

**Direzione Generale Tutela per la Salute
e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale**

Specifiche Tecniche

Prestazioni di Ricovero Ospedaliero

(Decreto Ministero Salute 7 Dicembre 2016 n. 261)

Versione 1.0	
Redatto da	Dott. Egidio Celentano – Referente regionale Flusso SDO (So.Re.Sa.) Ing. Fabio Di Carluccio – Dirigente UOD 20 – DG Tutela della Salute Dott.ssa Roberta Giordana - (So.Re.Sa.)

Sommario

Introduzione al documento

Riferimenti normativi e documentali

Informazioni funzionali relative ai tracciati

Schede di riferimento

Appendice I – Linee guida alla codifica ICD-IX-CM

Modello di scheda di dimissione dei ricoveri ospedalieri in Campania

INTRODUZIONE AL DOCUMENTO

Obiettivi del documento

Questo documento definisce le specifiche tecniche del flusso informativo e le regole di compilazione delle voci delle schede di dimissione ospedaliera (di seguito SDO) previste per alimentare l'archivio dei dati di ricovero dei dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati.

La disciplina di questo flusso informativo è orientata ad adeguare il contenuto della SDO alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria, fornendo in particolare la struttura e la sintassi dei tracciati, previsti al momento in formato *testo*, nonché i controlli di merito sulla qualità, completezza e coerenza dei dati.

Ambito di rilevazione del flusso informativo

L'archivio delle SDO della regione Campania è alimentato con le informazioni dei ricoveri ospedalieri di tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati, così come definito all'art. 1 del Decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni, recante "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati" e ribadito dal Decreto del Ministro della Salute 07 dicembre 2016, n. 261.

Ricoveri ospedalieri

Di seguito si elencano le attività di assistenza ospedaliera che devono essere rendicontate nella SDO:

Ricovero in regime ordinario per acuti: include tutte le prestazioni assistenziali erogate ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata nel corso della giornata, osservazione medico-infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse.

Ricovero diurno in day surgery: comprende l'insieme delle prestazioni assistenziali necessarie per l'esecuzione programmata di interventi chirurgici o di procedure invasive che, per complessità di esecuzione, durata dell'intervento, rischi di complicazioni e condizioni sociali e logistiche del paziente e dei suoi accompagnatori, sono eseguibili in sicurezza nell'arco della giornata, senza necessità di osservazione post-operatoria prolungata e, comunque, senza osservazione notturna. Oltre all'intervento chirurgico o alla procedura invasiva sono garantite le prestazioni propedeutiche e successive, l'assistenza medico-infermieristica e la sorveglianza infermieristica fino alla dimissione.

Ricovero in day hospital di tipo medico: comprende le prestazioni assistenziali programmabili, appartenenti a branche specialistiche diverse, volte ad affrontare patologie o problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico, terapia, accertamenti clinici, diagnostici o strumentali, nonché assistenza medico infermieristica prolungata, non eseguibili in ambulatorio. L'attività di day hospital si articola in uno o più accessi di durata limitata ad una sola parte della giornata, senza necessità di pernottamento.

Sono inoltre previste ulteriori forme di ricovero ospedaliero per le persone non assistibili in day hospital o in ambito extraospedaliero. In tali ambiti sono erogate le seguenti prestazioni assistenziali o nella fase immediatamente successiva ad un ricovero ordinario per acuti ovvero a un episodio di riacutizzazione di una patologia disabilitante:

- a) prestazioni di **riabilitazione intensiva** diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata dell'intervento;
- b) prestazioni di **riabilitazione estensiva** a soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore;
- c) prestazioni di **lungodegenza post-acuzie** a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative.

La SDO è parte integrante della cartella clinica di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

La SDO assume quindi le medesime valenze di carattere medico-legale della cartella clinica, comprensive dell'obbligo di conservazione della documentazione cartacea o di suo equivalente documento digitale, e tutte le informazioni contenute in essa devono trovare valida e completa documentazione analitica nelle corrispondenti cartelle cliniche, la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato.

