-Index (Entlassung)
12. Barthel-Skala-Dyspnoe (Aufnahme)
13. Barthel-Skala-Dyspnoe (Entlassung)
14. 6-Minuten Gehstest (Aufnahme)
15. 6-Minuten Gehstest (Entlassung)
16. Glasgow Coma Skala (Aufnahme)
17. Glasgow Coma Skala (Entlassung)
18. Glasgow Coma Skala Extended (Aufnahme)
19. Glasgow Coma Skala Extended (Entlassung)
20. Level of Cognitive Functioning Skala (Aufnahme)
21. Level of Cognitive Functioning Skala (Entlassung)
22. American Spinal Injury Association (Aufnahme)
23. American Spinal Injury Association (Entlassung)
24. Spinal Cord Independence Measure (Aufnahme)
25. Spinal Cord Independence Measure (Entlassung)
26. Rehabilitation Complexity Scale Extended (Aufnahme)
27. Rehabilitation Complexity Scale Extended (Entlassung)

6. ANGABEN ZUM AUSFÜLLEN DER VARIABLEN

1. Art der Datenübermittlung (TRASMISSIONE)

Technisches Feld zur Unterscheidung der Übermittlung von neuen, abgeänderten oder möglicherweise gelöschten Informationen. Erlaubte Werte sind:

I = Eingabe (Übermittlung neuer Informationen oder Übermittlung von Informationen, die zuvor vom Erfassungssystem nicht erfasst wurden);

V = Änderung (Übertragung von Informationen, die vom Erfassungssystem überschrieben werden);

C = Löschung (Übermittlung von Informationen, die aus dem Erfassungssystem gelöscht werden sollen).

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen.

2. Krankenhaus/Krankenhaus (ISTITUTO)

Für das Feld müssen Werte der Kodizes, die aus den Ministerialmodellen HSP.11, HSP.11-bis entnommen wurden (Kodizes gemäß Ministerialdekret vom 05.12.2006, in geltender Fassung) verwendet werden. Laut Dekret des Gesundheitsministers vom 23. Dezember 1996 besteht dieser Kodex aus 8 Zeichen, von denen die ersten 3 die Provinz kennzeichnen (Provinz Bozen '041' - gemäß Dekret des Gesundheitsministers), die folgenden 3 aus einer fortlaufenden internen Nummer des Landes bestehen, und die verbleibenden 2 Zeichen ungenutzt bleiben. Diese bilden eine weitere fortlaufende Nummer, die nach dem Modell HSP 11-bis die einzelnen Einrichtungen der Krankenhaus kennzeichnen sollen, die in Südtirol nicht vorhanden sind.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen.

3. Nosographische Kennzahl KEB (NOSOGRAF)

Die Kennzahl des Bogens entspricht der Identifikationsnummer der Krankenakte.

Der Kodex setzt sich aus 10 Zeichen zusammen, von denen die ersten 4 das Jahr des Aufenthalts angeben; die anderen 6 sind eine fortlaufende Nummer innerhalb des Jahres.

Die fortlaufende Nummerierung ist eindeutig und hängt nicht von der Form des Aufenthaltes ab (stationär oder Day Hospital), wodurch jede Nummer eindeutig einen einzelnen Aufenthalt kennzeichnet.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen.

4. Herkunft des Patienten (PROVENIE RIAB)

Die Herkunft des Patienten wird von der Einrichtung, aus der der Patient kommt, oder vom Arzt, der die Aufnahme vorgeschlagen hat, ermittelt.

Für die Erfassung der Daten ist folgende Tabelle zu berücksichtigen:

GEGENÜBERSTELLUNG KODIERUNG IN SDO/KEB UND SDO-R

KEB Datenfluss	SDO-R Datenfluss
1 = Aufnahme bei Geburt	leeres Feld
2 = Erste Hilfe	leeres Feld
3 = Patient auf Vorschlag eines Arztes in die Krankenhauseinrichtung eingewiesen	leeres Feld
4 = vorher geplante Aufnahme durch dieselbe Krankenhauseinrichtung	leeres Feld
5 = Verlegung eines Patienten aus einer öffentlichen Krankenhauseinrichtung	1 = Akut 2 = Rehabilitation 3 = Langzeitpflege
6 = Verlegung eines Patienten aus einer akkreditierten privaten Krankenhauseinrichtung	1 = Akut 2 = Rehabilitation 3 = Langzeitpflege
7 = Verlegung eines Patienten aus einer nicht akkreditierten privaten Krankenhauseinrichtung	1 = Akut 2 = Rehabilitation 3 = Langzeitpflege
8 = Verlegung eines Patienten aus einer anderen Versorgungsart (akut, Rehabilitation, Langzeitpflege) oder aus einem anderen Aufenthaltsbetrieb (Day-Hospital oder ordentliche Aufnahme) in dieselbe Krankenhauseinrichtung	1 = Akut 2 = Rehabilitation 3 = Langzeitpflege
9 = Strafanstalt	leeres Feld
0 = Patient aus einer teilstationären Einrichtung des Territoriums (beispielsweise: sozialpflegerische Wohnheime, Hospiz, psychiatrische Anstalten, Reha-Anstalten nach Art. 26 Gesetz Nr. 833/1978)	4 = RSA- sozialpflegerisches Wohnheim 5 = Hospice (Palliativ-leistende Einrichtung) 6 = psychiatrische Einrichtungen 7 = Reha-Anstalten nach Art. 26 des Gesetzes Nr. 833/1978 8 = sonstige
S = Patient, der eine Pflegeeinrichtung ohne Einlieferungsvorschlag seitens eines Arztes und ohne von der Ersten Hilfe zu kommen aufsucht	leeres Feld
O = Herkunft OBI	leeres Feld
A = Sonstiges	leeres Feld

5. Art der Entlassung (MOD DIM RIAB)

Die Art der Entlassung hält den Bestimmungsort des aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten fest und damit auch die eventuelle Fortführung des Betreuungspfades in anderen Einrichtungen fest.

Für die Erfassung der Daten ist folgende Tabelle zu berücksichtigen:

GEGÜBERSTELLUNG KODIERUNG IN KEB UND SDO-R

KEB Datenfluss	SDO-R Datenfluss
1 = verstorben	leeres Feld
2 = ordentliche Entlassung an den Wohnsitz des Patienten	1 = ohne Weiterführung der Rehabilitation 2 = mit Aktivierung der ambulanten Rehabilitation 3 = mit Aktivierung der Rehabilitation in Heimbetreuung 4 = mit Aktivierung eines anderen Aufenthaltsregime (DH)
3 = ordentliche Entlassung an eine außerstationäre Struktur (Pflegeheim, Altenheim, Heimerkünfte, geschützte Heime...)	leeres Feld
4 = Entlassung an den Wohnsitz des Patienten mit Aktivierung der Betreuung am Wohnort	leeres Feld
5 = freiwillige Entlassung (auch in den Fällen zu verwenden, in denen sich der Patient im Behandlungszyklus im Day-Hospital nicht während des geplanten Zyklus gemeldet hat)	leeres Feld
6 = Verlegung an eine andere öffentliche oder private Krankeneinrichtung für Akutfälle	leeres Feld
8 = ordentliche Entlassung in die Abteilungen '56.01' oder '60.01' oder '60.02' oder '75.01', die sich in derselben Einrichtung befinden	leeres Feld
9 = ordentliche Entlassung an die Abteilungen '56.01' oder '60.01' oder '60.02' oder '75.01', die sich in einer anderen Einrichtung befinden	leeres Feld
10 = ordentliche Entlassung an außerstationäre Rehabilitationseinrichtungen in Heimbetreuung	leeres Feld
11 = ordentliche Entlassung mit Aktivierung der Dienste im Territorium	5 = ohne Rehabilitation in Heimbetreuung 6 = mit Rehabilitation in Heimbetreuung
12 = Verlegung in eine Form des Aufenthaltes (von Day-Hospital in stationären Aufenthalt oder umgekehrt)	leeres Feld

6. Positionierung der ersten Sekundärdiagnose (POS DIAG1)

Gibt, unter Bezugnahme auf die Positionskodierungskriterien für Diagnosen, jene Position an, die der ersten mit dem KEB -Datenfluss übermittelten Sekundärdiagnose zugeordnet ist. Siehe Abschnitt 7 für die Kodierung.