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

Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura e coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura: essa ha inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura (alla prenotazione se il ricovero è programmato), segue il paziente nel suo percorso all'interno dell'istituto di cura ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura. L'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura (così come identificato nel modello HSP.11) non deve obbligatoriamente comportare la sua dimissione e successiva riammissione.

Il **numero identificativo**, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura. Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.

In **caso di ricovero diurno**, la cartella clinica e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero ciclo di trattamento; ogni singolo accesso giornaliero del paziente è conteggiato come giornata di degenza e la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. La cartella clinica di un ricovero diurno e la corrispondente SDO devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre

di ciascun anno, e, per i cicli di trattamento in DH che dovessero proseguire l'anno successivo, sarà necessario aprire una nuova cartella clinica e ad una nuova SDO.

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

RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto del Ministro della Sanità del 28 dicembre 1991: Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera

Linee Guida del Ministero della Sanità del 17 giugno 1992: La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex DM 28.12.1991

Decreto del Ministro della Sanità del 26 luglio 1993: Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati

Decreto del Ministro della Sanità del 15 aprile 1993: Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera

Decreto del Ministro della Sanità del 14 dicembre 1994: Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera

Circolare del Ministero della Sanità n. 900.2/2.7/117 del 14/3/1996: Registro operatorio.

Decreto del Ministro della Sanità del 30 giugno 1997: Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al DM 14 dicembre 1994

Ministero della Sanità – GU 29 giugno 1995 - Linee di guida n. 1/95 - applicazione del DM 14 dicembre 1994 relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”

Decreto del Ministro della Sanità n. 380 del 27 ottobre 2000: Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001: Definizione dei livelli essenziali di assistenza

Circolare del Ministero della Salute n. 34703 del 23 ottobre 2008: Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 18 dicembre 2008: Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere

Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009: Controlli sulle cartelle cliniche

Legge n. 38 del 15 marzo 2010: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

Accordo Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome del 29 aprile 2010: Aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera

Decreto del Ministero della Salute n. 135 del 8 luglio 2010: Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380

Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012: Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale

Intesa conferenza Stato Regioni n. 259 del 20/12/2012: "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento"

Decreto del Ministro della Salute n. 261 del 07 dicembre 2016: "Regolamento recante modifiche del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni concernente la scheda di dimissione ospedaliera"

Specifiche funzionali SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera Versione 1.6 - 22 febbraio 2017 2016

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 835 del 23 febbraio 2001: Aggiornamento delle norme concernenti la disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati della Regione Campania

Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 1154 del 16 marzo 2001: Gestione del flusso informativo delle SDO

Circolare dell'Assessore alla Sanità n. 7541 del 27 giugno 2001: Nuova disciplina del flusso informativo sui dimessi SDO - Ulteriori specifiche tecniche

Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 6490 del 30 novembre 2001: Direttive concernenti l'attività di assistenza ospedaliera in regime di day surgery

Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 6472 del 3 dicembre 2002: Aggiornamento del disciplinare tecnico per la gestione delle informazioni rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera

Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 114 del 17 gennaio 2003: Modifiche alla Delibera di Giunta regionale 6490/2001 "Direttive concernenti le attività di assistenza ospedaliera in regime di day surgery

Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 547 del 30 marzo 2007: Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri - Adeguamento delle soglie massime di ricovero ai sensi dell'allegato 2C del DPCM 20.11.2001 - Livelli Essenziali di Assistenza - Istituzione del modello organizzativo del Day Service

Decreto del Commissario ad Acta n. 58 del 30 settembre 2010: Definizione soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna

Decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 17 gennaio 2011: Adozione linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione delle SDO

Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 271 del 12 giugno 2012: Piano regionale per il governo delle liste di attesa

Decreto del Commissario ad Acta n. 32 del 27 marzo 2013: Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 in materia di criteri e tariffe dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica ambulatoriale – Determinazioni

Decreto del Commissario ad Acta n. 17 del 20 marzo 2014: Definizione Linee guida per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricovero. Revoca del decreto del commissario ad acta n. 58 del 30.09.2010

Decreto del Commissario ad Acta n. 89 del 08 agosto 2016: Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati – Determinazioni.

INFORMAZIONI FUNZIONALI RELATIVE AI TRACCIATI

Le informazioni contenute nella SDO devono essere archiviate su supporto informatico secondo le regole indicate nel presente documento e trasferite negli archivi regionali delle dimissioni ospedaliere con le modalità riportate di seguito.

Dagli uffici SDO aziendali i dati contenuti nelle schede di dimissione ospedaliera devono essere inviati all'archivio regionale esclusivamente in modalità elettronica, in tre tracciati separati, definiti ANA – che contiene le informazioni di carattere anagrafico, SAN – con le informazioni relative al ricovero e TRE – con le informazioni aggiuntive previste dal Decreto del Ministro della Salute 07 dicembre 2016 n. 261. I dati anagrafici e sanitari sono archiviati separatamente ed i dati sanitari sono trattati con tecniche crittografiche.

Per ciascun campo dei tracciati record si indicano definizioni e caratteristiche e, in particolare, se ne identificano le regole di compilazione, il tipo del campo, la modalità di riempimento, le schede di riferimento.

Regole di compilazione - assume uno dei seguenti valori:

OBBLIGATORIO – codice OBB

Individua i campi che devono **sempre** essere compilati. La non compilazione di un campo obbligatorio comporta lo scarto del record.

Il valore da inserire nel campo deve essere scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede di riferimento.

NON OBBLIGATORIO – codice NOB

Individua i campi che possono non essere compilati. La compilazione di questi campi è considerata un debito informativo da rispettare, ma non essenziale nella rendicontazione della prestazione.

OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP

Individua quei campi, la cui compilazione è obbligatoria, se i dati registrati in campi associati richiedono specificazioni, altrimenti devono presentarsi vuoti (valorizzati a "spazio" o tutti zeri secondo il tipo di campo).

Tipo del campo - assume uno dei valori alfanumerico - numerico come di seguito specificato:

ALFANUMERICO – codice AN

Questi campi contengono caratteri alfanumerici, devono essere sempre allineati a sinistra e completati a destra per le rimanenti posizioni con il carattere "spazio".

es: in un campo lungo 10 caratteri, il valore "abCd" deve essere registrato come "abCd ".

Nel caso di **assenza di informazione** inserire un numero di **blank** (spazi) uguale alla lunghezza del campo o, laddove specificato, altra sequenza di caratteri.

I campi che contengono le informazioni relative ad una **data** sono considerati di tipo **AN** e devono avere il formalismo GGMMAAAA.

es.: la data "primo febbraio 2001" deve essere registrata come "01022001".

NUMERICO – codice N

Questi campi contengono valori numerici, devono essere allineati a destra e devono essere completati a sinistra nelle rimanenti posizioni con il carattere “zero”.

es: in un campo lungo 10, il valore "1250" deve essere registrato come "0000001250".

Nel caso di **assenza di informazione** in un campo numerico deve essere inserita una sequenza di **0 (zero)** pari alla lunghezza del campo.

I campi numerici in cui è previsto siano riportati *valori decimali* va utilizzato il seguente formalismo:

es.: in un campo di lunghezza 9 cifre, di cui due cifre decimali deve essere riportato con 6 caratteri numerici per la parte intera, 1 carattere per la virgola “,” nonché 2 ulteriori caratteri numerici per la parte decimale, quindi:

- il valore € 135,05 (centotrentacinque euro e cinque centesimi) deve essere registrato come “000135,05”,
- l’importo di dieci euro sarà registrato come "000010,00".