Die zu verwendenden Kodizes sind:

E = ätiologische Diagnose;

M = klinischer Marker der Betreuungskomplexität, der bei der Aufnahme vorliegt;

C = aufgetretene klinische Komplikationen oder bereits bestehende Komorbidität.

7. Positionierung der zweiten Sekundärdiagnose (POS DIAG2)

Gibt, unter Bezugnahme auf die Positionskodierungskriterien für Diagnosen, jene Position an, die der zweiten mit dem KEB -Datenfluss übermittelten Sekundärdiagnose zugeordnet ist. Siehe Abschnitt 7 für die Kodierung.

Die zu verwendenden Kodizes sind:

M = klinischer Marker der Betreuungskomplexität, der bei der Aufnahme vorliegt;

C = aufgetretene klinische Komplikationen oder bereits bestehende Komorbidität.

8. Positionierung der dritten Sekundärdiagnose (POS DIAG3)

Gibt, unter Bezugnahme auf die Positionskodierungskriterien für Diagnosen, jene Position an, die der dritten mit dem KEB -Datenfluss übermittelten Sekundärdiagnose zugeordnet ist. Siehe Abschnitt 7 für die Kodierung.

Die zu verwendenden Kodizes sind:

M = klinischer Marker der Betreuungskomplexität, der bei der Aufnahme vorliegt;

C = aufgetretene klinische Komplikationen oder bereits bestehende Komorbidität.

9. Rankin-Skala (RANKIN)

Gibt den Wert der Rankin-Skala an.

Erlaubte Werte sind 0 bis 5, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 56, 75 und 28.

10. Barthel-Index bei Aufnahme (BARTHEL ING)

Gibt den Wert des Barthel-Index' (italienische Version 2015 mit dekomponierten Werten) bei der Aufnahme an.

Erlaubte Werte sind 0 bis 100, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 56, 75 und 28.

11. Barthel-Index bei Entlassung (BARTHEL DIM)

Gibt den Wert des Barthel-Index' (italienische Version 2015 mit dekomponierten Werten) bei der Entlassung an.

Erlaubte Werte sind 0 bis 100, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 56, 75 und 28.

12. Barthel-Skala-Dyspnoe bei Aufnahme (BARTHEL DISP ING)

Gibt den Wert der Barthel-Skala-Dyspnoe bei der Aufnahme an.

Erlaubte Werte sind 0 bis 100, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 56.

13. Barthel-Skala-Dyspnoe bei Entlassung (BARTHEL DISP DIM)

Gibt den Wert der Barthel-Skala-Dyspnoe bei der Entlassung an.

Erlaubte Werte sind 0 bis 100, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 56.

14. 6-Minuten Gehstest bei Aufnahme (6MWT ING)

Gibt den Wert des 6-Minuten Gehstests bei der Aufnahme an.

Erlaubte Werte sind 0 bis 999, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 56.

15. 6-Minuten Gehstest bei Entlassung (6MWT DIM)

Gibt den Wert des 6-Minuten Gehstests bei der Entlassung an.

Erlaubte Werte sind 0 bis 999, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 56.

16. Glasgow Coma Skala bei Aufnahme (GCS ING)

Gibt den Wert der Glasgow Coma Skala bei der Aufnahme an.

Erlaubte Werte sind 3 bis 15, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 75.

17. Glasgow Coma Skala bei Entlassung (GCS DIM)

Gibt den Wert der Glasgow Coma Skala bei der Entlassung an.

Erlaubte Werte sind 3 bis 15, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 75.

18. Glasgow Coma Skala Extended bei Aufnahme (GOSE ING)

Gibt den Wert der Glasgow Coma Skala Extended bei der Aufnahme an.

Erlaubte Werte sind 1 bis 8, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 75.

19. Glasgow Coma Skala Extended bei Entlassung (GOSE DIM)

Gibt den Wert der Glasgow Coma Skala Extended bei der Entlassung an.

Erlaubte Werte sind 1 bis 8, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 75.

20. Level of Cognitive Functioning Skala bei Aufnahme (LCF ING)

Gibt den Wert der Level of Cognitive Functioning Skala bei der Aufnahme an.

Erlaubte Werte sind 1 bis 8, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 75.

21. Level of Cognitive Functioning Skala bei Entlassung (LCF DIM)

Gibt den Wert der Level of Cognitive Functioning Skala bei der Entlassung an.

Erlaubte Werte sind 1 bis 8, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 75.

22. ASIA bei Aufnahme (ASIA ING)

Gibt den Wert der American Spinal Injury Association Skala (ASIA, Version 2019) bei der Aufnahme an.

Das Feldformat besteht aus 4 Buchstaben:

C, T, L oder S in erster Position;

von 01 bis 12 in zweiter und dritter Position;

A, B, C, D oder E in vierter Position.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 28.

23. ASIA bei Entlassung (ASIA DIM)

Gibt den Wert der American Spinal Injury Association Skala (ASIA, Version 2019) bei der Entlassung an.

Das Feldformat besteht aus 4 Buchstaben:

C, T, L oder S in erster Position;

von 01 bis 12 in zweiter und dritter Position;

A, B, C, D oder E in vierter Position.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 28.

24. Spinal Cord Independence Measure bei Aufnahme (SCIM ING)

Gibt den Wert der Spinal Cord Independence Measure (Version 3 des Jahres 2022) bei der Aufnahme an.

Erlaubte Werte sind 0 bis 100, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 28.

25. Spinal Cord Independence Measure bei Entlassung (SCIM DIM)

Gibt den Wert der Spinal Cord Independence Measure (Version 3 des Jahres 2022) bei der Entlassung an.

Erlaubte Werte sind 0 bis 100, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 28.

26. Rehabilitation Complexity Scale Extended bei Aufnahme (RCS ING)

Gibt den Wert der Rehabilitation Complexity Scale Extended (Version 13) bei der Aufnahme an.

Erlaubte Werte sind 0 bis 26, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 56, 75 und 28.

27. Rehabilitation Complexity Scale Extended bei Entlassung (RCS DIM)

Gibt den Wert der Rehabilitation Complexity Scale Extended (Version 13) bei der Entlassung an.

Erlaubte Werte sind 0 bis 26, einschließlich der Extremwerte.

Dieses Feld ist verpflichtend auszufüllen für Patienten ab 18 Jahren und für die Abteilungen Kodex 56, 75 und 28.

7. KODIERUNG DER DIAGNOSEN

Derzeit sieht der KEB-Datenfluss die Erfassung eines Hauptdiagnosefeldes, 5 Sekundärdiagnosefeldern und bis zu 11 Feldern für Eingriffe/Prozeduren vor. Die Kodierungsregeln für Rehabilitationsaufenthalte definieren die Diagnosen gemäß der folgenden Tabelle:

Diagnosen	Beschreibung
Hauptdiagnose	Funktionelles Syndrom, Nachwirkungen, Beeinträchtigungen/Behinderungen
Erste Sekundärdiagnose	Wichtigste ätiologische Diagnose zur Bestimmung des funktionellen Syndroms
Zweite Sekundärdiagnose	Vorhandener klinischer Betreuungskomplexitätsmarker bei Aufnahme
Dritte Sekundärdiagnose	Vorhandener klinischer Betreuungskomplexitätsmarker bei Aufnahme
Vierte Sekundärdiagnose	Aufgetretene klinische Komplikationen oder bereits bestehende Komorbiditäten, die sich während des Krankenhausaufenthalts verschlimmert haben oder "krankheitsspezifische" Komplexitätsmarker oder koexistierende Beeinträchtigungen/Behinderungen
Fünfte Sekundärdiagnose	Aufgetretene klinische Komplikationen oder bereits bestehende Komorbiditäten, die sich während des Krankenhausaufenthalts verschlimmert haben oder "krankheitsspezifische" Komplexitätsmarker oder koexistierende Beeinträchtigungen/Behinderungen

Der KEB-Datenfluss erfordert die Angabe der Diagnosen auf der Grundlage der sequentiell fortschreitenden Position der Felder (zuerst Angabe der Hauptdiagnose, dann erste Sekundärdiagnose, zweite Sekundärdiagnose, dritte Sekundärdiagnose, vierte Sekundärdiagnose, fünfte Sekundärdiagnose).