SCHEDE DI RIFERIMENTO

Ciascun campo presente nei tracciati (ANA, SAN e TRE) è illustrato nella relativa scheda di riferimento, nella quale sono elencate le seguenti informazioni: **descrizione, formalismo, valori ammessi, controlli effettuati ed eventuali annotazioni.**

Tracciati SDO

ANA - variabili anagrafiche

SCHEDA DI RIFERIMENTO	DESCRIZIONE CAMPO	TIPO	LUNGHEZZA	POSIZIONE INIZIO	POSIZIONE FINALE	COMPILAZIONE
1.0	ISTITUTO DI CURA	N	8	1	8	OBB
3.0	NUMERO PROGRESSIVO DEL RICOVERO	N	8	9	16	OBB
5.0	COGNOME	AN	30	17	46	OBB
6.0	NOME	AN	20	47	66	OBB
73.0	SESSO	N	1	67	67	OBB
7.0	DATA NASCITA	AN	8	68	75	OBB
8.0	COMUNE DI NASCITA	AN	6	76	81	OBB
9.0	STATO CIVILE	N	1	82	82	OBB
10.0	CODICE SANITARIO INDIVIDUALE	AN	16	83	98	OSP
11.0	COMUNE DI RESIDENZA	AN	6	99	104	OBB
12.0	QUARTIERE	AN	2	105	106	OSP
13.0	CITTADINANZA	N	3	107	109	OBB
14.0	REGIONE DI RESIDENZA	N	3	110	112	OBB
15.0	ASL DI RESIDENZA	N	3	113	115	OBB
16.0	DESTINAZIONE RECORD / POSIZIONE CONTABILE	N	1	116	116	OBB
17.0	DATA DELLA PRENOTAZIONE	AN	8	117	124	OBB
18.0	LIVELLO DI ISTRUZIONE	N	1	125	125	OBB
19.0	FILLER	AN	5	126	130	OBB