Wenn eine der Sekundärdiagnosen von der zweiten bis zur fünften Position nicht angegeben wird, lässt der KEB-Datensatz kein leeres Diagnosefeld zwischen zwei anderen ausgefüllten Diagnosen zu; dies führt zu einer Versetzung der ausgefüllten Sekundärdiagnosen nach links (z. B. von der zweiten Diagnose zur ersten). Infolgedessen könnte es zu einer Fehlinterpretation der Bedeutung der Diagnose kommen, die durch die neuen Kodierungsregeln nicht definiert ist. Daher ist eine Umkodierungsregel für Diagnosen im SDO-R-Fluss erforderlich.

Daher wird folgendes festgelegt:

E = ätiologische Diagnose

M = vorhandener Marker der klinischen Betreuungskomplexität bei Aufnahme

C = aufgetretene klinische Komplikationen oder bereits bestehende Komorbidität

POS_DIAG1 = Position der ersten Sekundärdiagnose im SDO-R Datenfluss

POS_DIAG2 = Position der zweiten Sekundärdiagnose im SDO-R Datenfluss

POS_DIAG3 = Position der dritten Sekundärdiagnose im SDO-R Datenfluss

Fall 1:

Im KEB- Datenfluss ist nur die Hauptdiagnose angegeben.

Diagnosen KEB	Ausgefüllt	Beschreibung
Hauptdiagn. (DIAG_OSP)	JA	-
Erste Sekundärdiagn. (CDIAG1_O)	NEIN	-
Zweite Sekundärdiagn. (CDIAG2_O)	NEIN	-
Dritte Sekundärdiagn. (CDIAG3_O)	NEIN	-
Vierte Sekundärdiagn. (CDIAG4_O)	NEIN	-
Fünfte Sekundärdiagn. (CDIAG5_O)	NEIN	-

Diagnosen Datenfluss SDO - R	Ausfüllung
POS_DIAG1	leer
POS_DIAG2	leer
POS_DIAG3	leer

Fall 2:

Im KEB-Datenfluss werden die Hauptdiagnose und die erste Sekundärdiagnose angegeben. Es ist nicht möglich festzustellen, ob es sich um eine ätiologische Diagnose, einen bei der Aufnahme vorhandenen Komplexitätsmarker oder eine frühere Komplikation/Komorbidität handelt.

Diagnosen KEB	Ausgefüllt	Beschreibung
Hauptdiagn. (DIAG_OSP)	JA	-
Erste Sekundärdiagn. (CDIAG1_O)	JA	E oder M oder C
Zweite Sekundärdiagn. (CDIAG2_O)	NEIN	-
Dritte Sekundärdiagn. (CDIAG3_O)	NEIN	-
Vierte Sekundärdiagn. (CDIAG4_O)	NEIN	-
Fünfte Sekundärdiagn. (CDIAG5_O)	NEIN	-

Diagnosen Datenfluss SDO - R	Ausfüllung
POS_DIAG1	E oder M oder C
POS_DIAG2	Lehr
POS_DIAG3	Lehr

Fall 3:

Im KEB-Datenfluss werden die Hauptdiagnose sowie die erste und zweite Sekundärdiagnose angegeben. Es ist nicht möglich die Sekundärdiagnosen zu bestimmen, bzw. ob es sich dabei um ätiologische Diagnosen, oder einen bei der Aufnahme vorhandenen Komplexitätsfaktor oder eine frühere Komplikation/Komorbidität handelt. Die zweite Sekundärdiagnose kann keine ätiologische Diagnose sein, da die ätiologische Diagnose der ersten Sekundärdiagnose entsprechen würde.

Diagnosen Datenfluss KEB	Ausgefüllt	Beschreibung
Hauptdiagn. (DIAG_OSP)	JA	-
Erste Sekundärdiagn. (CDIAG1_O)	JA	E oder M oder C
Zweite Sekundärdiagn. (CDIAG2_O)	JA	M oder C
Dritte Sekundärdiagn. (CDIAG3_O)	NEIN	-
Vierte Sekundärdiagn. (CDIAG4_O)	NEIN	-
Fünfte Sekundärdiagn. (CDIAG5_O)	NEIN	-

Diagnosen Datenfluss SDO - R	Angabe (1. Komb.-Möglichkeit)	Angabe (2. Komb.-Möglichkeit)	Angabe (3. Komb.-Möglichkeit)
POS_DIAG1	E	M	C
POS_DIAG2	M oder C	M oder C	C
POS_DIAG3	leer	leer	leer

Fall 4:

Im KEB -Datenfluss werden die Hauptdiagnose sowie die erste, zweite und dritte Sekundärdiagnosen angegeben. Es ist nicht möglich die Sekundärdiagnosen näher zu bestimmen, bzw. ob es sich dabei um ätiologische Diagnosen, oder einen bei der Aufnahme vorhandenen Komplexitätsfaktor oder eine frühere Komplikation/Komorbidität handelt. Die zweite und dritte Sekundärdiagnose können keine ätiologische Diagnose sein, da die ätiologische Diagnose der ersten Sekundärdiagnose entsprechen würde.

Diagnosen KEB	Ausgefüllt	Beschreibung
Hauptdiagn. (DIAG_OSP)	JA	-
Erste Sekundärdiagn. (CDIAG1_O)	JA	E oder M oder C
Zweite Sekundärdiagn. (CDIAG2_O)	JA	M oder C
Dritte Sekundärdiagn. (CDIAG3_O)	JA	M oder C
Vierte Sekundärdiagn. (CDIAG4_O)	NEIN	-
Fünfte Sekundärdiagn. (CDIAG5_O)	NEIN	-

Diagnosen Datenfluss SDO - R	Angabe (1. Komb.- Möglichkeit)	Angabe (2. Komb.- Möglichkeit)
POS_DIAG1	E	M
POS_DIAG2	M oder C	M oder C
POS_DIAG3	M oder C	C

Fall 5:

Im KEB-Datenfluss werden die Hauptdiagnose sowie die erste, zweite, dritte und vierte Sekundär- diagnose angegeben. Es ist nicht möglich die Sekundär- diagnosen näher zu bestimmen, bzw. ob es sich dabei um ätiologische Diagnosen, einen bei der Aufnahme vorhandenen Komplexitätsfaktor oder eine frühere Komplikation/Komorbidität handelt. Die zweite, dritte und vierte Sekundär- diagnose können keine ätiologische Diagnose sein, da die ätiologische Diagnose der ersten Sekundär- diagnose entsprechen würde. Die vierte Sekundär- diagnose ist definitiv eine Diagnose einer aufge- tretenen Komplikation/vorherigen Komorbidität, da - wenn die ersten drei Sekundär- diagnosen (Ä- tiologie- und Komplexitätsmarker) im SDO-Fluss ausgefüllt sind - die vierte nur eine Diagnose einer aufgetretenen Komplikation/vorherigen Komorbidität sein kann.

Diagnosen KEB	Ausgefüllt	Beschreibung
Hauptdiagn. (DIAG_OSP)	JA	-
Erste Sekundär- diagn. (CDIAG1_O)	JA	E oder M oder C
Zweite Sekundär- diagn. (CDIAG2_O)	JA	M oder C
Dritte Sekundär- diagn. (CDIAG3_O)	JA	M oder C
Vierte Sekundär- diagn. (CDIAG4_O)	JA	C
Fünfte Sekundär- diagn. (CDIAG5_O)	NEIN	-

Diagnosen SDO - R	Datenfluss	Angabe (1. Komb.- Möglichkeit)	Angabe (2. Komb.- Möglichkeit)
POS_DIAG1		E	M
POS_DIAG2		M	M oder C
POS_DIAG3		M oder C	C

Fall 6:

Im KEB-Datenfluss werden die Hauptdiagnose und alle fünf Sekundär- diagnosen angegeben. Der Datenfluss ermöglicht es, die Sekundär- diagnosen näher zu definieren, ob es sich um eine ätiologi- sche Diagnose, einen bei der Aufnahme vorhandenen Komplexitätsmarker oder eine frühere Komplikation/Komorbidität handelt.

Diagnosen KEB		Ausgefüllt	Beschreibung
Hauptdiagn. (DIAG_OSP)		JA	-
Erste (CDIAG1_O)	Sekundärdiag.	JA	E oder M oder C
Zweite (CDIAG2_O)	Sekundärdiag.	JA	M oder C
Dritte (CDIAG3_O)	Sekundärdiag.	JA	M oder C
Vierte (CDIAG4_O)	Sekundärdiag.	JA	C
Fünfte (CDIAG5_O)	Sekundärdiag.	JA	C

Diagnosen Datenfluss SDO - R	Angabe
POS DIAG1	E
POS DIAG2	M
POS DIAG3	M

8. DATENÜBERMITTLUNG

8.1. DATENQUALITÄTSKONTROLLE UND DATENÜBERMITTLUNG AN DAS LAND

Der Sanitätsbetrieb und die privaten Krankenhauseinrichtungen übermitteln die Daten aller Rehabilitations-Aufenthalte der Südtiroler Informatik AG (SIAG) zum Zwecke der Überprüfung der Qualität der übermittelten Daten und ihrer Zurverfügungstellung an die Landesverwaltung, damit diese, wie vom Ministerialdekret Nr. 165 vom 26.10.2023 und von den Technischen Leitlinien des Landes vorgesehen, an das Ministerium übermittelt werden können.

Bevor die Daten in die Datenbank des Landes hochgeladen werden, werden sie einem Kontrollverfahren unterzogen. Daten, die sich bei der Überprüfung als fehlerhaft erweisen, werden erst dann in die Datenbank des Landes aufgenommen, wenn der Sanitätsbetrieb oder die private Krankenhauseinrichtung sie korrigiert hat.

Die letzte Datenübermittlung an SIAG wird als die gültige betrachtet.

8.2. DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM

Das Land übermittelt die Daten über die Südtiroler Informatik AG (SIAG) an das Gesundheitsministerium, und zwar nach den im Ministerialdekret Nr. 165 vom 26.10.2023 angegebenen Verfahren. Die im Rahmen des nationalen Informationssystems festgelegten Fristen müssen eingehalten werden (siehe Punkt 10 der gegenständlichen Leitlinien).

Die Daten werden dem Ministerium mittels einer Datei im XML-Format übermittelt. Das Ministerialdekret enthält ein Beispiel für ein zu verwendendes Validierungs-XSD-Modell.

9. DATENVERARBEITUNG

Die Sicherheitsmaßnahmen und -verfahren, die das SDO-R Informationssystem im Rahmen der Übermittlung und Verarbeitung von Daten vorsieht, um die Einhaltung der geltenden Bestimmungen zum Datenschutz zu gewährleisten, nehmen Bezug auf den „Kodex zum Schutz personenbezogener Daten“, genehmigt mit gesetzesvertretendem Dekret Nr. 196 vom 30/06/2003 i.g.F., sowie auf die Bestimmungen des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 101 vom 10/08/2018, betreffend die Anpassung der nationalen Gesetzgebung an die Bestimmungen der Verordnung (EU) 2016/79 des Europäischen Parlaments und Rates vom 27. April 2016.

10. FRISTEN FÜR DIE ÜBERMITTLUNG DER DATEN

Die Kontrolle der Übermittlungsfristen erfolgt durch die Auswahl aller Daten im KEB-Datensatz auf der Grundlage des Entlassungsdatums, das das Abschlussdatum des Krankenhausentlassungsbogens festsetzt.

Der zum Zeitpunkt der Übermittlung der Daten an das Ministerium angegebene Bezugszeitraum (Jahr-Monat) muss mit dem Jahr-Monat übereinstimmen, in dem die Daten erhoben wurden.

Gemäß dem Ministerialdekret Nr. 165 vom 26.10.2023 müssen die SDO-R Datensätze monatlich innerhalb von 45 Tagen nach dem Zeitraum, in dem diese Aufenthalte erfolgt sind, an das NSIS (Nationale Gesundheitssystem) übermittelt werden. Nach Ablauf dieser Frist stehen weitere 30 Tage zur Verfügung, um Änderungen, Ergänzungen und Stornierungen im Zusammenhang mit der Einreichung zu übermitteln.

Fristen Datenübermittlung SDO-R Datenfluss

Monat der Entlassung aus dem Krankenhausaufenthalt	Zusendungsfrist EDV → SIAG	Zusendungsfrist SIAG → MINISTERIUM
Januar	Innerhalb 10. März	Innerhalb 15. März
Februar	Innerhalb 10. April	Innerhalb 15. April
März	Innerhalb 10. Mai	Innerhalb 15. Mai
April	Innerhalb 10. Juni	Innerhalb 15. Juni
Mai	Innerhalb 10. Juli	Innerhalb 15. Juli
Juni	Innerhalb 10. August	Innerhalb 15. August
Juli	Innerhalb 10. September	Innerhalb 15. September
August	Innerhalb 10. Oktober	Innerhalb 15. Oktober
September	Innerhalb 10. November	Innerhalb 15. November
Oktober	Innerhalb 10. Dezember	Innerhalb 15. Dezember
November	Innerhalb 10. Januar (des darauffolgenden Jahres)	Innerhalb 15. Januar (des darauffolgenden Jahres)
Dezember	Innerhalb 10. Februar (darauffolgendes Jahr)	Innerhalb 15. Februar (des darauffolgenden Jahres)

11. BIBLIOGRAPHIE

- Ministerialdekret Nr. 165/2023, *“Regolamento recante modifiche ed integrazioni al regolamento recante norme concernenti l’aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”*;
- Ministerialdekret Nr. 261/2016, *“Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera”*;
- Beschluss der Landesregierung Nr. 1067/2010, *“Leitlinien für die Verwaltung des Landes-Krankenhausentlassungsbogens”*;
- Beschluss der Landesregierung Nr. 249/2017, *“Genehmigung der Leitlinien für die Verwaltung des neuen Krankenhausentlassungsbogens (N. - S.D.O.) und Anpassung des Informationsflusses S.D.O.-F.I.M.”*;

- Beschluss der Landesregierung Nr. 4053/2003, *“Leitlinien für die Verwaltung des neuen Krankenhausentlassungsbogens“*;
- Gesundheitsministerium (2023), *“Linee Guida per la compilazione e la codifica della SDO in caso di ricoveri in reparti di riabilitazione (cod. 28, 56, 75)“*, Versione 27.10.2023;
- Gesundheitsministerium (2023), *“SDO-R – Scheda di Dimissione Ospedaliera Riabilitazione“*, Versione 4.1;
- Beobachtungsstelle für Gesundheit (2019), *“Technische Leitlinien für die Verwaltung des Neuen Krankenhausentlassungsbogens“*, Version 1.4.



Linee guida

per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera di
Riabilitazione
(SDO-R)

Linee guida per la Scheda di Dimissione Ospedaliera Riabilitazione (SDO-R)

© Edito dalla:
Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige
Ripartizione Salute
Osservatorio per la Salute

Copie disponibili presso:
Ripartizione Salute – Osservatorio per la Salute
Via Canonico Michael Gamper, 1 – 39100 BOLZANO
Tel. 0471 – 418071
e-mail: osservatoriosalute@provincia.bz.it

Scaricabile dal sito internet:
<http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/>

INDICE

	PAG.
1. INTRODUZIONE	4
2. STORIA DEL DOCUMENTO	4
3. DEFINIZIONE.....	4
4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO	5
5. ELENCO DELLE VARIABILI	6
6. SPECIFICAZIONE DELLE VARIABILI	6
7. CODIFICA DELLE DIAGNOSI	10
8. TRASMISSIONE DEI DATI	14
8.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA.....	14
8.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO	14
9. TRATTAMENTO DEI DATI.....	14
10. TERMINI DI INVIO.....	15
11. BIBLIOGRAFIA.....	15

1. INTRODUZIONE

Con il decreto del Ministero della Sanità del 28.12.1991, è stata ufficialmente istituita su tutto il territorio nazionale la procedura informativa “Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)”. 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 26.07.1993 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. La procedura informativa SDO è stata ufficialmente implementata sul territorio provinciale a partire dal 01.01.1994, secondo modalità specificate da “Linee guida provinciali”, approvate con deliberazione G.P. n. 6171 del 04.10.1993. A partire dal 01.04.2004 è entrata in vigore la nuova SDO provinciale, la cui gestione è stata regolamentata con la pubblicazione di Linee guida SDO, approvate con deliberazione G.P. 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 modificatesi nel tempo.