Lunghezza record

130

SAN - variabili sanitarie

SCHEDA DI RIFERIMENTO	DESCRIZIONE CAMPO	TIPO	LUNGHEZZA	POSIZIONE INIZIO	POSIZIONE FINALE	COMPILAZIONE
1.0	ISTITUTO DI CURA	N	8	1	8	OBB
20.0	REGIME DI RICOVERO	N	1	9	9	OBB
21.0	DATA RICOVERO	AN	8	10	17	OBB
2.0	NUMERO PROGRESSIVO DEL RICOVERO	N	8	18	25	OBB
22.0	PROVENIENZA DEL PAZIENTE	AN	1	26	26	OBB
23.0	TIPO DI RICOVERO	N	1	27	27	OSP
24.0	MOTIVO DEL RICOVERO	N	1	28	28	OSP
25.0	TRAUMATISMI O INTOSSICAZIONI	N	1	29	29	OSP
26.0	UNITA OPERATIVA DI AMMISSIONE	N	4	30	33	OBB
27.0	ONERE DELLA DEGENZA	AN	1	34	34	OBB
28.0	DATA 1° TRASFERIMENTO REPARTO	AN	8	35	42	OSP
29.0	REPARTO DI 1° TRASFERIMENTO	N	4	43	46	OSP
30.0	DATA 2° TRASFERIMENTO REPARTO	AN	8	47	54	OSP
31.0	REPARTO DI 2° TRASFERIMENTO	N	4	55	58	OSP
32.0	DATA 3° TRASFERIMENTO REPARTO	AN	8	59	66	OSP
33.0	REPARTO DI 3° TRASFERIMENTO	N	4	67	70	OSP
34.0	DATA 4° TRASFERIMENTO REPARTO	AN	8	71	78	OSP
35.0	REPARTO DI 4° TRASFERIMENTO	N	4	79	82	OSP
36.0	DATA 5° TRASFERIMENTO REPARTO	AN	8	83	90	OSP
37.0	REPARTO DI 5° TRASFERIMENTO	N	4	91	94	OSP
38.0	CLASSE DI PRIORITA'	AN	1	95	95	OSP
39.0	UNITA' OPERATIVA DI DIMISSIONE	N	4	96	99	OBB
40.0	DATA DI DIMISSIONE O MORTE	AN	8	100	107	OBB
41.0	GIORNATE DI DAY HOSPITAL	N	3	108	110	OBB
42.0	MODALITA' DI DIMISSIONE	AN	1	111	111	OSP
43.0	RISCONTRO AUTOPTICO	N	1	112	112	OSP
44.0	ESPIANTO	N	1	113	113	OSP
45.0	DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE	AN	5	114	118	OSP
46.0	1ª DIAGNOSI CONCOMITANTE O COMPLICANTE	AN	5	119	123	OSP
47.0	2ª DIAGNOSI CONCOMITANTE O COMPLICANTE	AN	5	124	128	OSP
48.0	3ª DIAGNOSI CONCOMITANTE O COMPLICANTE	AN	5	129	133	OSP
49.0	4ª DIAGNOSI CONCOMITANTE O COMPLICANTE	AN	5	134	138	OSP
50.0	5ª DIAGNOSI CONCOMITANTE O COMPLICANTE	AN	5	139	143	OSP
51.0	DATA INTERV.CHIR. PRINCIPALE O PARTO	AN	8	144	151	OSP
52.0	INTERV. CHIR. PRINCIPALE O PARTO	AN	4	152	155	OSP
53.0	1ª DATA INTERVENTO O PROCEDURA	AN	8	156	163	OSP
54.0	1ª INTERVENTO O PROCEDURA	AN	4	164	167	OSP
55.0	2ª DATA INTERVENTO O PROCEDURA	AN	8	168	175	OSP

56.0	2ª INTERVENTO O PROCEDURA	AN	4	176	179	OSP
57.0	3ª DATA INTERVENTO O PROCEDURA	AN	8	180	187	OSP
58.0	3ª INTERVENTO O PROCEDURA	AN	4	188	191	OSP
59.0	4ª DATA INTERVENTO O PROCEDURA	AN	8	192	199	OSP
60.0	4ª INTERVENTO O PROCEDURA	AN	4	200	203	OSP
61.0	5ª DATA INTERVENTO O PROCEDURA	AN	8	204	211	OSP
62.0	5ª INTERVENTO O PROCEDURA	AN	4	212	215	OSP
63.0	ETA' GESTAZIONALE	N	2	216	217	OSP
64.0	PESO ALLA NASCITA	N	4	218	221	OBB
65.0	NUMERO NOSOLOGICO RICOVERO DELLA PUERPERA	N	8	222	229	OSP
67.0	DRG	N	3	230	232	OBB
68.0	TARIFFA - VALORE IMPORTO FATTURATO	N	9	233	241	OBB
16.0	DESTINAZIONE RECORD	AN	1	242	242	OBB
69.0	DATA TRASFERIMENTO ALLA REGIONE	AN	8	243	250	NOB
70.0	MOTIVO CONTESTAZIONE	AN	1	251	251	NOB
71.0	ESITO CONTESTAZIONE	AN	1	252	252	OSP
72.0	CODICE CAUSA ESTERNA DEI TRAUMATISMI	AN	5	253	257	OBB
19.0	FILLER	AN	3	258	260	OBB