Tuttavia, l’attuale configurazione del tracciato SDO mostra dei limiti nella sua applicazione in ambito riabilitativo, dovuti fondamentalmente al suo contenuto informativo ed ai sistemi di classificazione delle diagnosi e delle procedure utilizzati per la codifica delle informazioni. Ad oggi, le informazioni contenute non sono in grado di fornire una descrizione adeguata del ricovero riabilitativo e di valutarne l’esito. Infatti, non è possibile valutare lo stato funzionale del paziente all’ingresso del ricovero riabilitativo, il fabbisogno riabilitativo, le prestazioni di riabilitazione erogate durante il ricovero e lo stato funzionale del paziente alla dimissione. A partire dal 2019, il Ministero con le Società Scientifiche del settore della riabilitazione, ha definito un percorso, volto alla definizione di un nucleo minimo di contenuti informativi da integrare alla SDO per poter descrivere adeguatamente i ricoveri di riabilitazione ospedaliera (codici disciplina 56, 75 e 28). Tale percorso ha condotto alla definizione del tracciato denominato “Scheda di Dimissione Ospedaliera Riabilitazione (SDO-R)”, istituito con Decreto Ministeriale 165 del 26.10.2023.

2. STORIA DEL DOCUMENTO

VERSIONE	DATA	NOTE / MODIFICHE EFFETTUATE
1.0	01.03.2024	Definizione del tracciato

3. DEFINIZIONE

Il flusso informativo “Scheda di Dimissione Ospedaliera Riabilitazione (SDO-R) integra ed aggiorna le informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), al fine di descrivere in maniera più approfondita i ricoveri presso i seguenti reparti:

- Recupero e Riabilitazione funzionale (codice reparto 56);
- Neuroriabilitazione (codice reparto 75);
- Unità spinale (codice reparto 28).

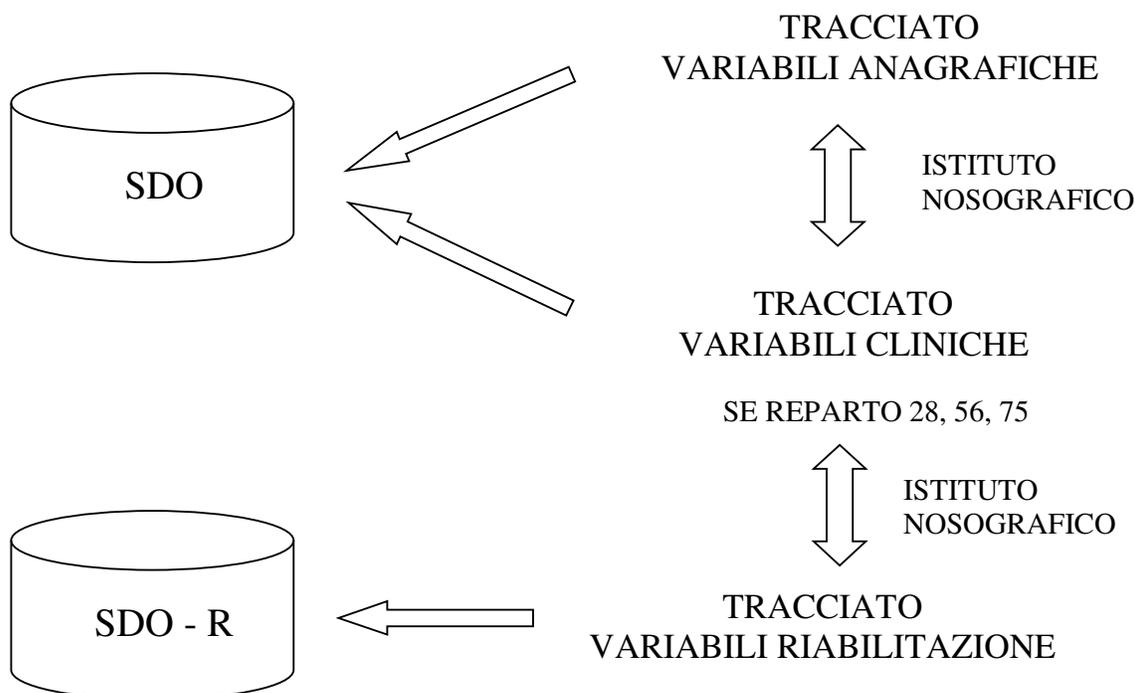
Sono tenuti alla compilazione del flusso SDO-R, gli istituti di ricovero pubblici e privati sia in regime di convenzione con l’Azienda Sanitaria che non convenzionati, che effettuano attività di ricovero presso i reparti di cui sopra.

4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO

Il flusso SDO-R raccoglie le informazioni relative ai ricoveri di riabilitazione. Esso va alimentato, qualora il ricovero sia effettuato presso i reparti con codice 28, 56, o 75; per queste tipologie di ricoveri, il tracciato prevede una serie di informazioni aggiuntive a quelle presenti nella SDO.

I campi relativi al codice istituto e al nosografico del ricovero, che già rappresentavano i campi chiavi per unire i due tracciati (la parte anagrafica e la parte clinica) nella SDO, identificano anche campi chiave per unire il tracciato clinico della SDO con quello specifico della attività riabilitativa (SDO-R), qualora il reparto di ricovero sia uno dei codici 28, 56 o 75. I contenuti informativi del flusso informativo SDO-R sono suddivisi in un unico tracciato.

L'alimentazione del flusso avviene secondo lo schema riportato sotto.



5. ELENCO DELLE VARIABILI

Tracciato SDO-R

1. Tipo trasmissione (campo tecnico)
2. Istituto/Presidio Ospedaliero
3. Numero della scheda di dimissione ospedaliera - Nosografico
4. Provenienza del paziente
5. Modalità di uscita/dimissione
6. Posizione prima diagnosi secondaria
7. Posizione seconda diagnosi secondaria
8. Posizione terza diagnosi secondaria
9. Scala di Rankin
10. Indice di Barthel (ingresso)
11. Indice di Barthel (dimissione)
12. Scala di Barthel-Dispnea (ingresso)
13. Scala di Barthel-Dispnea (dimissione)
14. Test del cammino dei 6 minuti (ingresso)
15. Test del cammino dei 6 minuti (dimissione)
16. Scala Glasgow Coma (ingresso)
17. Scala Glasgow Coma (dimissione)
18. Scala Coma Glasgow Extended (ingresso)
19. Scala Coma Glasgow Extended (dimissione)
20. Scala Level of Cognitive Functioning (ingresso)
21. Scala Level of Cognitive Functioning (dimissione)
22. American Spinal Injury Association (ingresso)
23. American Spinal Injury Association (dimissione)
24. Spinal Cord Independence Measure (ingresso)
25. Spinal Cord Independence Measure (dimissione)
26. Rehabilitation Complexity Scale Extended (ingresso)
27. Rehabilitation Complexity Scale Extended (dimissione)

6. SPECIFICAZIONE DELLE VARIABILI

1. Tipo trasmissione (TRASMISSIONE)

Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate. I valori ammessi sono:

I = Inserimento (trasmissione di informazioni nuove o per la trasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione);

V = Variazione (trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione);

C = Cancellazione (trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione).

Il campo è obbligatorio.

2. Istituto/presidio ospedaliero (ISTITUTO)

Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti dai modelli ministeriali HSP.11, HSP.11 bis (codici di cui al D.M. 05.12.2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità del 23.12.1996, detto codice è composto di 8 caratteri, dei quali i primi 3 identificano la Provincia (Provincia di Bolzano '041' - ai sensi del decreto del Ministro della sanità), i successivi 3 sono costituiti da un progressivo numerico all'interno della Provincia, mentre i rimanenti 2 non vengono utilizzati in quanto costituiscono un ulteriore progressivo che individuerrebbe le singole strutture del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP 11-bis, ma non presenti nella Provincia di Bolzano.

Il campo è obbligatorio.

3. Numero della scheda di dimissione ospedaliera – Nosografico (NOSOGRAF)

Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. Il codice da utilizzare è articolato in 10 caratteri di cui i primi 4 identificano l'anno di ricovero; gli altri 6 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.

Il campo è obbligatorio.

4. Provenienza del paziente (PROVENIE RIAB)

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

Per la compilazione si consideri la seguente tabella:

Modalità presente nel flusso SDO	Modalità di compilazione in SDO-R
1 = ricovero al momento della nascita	campo vuoto
2 = Pronto Soccorso	campo vuoto
3 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico	campo vuoto
4 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura	campo vuoto
5 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico	1 = acuti 2 = riabilitazione 3 = lungodegenza
6 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato	1 = acuti 2 = riabilitazione 3 = lungodegenza
7 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato	1 = acuti 2 = riabilitazione 3 = lungodegenza
8 = 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 di cura	1 = acuti 2 = riabilitazione 3 = lungodegenza
9 = Carcere	campo vuoto
0 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socioassistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)	4 = RSA 5 = Hospice 6 = Strutture psichiatriche 7 = Strutture residenziali di riabilitazione (compreso ex. art. 26) 8 = altro
S = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso	campo vuoto
O = provenienza OBI	campo vuoto
A = Altro	campo vuoto

5. Modalità di uscita/dimissione (MOD DIM RIAB)

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

Per la compilazione si consideri la seguente tabella:

Modalità presente nel flusso SDO	Modalità di compilazione in SDO-R
1 = deceduto	campo vuoto
2 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente	1 = senza prosecuzione

Modalità presente nel flusso SDO	Modalità di compilazione in SDO-R
	di riabilitazione 2 = con attivazione riabilitazione ambulatoriale 3 = con attivazione riabilitazione domiciliare 4 = con attivazione di altro regime di ricovero (DH)
3 = dimissione ordinaria presso strutture extraospedaliere (RSA, case di riposo, centri di degenza, case protette, ...)	campo vuoto
4 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	campo vuoto
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)	campo vuoto
6 = trasferito ad altro istituto di cura pubblico o privato per acuti	campo vuoto
8 = dimissione ordinaria ai reparti '56.01' o '60.01' o '60.02' o '75.01' ubicati all'interno della stessa struttura	campo vuoto
9 = dimissione ordinaria ai reparti '56.01' o '60.01' o '60.02' o '75.01' ubicati in altra struttura	campo vuoto
10 = dimissione ordinaria presso struttura di riabilitazione extraospedaliere in regime residenziale	campo vuoto
11 = dimissione ordinaria con attivazione dei servizi territoriali	5 = senza riabilitazione domiciliare 6 = con riabilitazione domiciliare
12 = trasferito ad altro regime di ricovero (da diurno ad ordinario o viceversa)	campo vuoto

6. Posizione prima diagnosi secondaria (POS DIAG1)

Indica, in riferimento ai criteri di codifica posizionale delle diagnosi, la posizione assegnata alla prima diagnosi secondaria trasmesse con il flusso SDO. Per la compilazione si veda il paragrafo 7.

I codici da utilizzare sono:

E = Diagnosi Eziologica;

M = Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all'ammissione;

C = Complicanza clinica insorta o comorbidità pregressa.

7. Posizione seconda diagnosi secondaria (POS DIAG2)

Indica, in riferimento ai criteri di codifica posizionale delle diagnosi, la posizione assegnata alla seconda diagnosi secondaria trasmesse con il flusso SDO. Per la compilazione si veda il paragrafo 7.

I codici da utilizzare sono:

M = Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all'ammissione;

C = Complicanza clinica insorta o comorbidità pregressa.

8. Posizione terza diagnosi secondaria (POS DIAG3)

Indica, in riferimento ai criteri di codifica posizionale delle diagnosi, la posizione assegnata alla terza diagnosi secondaria trasmesse con il flusso SDO. Per la compilazione si veda il paragrafo 7.

I codici da utilizzare sono:

M = Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all'ammissione;

C = Complicanza clinica insorta o comorbidità pregressa.

9. Scala di Rankin (RANKIN)

Indica il valore della scala di Rankin.

I valori ammessi sono da 0 a 5, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 56, 75 e 28.

10. Indice di Barthel all'ingresso (BARTHEL ING)

Indica il valore dell'indice di Barthel (versione italiana 2015 a punteggi scomposti) all'ammissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 0 a 100, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 56, 75 e 28.

11. Indice di Barthel all'uscita (BARTHEL DIM)

Indica il valore dell'indice di Barthel (versione italiana 2015 a punteggi scomposti) alla dimissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 0 a 100, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 56, 75 e 28.

12. Scala di Barthel-Dispnea all'ingresso (BARTHEL DISP ING)

Indica il valore della scala di Barthel-Dispnea all'ammissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 0 a 100, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni, per codice reparto 56.

13. Scala di Barthel-Dispnea all'uscita (BARTHEL DISP DIM)

Indica il valore della scala di Barthel-Dispnea alla dimissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 0 a 100, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni, per codice reparto 56.

14. Test del cammino dei 6 minuti all'ingresso (6MWT ING)

Indica il valore del test del cammino dei 6 minuti all'ammissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 0 a 999, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni, per codice reparto 56.

15. Test del cammino dei 6 minuti all'uscita (6MWT DIM)

Indica il valore del test del cammino dei 6 minuti alla dimissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 0 a 999, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni, per codice reparto 56.

16. Scala Glasgow Coma all'ingresso (GCS ING)

Indica il valore della scala Glasgow Coma all'ammissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 3 a 15, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 75.

17. Scala Glasgow Coma all'uscita (GCS DIM)

Indica il valore della scala Glasgow Coma alla dimissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 3 a 15, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 75.

18. Scala Glasgow Coma Extended all'ingresso (GOSE ING)

Indica il valore della scala Glasgow Coma Extended all'ammissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 1 a 8, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 75.

19. Scala Glasgow Coma Extended all'uscita (GOSE DIM)

Indica il valore della scala Glasgow Coma Extended alla dimissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 1 a 8, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 75.

20. Scala Level of Cognitive Functioning all'ingresso (LCF ING)

Indica il valore della scala Level of Cognitive Functioning all'ammissione del ricovero. I valori ammessi sono da 1 a 8, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 75.

21. Scala Level of Cognitive Functioning all'uscita (LCF DIM)

Indica il valore della scala Level of Cognitive Functioning alla dimissione del ricovero. I valori ammessi sono da 1 a 8, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 75.

22. ASIA all'ingresso (ASIA ING)

Indica il valore dell'American Spinal Injury Association (ASIA, versione 2019) all'ammissione del ricovero.

Il formato è composto da 4 caratteri:

C, T, L o S in prima posizione;

da 01 a 12 in seconda e terza posizione;

A, B, C, D o E in quarta posizione.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 28.

23. ASIA all'uscita (ASIA DIM)

Indica il valore dell'American Spinal Injury Association (ASIA, versione 2019) alla dimissione del ricovero.

Il formato è composto da 4 caratteri:

C, T, L o S in prima posizione;

da 01 a 12 in seconda e terza posizione;

A, B, C, D o E in quarta posizione.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 28.

24. Spinal Cord Independence Measure all'ingresso (SCIM ING)

Indica il valore della Spinal Cord Independence Measure (versione 3 del 2022) all'ammissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 0 a 100, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 28.

25. Spinal Cord Independence Measure all'uscita (SCIM DIM)

Indica il valore della Spinal Cord Independence Measure (versione 3 del 2022) alla dimissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 0 a 100, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con età uguale o superiore a 18 anni e per codice reparto 28.

26. Rehabilitation Complexity Scale Extended all'ingresso (RCS ING)

Indica il valore della Rehabilitation Complexity Scale Extended (versione 13) all'ammissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 0 a 26, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per codice reparto 56, 75 e 28.