Lunghezza record

260

TRE – nuove variabili

SCHEDA DI RIFERIMENTO	DESCRIZIONE CAMPO	TIPO	LUNGHEZZA	POSIZIONE INIZIO	POSIZIONE FINALE	COMPILAZIONE
1.0	ISTITUTO DI CURA	N	8	1	8	OBB
2.0	NUMERO PROGRESSIVO DEL RICOVERO	N	8	9	16	OBB
74.0	CODICE IDENTIFICATIVO TEAM	AN	20	17	36	OSP
75.0	PRESENZA DEL CODICE IDENTIFICATIVO DELL'ASSISTITO NELLA BANCA DATI DI VERIFICA VALIDITA'	N	1	37	37	FAC
76.0	TIPOLOGIA DEL CODICE IDENTIFICATIVO DELL'ASSISTITO NELLA BANCA DATI DI VERIFICA VALIDITA'	N	2	38	39	FAC
77.0	ORA DI RICOVERO	AN	4	40	43	OSP
78.0	ORA DI DIMISSIONE	AN	4	44	47	OSP
79.0	ESTENSIONE TRASFERIMENTO 1 CODICE ISTITUTO	N	8	48	55	OSP
80.0	ESTENSIONE TRASFERIMENTO 1 ORA	AN	4	56	59	OSP
81.0	ESTENSIONE TRASFERIMENTO 2 CODICE ISTITUTO	N	8	60	67	OSP
82.0	ESTENSIONE TRASFERIMENTO 2 ORA	AN	4	68	71	OSP
83.0	ESTENSIONE TRASFERIMENTO 3 CODICE ISTITUTO	N	8	72	79	OSP
84.0	ESTENSIONE TRASFERIMENTO 3 ORA	AN	4	80	83	OSP
85.0	ESTENSIONE TRASFERIMENTO 4 CODICE ISTITUTO	N	8	84	91	OSP
86.0	ESTENSIONE TRASFERIMENTO 4 ORA	AN	4	92	95	OSP
87.0	ESTENSIONE TRASFERIMENTO 5 CODICE ISTITUTO	N	8	96	103	OSP
88.0	ESTENSIONE TRASFERIMENTO 5 ORA	AN	4	104	107	OSP
89.0	TRASFERIMENTO 6 CODICE ISTITUTO	N	8	108	115	OSP
90.0	TRASFERIMENTO 6 CODICE REPARTO	N	4	116	119	OSP