27. Rehabilitation Complexity Scale Extended all'uscita (RCS DIM)

Indica il valore della Rehabilitation Complexity Scale Extended (versione 13) alla dimissione del ricovero.

I valori ammessi sono da 0 a 26, inclusi gli estremi.

Il campo è obbligatorio per codice reparto 56, 75 e 28.

7. CODIFICA DELLE DIAGNOSI

Attualmente il flusso informativo SDO prevede la compilazione di un campo diagnosi principale, di 5 campi diagnosi secondarie e fino a 11 campi per procedure/interventi. Le regole di codifica per i ricoveri riabilitativi definiscono le diagnosi secondo la tabella seguente:

Diagnosi	Descrizione
Principale	Sindrome funzionale, postumi/esiti, menomazione/disabilità
Prima diagnosi secondaria	Diagnosi eziologica principale determinante la sindrome funzionale
Seconda diagnosi secondaria	Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all'ammissione
Terza diagnosi secondaria	Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all'ammissione
Quarta diagnosi secondaria	Complicanze cliniche insorte o comorbidità pregresse riacutizzate durante il ricovero o marcatori di complessità "malattia specifici" o menomazioni-disabilità coesistenti
Quinta diagnosi secondaria	Complicanze cliniche insorte o comorbidità pregresse riacutizzate durante il ricovero o marcatori di complessità "malattia specifici" o menomazioni-disabilità coesistenti

Il flusso informativo SDO richiede la compilazione delle diagnosi sulla base della posizione progressiva sequenziale dei campi (diagnosi principale, prima diagnosi secondaria, seconda diagnosi secondaria, terza diagnosi secondaria, quarta diagnosi secondaria, quinta diagnosi secondaria). qualora non fosse riportata una delle diagnosi secondarie dalla seconda alla quinta posizione, il flusso non consente la presenza di un campo diagnosi vuoto, tra altri due compilati; ciò determina uno scorrimento verso sinistra delle diagnosi secondarie compilate (es. da seconda diagnosi secondaria a prima). Conseguentemente ci potrebbe essere un'errata interpretazione del significato della diagnosi, definito dalle nuove regole di codifica. Si rende quindi necessario una regola di transcodifica delle diagnosi nel flusso SDO-R.

Sia:

E = diagnosi eziologica

M = Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all'ammissione

C = Complicanza clinica insorta o comorbidità pregressa

POS_DIAG1 = posizione della prima diagnosi secondaria nel flusso SDO-R

POS_DIAG2 = posizione della seconda diagnosi secondaria nel flusso SDO-R

POS_DIAG3 = posizione della terza diagnosi secondaria nel flusso SDO-R

Caso 1:

Nel flusso SDO è compilata solo la diagnosi principale.

Diagnosi flusso SDO	Compilata	Descrizione
Principale (DIAG_OSP)	SI	-
Prima diagnosi secondaria (CDIAG1_O)	NO	-
Seconda diagnosi secondaria (CDIAG2_O)	NO	-
Terza diagnosi secondaria (CDIAG3_O)	NO	-
Quarta diagnosi secondaria (CDIAG4_O)	NO	-
Quinta diagnosi secondaria (CDIAG5_O)	NO	-

Diagnosi flusso SDO - R	Valore
POS_DIAG1	Vuoto
POS_DIAG2	Vuoto
POS_DIAG3	Vuoto

Caso 2:

Nel flusso SDO è compilata la diagnosi principale e la prima diagnosi secondaria. Il flusso non consente di stabilire se si tratta di diagnosi eziologica, marcatore di complessità presente all'ammissione o complicanza insorta/comorbidità pregressa.

Diagnosi flusso SDO	Compilata	Descrizione
Principale (DIAG_OSP)	SI	-
Prima diagnosi secondaria (CDIAG1_O)	SI	E o M o C
Seconda diagnosi secondaria (CDIAG2_O)	NO	-
Terza diagnosi secondaria (CDIAG3_O)	NO	-
Quarta diagnosi secondaria (CDIAG4_O)	NO	-
Quinta diagnosi secondaria (CDIAG5_O)	NO	-

Diagnosi flusso SDO - R	Valore
POS_DIAG1	E o M o C
POS_DIAG2	Vuoto
POS_DIAG3	Vuoto

Caso 3:

Nel flusso SDO è compilata la diagnosi principale, la prima e la seconda diagnosi secondaria. Il flusso non consente di stabilire per le diagnosi secondarie, se si tratti di diagnosi eziologica, marcatore di complessità presente all'ammissione o complicanza insorta/comorbidità pregressa. La seconda diagnosi secondaria non può essere eziologica, poiché qualora fosse presente la diagnosi eziologica verrebbe associata alla prima diagnosi secondaria.

Diagnosi flusso SDO	Compilata	Descrizione
Principale (DIAG_OSP)	SI	-
Prima diagnosi secondaria (CDIAG1_O)	SI	E o M o C
Seconda diagnosi secondaria (CDIAG2_O)	SI	M o C
Terza diagnosi secondaria (CDIAG3_O)	NO	-
Quarta diagnosi secondaria (CDIAG4_O)	NO	-
Quinta diagnosi secondaria (CDIAG5_O)	NO	-

Diagnosi flusso SDO - R	Valore (1° combinazione)	Valore (2° combinazione)	Valore (3° combinazione)
POS_DIAG1	E	M	C
POS_DIAG2	M o C	M o C	C
POS_DIAG3	Vuoto	Vuoto	Vuoto

Caso 4:

Nel flusso SDO è compilata la diagnosi principale, la prima, la seconda e la terza diagnosi secondaria. Il flusso non consente di stabilire per le diagnosi secondarie, se si tratti di diagnosi eziologica, marcatore di complessità presente all'ammissione o complicanza insorta/comorbidità pregressa. La

seconda e terza diagnosi secondaria non possono essere eziologiche, poiché qualora fosse presente la diagnosi eziologica verrebbe assegnata alla prima diagnosi secondaria.

Diagnosi flusso SDO	Compilata	Descrizione
Principale (DIAG_OSP)	SI	-
Prima diagnosi secondaria (CDIAG1_O)	SI	E o M o C
Seconda diagnosi secondaria (CDIAG2_O)	SI	M o C
Terza diagnosi secondaria (CDIAG3_O)	SI	M o C
Quarta diagnosi secondaria (CDIAG4_O)	NO	-
Quinta diagnosi secondaria (CDIAG5_O)	NO	-

Diagnosi flusso SDO - R	Valore (1° combinazione)	Valore (2° combinazione)
POS_DIAG1	E	M
POS_DIAG2	M o C	M o C
POS_DIAG3	M o C	C

Caso 5:

Nel flusso SDO è compilata la diagnosi principale, la prima, la seconda, la terza e la quarta diagnosi secondaria. Il flusso non consente di stabilire per le diagnosi secondarie, se si tratti di diagnosi eziologica, marcatore di complessità presente all'ammissione o complicanza insorta/comorbidità pregressa. La seconda, terza e quarta diagnosi secondaria non può essere eziologica, poiché qualora fosse presente la diagnosi eziologica verrebbe assegnata alla prima diagnosi secondaria. La quarta diagnosi è sicuramente una diagnosi di complicanza insorta/comorbidità pregressa, poiché qualora fossero compilate nel flusso della SDO le prime tre diagnosi secondarie (eziologica e marcatori di complessità), allora la quarta non può che essere una diagnosi di complicanza insorta/comorbidità pregressa.

Diagnosi flusso SDO	Compilata	Descrizione
Principale (DIAG_OSP)	SI	-
Prima diagnosi secondaria (CDIAG1_O)	SI	E o M o C
Seconda diagnosi secondaria (CDIAG2_O)	SI	M o C
Terza diagnosi secondaria (CDIAG3_O)	SI	M o C
Quarta diagnosi secondaria (CDIAG4_O)	SI	C
Quinta diagnosi secondaria (CDIAG5_O)	NO	-

Diagnosi flusso SDO - R	Valore (1° combinazione)	Valore (2° combinazione)
POS_DIAG1	E	M
POS_DIAG2	M	M o C
POS_DIAG3	M o C	C

Caso 6:

Nel flusso SDO è compilata la diagnosi principale e tutte le cinque diagnosi secondarie. Il flusso consente di stabilire per le diagnosi secondarie, se si tratti di diagnosi eziologica, marcatore di complessità presente all'ammissione o complicanza insorta/comorbidità pregressa.