91.0	TRASFERIMENTO 6 DATA	AN	8	120	127	OSP
92.0	TRASFERIMENTO 6 ORA	AN	4	128	131	OSP
93.0	TRASFERIMENTO 7 CODICE ISTITUTO	N	8	132	139	OSP
94.0	TRASFERIMENTO 7 CODICE REPARTO	N	4	140	143	OSP
95.0	TRASFERIMENTO 7 DATA	AN	8	144	151	OSP
96.0	TRASFERIMENTO 7 ORA	AN	4	152	155	OSP
97.0	TRASFERIMENTO 8 CODICE ISTITUTO	N	8	156	163	OSP
98.0	TRASFERIMENTO 8 CODICE REPARTO	N	4	164	167	OSP
99.0	TRASFERIMENTO 8 DATA	AN	8	168	175	OSP
100.0	TRASFERIMENTO 8 ORA	AN	4	176	179	OSP
101.0	TRASFERIMENTO 9 CODICE ISTITUTO	N	8	180	187	OSP
102.0	TRASFERIMENTO 9 CODICE REPARTO	N	4	188	191	OSP
103.0	TRASFERIMENTO 9 DATA	AN	8	192	199	OSP
104.0	TRASFERIMENTO 9 ORA	AN	4	200	203	OSP
105.0	TRASFERIMENTO 10 CODICE ISTITUTO	N	8	204	211	OSP
106.0	TRASFERIMENTO 10 CODICE REPARTO	N	4	212	215	OSP
107.0	TRASFERIMENTO 10 DATA	AN	8	216	223	OSP
108.0	TRASFERIMENTO 10 ORA	AN	4	224	227	OSP
109.0	TRASFERIMENTO 11 CODICE ISTITUTO	N	8	228	235	OSP
110.0	TRASFERIMENTO 11 CODICE REPARTO	N	4	236	239	OSP
111.0	TRASFERIMENTO 11 DATA	AN	8	240	247	OSP
112.0	TRASFERIMENTO 11 ORA	AN	4	248	251	OSP
113.0	TRASFERIMENTO 12 CODICE ISTITUTO	N	8	252	259	OSP
114.0	TRASFERIMENTO 12 CODICE REPARTO	N	4	260	263	OSP
115.0	TRASFERIMENTO 12 DATA	AN	8	264	271	OSP
116.0	TRASFERIMENTO 12 ORA	AN	4	272	275	OSP
117.0	TRASFERIMENTO 13 CODICE ISTITUTO	N	8	276	283	OSP
118.0	TRASFERIMENTO 13 CODICE REPARTO	N	4	284	287	OSP
119.0	TRASFERIMENTO 13 DATA	AN	8	288	295	OSP
120.0	TRASFERIMENTO 13 ORA	AN	4	296	299	OSP
121.0	TRASFERIMENTO 14 CODICE ISTITUTO	N	8	300	307	OSP
122.0	TRASFERIMENTO 14 CODICE REPARTO	N	4	308	311	OSP
123.0	TRASFERIMENTO 14 DATA	AN	8	312	319	OSP
124.0	TRASFERIMENTO 14 ORA	AN	4	320	323	OSP
125.0	TRASFERIMENTO 15 CODICE ISTITUTO	N	8	324	331	OSP
126.0	TRASFERIMENTO 15 CODICE REPARTO	N	4	332	335	OSP
127.0	TRASFERIMENTO 15 DATA	AN	8	336	343	OSP
128.0	TRASFERIMENTO 15 ORA	AN	4	344	347	OSP
129.0	ESTENSIONE DIAGNOSI PRINCIPALE PRESENTE AL RICOVERO	N	1	348	348	OSP
130.0	ESTENSIONE DIAGNOSI PRINCIPALE LATERALITA'	AN	1	349	349	OSP
131.0	ESTENSIONE DIAGNOSI PRINCIPALE STADIAZIONE CONDENSATA	N	1	350	350	OSP
132.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 1 PRESENTE AL RICOVERO	N	1	351	351	OSP