Diagnosi flusso SDO	Compilata	Descrizione
Principale (DIAG_OSP)	SI	-
Prima diagnosi secondaria (CDIAG1_O)	SI	E o M o C
Seconda diagnosi secondaria (CDIAG2_O)	SI	M o C
Terza diagnosi secondaria (CDIAG3_O)	SI	M o C
Quarta diagnosi secondaria (CDIAG4_O)	SI	C
Quinta diagnosi secondaria (CDIAG5_O)	SI	C

Diagnosi flusso SDO - R	Valore
POS_DIAG1	E
POS_DIAG2	M
POS_DIAG3	M

8. TRASMISSIONE DEI DATI

8.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA

L'Azienda Sanitaria e le case di cura private invieranno, tutti i dati relativi a ciascun ricovero riabilitativo alla Società Informatica Alto Adige S.p.A., in modo che gli stessi possano essere controllati e poi messi a disposizione della Provincia per l'invio al Ministero come previsto dal Decreto Ministeriale 165 del 26.10.2023 e come documentato nelle Specifiche tecniche provinciali, previste dalla presente deliberazione, recanti istruzioni per la compilazione della SDO-R.

I dati prima di essere caricati nella banca dati provinciale, vengono sottoposti ad una procedura di controllo. I dati che a fronte del controllo risultino errati, non vengono caricati nella banca dati provinciale, finché non venga provveduto alla loro correzione.

L'ultimo invio di dati dei tracciati a SIAG viene considerato quello valido.

8.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO

La Provincia, attraverso la Società Informatica Alto Adige S.p.A., invia al Ministero della Salute, secondo le modalità indicate dal Decreto ministeriale n. 165 del 26.10.2023. Devono essere rispettate le tempistiche stabilite nell'ambito del Sistema Informativo Nazionale (vedasi punto 10 delle presenti Linee guida).

L'invio dei dati al Ministero avviene attraverso un file in formato XML. Lo stesso Decreto ministeriale definisce un esempio di schema XSD di convalida a cui fare riferimento.

9. TRATTAMENTO DEI DATI

Le modalità e le procedure di sicurezza, previste dal sistema informativo SDO-R nell'ambito della trasmissione e del trattamento dei dati, al fine di garantire il rispetto della privacy secondo la normativa vigente, fanno riferimento al "Codice in materia di protezione dei dati personali", di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche ed alle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 per l'adeguamento della normativa nazionale a quanto disposto dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016.

10. TERMINI DI INVIO

I controlli sui termini di invio saranno effettuati selezionando tutti i dati del Tracciato SDO, sulla base della data di dimissione, che rappresenta la chiusura della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Il periodo di riferimento (anno-mese) dichiarato al momento dell’invio dei dati al Ministero dovrà essere coerente con l’anno-mese di rilevazione dei dati inviati.

Secondo quanto indicato nel D.M. 165 del 26.10.2023, le informazioni relative al tracciato SDO-R dovranno essere trasmesse a NSIS con cadenza mensile entro 45 giorni successivi al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli stessi. Passata tale scadenza, si avranno altri 30 giorni di tempo per inviare variazioni, integrazioni e cancellazioni relative all’invio.

Termini di invio per il Tracciato SDO-R

Periodo di riferimento delle informazioni	Data scadenza invio definitivo CED → SIAG	Data scadenza invio definitivo SIAG → MINISTERO
Gennaio	Entro il 10 marzo	Entro il 15 marzo
Febbraio	Entro il 10 aprile	Entro il 15 aprile
Marzo	Entro il 10 maggio	Entro il 15 maggio
Aprile	Entro il 10 giugno	Entro il 15 giugno
Maggio	Entro il 10 luglio	Entro il 15 luglio
Giugno	Entro il 10 agosto	Entro il 15 agosto
Luglio	Entro il 10 settembre	Entro il 15 settembre
Agosto	Entro il 10 ottobre	Entro il 15 ottobre
Settembre	Entro il 10 novembre	Entro il 15 novembre
Ottobre	Entro il 10 dicembre	Entro il 15 dicembre
Novembre	Entro il 10 gennaio (anno successivo)	Entro il 15 gennaio (anno successivo)
Dicembre	Entro il 10 febbraio (anno successivo)	Entro il 15 febbraio (anno successivo)

11. BIBLIOGRAFIA

- Decreto Ministeriale 165/2023, “Regolamento recante modifiche ed integrazioni al regolamento recante norme concernenti l’aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”;
- Decreto Ministeriale 261/2016, “Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera”;
- Deliberazione Giunta Provinciale 1067/2010, “Linee Guida per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera provinciale”;
- Deliberazione Giunta Provinciale 249/2017, “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.”;
- Deliberazione Giunta Provinciale 4053/2003, “Linee Guida per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera”;
- Ministero della Salute (2023), “Linee Guida per la compilazione e la codifica della SDO in caso di ricoveri in reparti di riabilitazione (cod. 28, 56, 75)”, Versione 27.10.2023;

- Ministero della Salute (2023), *“SDO-R – Scheda di Dimissione Ospedaliera Riabilitazione”*, Versione 4.1;
- Osservatorio per la Salute (2019), *“Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera”*, Versione 1.4.

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93 und L.G. 6/22 über die fachliche, verwaltungsmäßige und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93 e della L.P. 6/22 sulla responsabilità tecnica, amministrativa e contabile

Der Ressortdirektor / Il Direttore di dipartimento
Die Abteilungsdirektorin / La Direttrice di ripartizione
Die Amtsdirektorin / La Direttrice d'ufficio

MAYR MICHAEL
SCHROTT LAURA
MELANI CARLA

20/03/2024 09:44:13
19/03/2024 17:07:39
19/03/2024 17:03:06

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

La presente delibera non dà luogo a impegno di spesa.
Dieser Beschluss beinhaltet keine Zweckbindung

zweckgebunden

impegnato

als Einnahmen ermittelt

accertato in entrata

auf Kapitel

sul capitolo

Vorgang

operazione

Der Direktor des Amtes für Ausgaben

20/03/2024 11:00:27
CASTLUNGER LUDWIG

Il Direttore dell'Ufficio spese

Der Direktor des Amtes für Finanzaufsicht

Il Direttore dell'Ufficio Vigilanza finanziaria

Der Direktor des Amtes für Einnahmen

Il Direttore dell'Ufficio entrate

Diese Abschrift entspricht dem Original

Per copia conforme all'originale

Datum / Unterschrift

data / firma

Abschrift ausgestellt für

Copia rilasciata a



Der Landeshauptmann
Il Presidente

KOMPATSCHER ARNO

26/03/2024

Die Vizeregenssekretärin
La Vice Segretaria Generale

MARKART MARION

26/03/2024

Es wird bestätigt, dass diese analoge Ausfertigung, bestehend - ohne diese Seite - aus 40 Seiten, mit dem digitalen Original identisch ist, das die Landesverwaltung nach den geltenden Bestimmungen erstellt, aufbewahrt, und mit digitalen Unterschriften versehen hat, deren Zertifikate auf folgende Personen lauten:

nome e cognome: Arno Kompatscher

Si attesta che la presente copia analogica è conforme in tutte le sue parti al documento informatico originale da cui è tratta, costituito da 40 pagine, esclusa la presente. Il documento originale, predisposto e conservato a norma di legge presso l'Amministrazione provinciale, è stato sottoscritto con firme digitali, i cui certificati sono intestati a:

nome e cognome: Marion Markart

Die Landesverwaltung hat bei der Entgegennahme des digitalen Dokuments die Gültigkeit der Zertifikate überprüft und sie im Sinne der geltenden Bestimmungen aufbewahrt.

Ausstellungsdatum

26/03/2024

Diese Ausfertigung entspricht dem Original

L'Amministrazione provinciale ha verificato in sede di acquisizione del documento digitale la validità dei certificati qualificati di sottoscrizione e li ha conservati a norma di legge.

Data di emanazione

Per copia conforme all'originale

Datum/Unterschrift

Data/firma