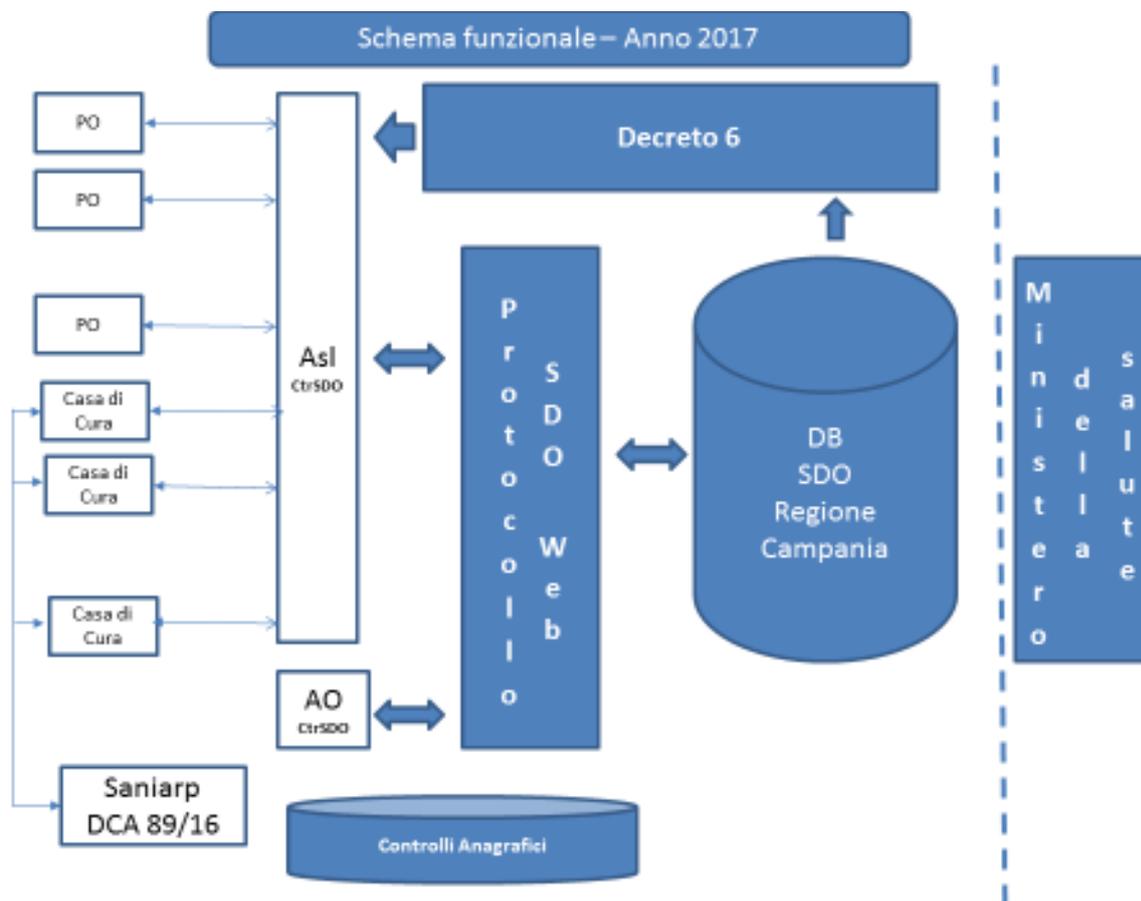
133.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 1 LATERALITA'	AN	1	352	352	OSP
134.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 1 STADIAZIONE CONDENSATA	N	1	353	353	OSP
135.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 2 PRESENTE AL RICOVERO	N	1	354	354	OSP
136.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 2 LATERALITA'	AN	1	355	355	OSP
137.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 2 STADIAZIONE CONDENSATA	N	1	356	356	OSP
138.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 3 PRESENTE AL RICOVERO	N	1	357	357	OSP
139.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 3 LATERALITA'	AN	1	358	358	OSP
140.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 3 STADIAZIONE CONDENSATA	N	1	359	359	OSP
141.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 4 PRESENTE AL RICOVERO	N	1	360	360	OSP
142.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 4 LATERALITA'	AN	1	361	361	OSP
143.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 4 STADIAZIONE CONDENSATA	N	1	362	362	OSP
144.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 5 PRESENTE AL RICOVERO	N	1	363	363	OSP
145.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 5 LATERALITA'	AN	1	364	364	OSP
146.0	ESTENSIONE DIAGNOSI SECONDARIA 5 STADIAZIONE CONDENSATA	N	1	365	365	OSP
147.0	ESTENSIONE INTERVENTO PRINCIPALE ORA INIZIO	AN	4	366	369	OSP
148.0	ESTENSIONE INTERVENTO PRINCIPALE ESTERNO	N	1	370	370	OSP
149.0	ESTENSIONE INTERVENTO PRINCIPALE IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1	AN	16	371	386	OSP
150.0	ESTENSIONE INTERVENTO PRINCIPALE IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2	AN	16	387	402	OSP
151.0	ESTENSIONE INTERVENTO PRINCIPALE IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3	AN	16	403	418	OSP
152.0	ESTENSIONE INTERVENTO PRINCIPALE IDENTIFICATIVO ANESTESISTA	AN	16	419	434	FAC
153.0	ESTENSIONE INTERVENTO PRINCIPALE CHECK LIST	N	1	435	435	OSP
154.0	ESTENSIONE INTERVENTO PRINCIPALE LATERALITA'	AN	1	436	436	OSP
155.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 1 ORA INIZIO	AN	4	437	440	OSP
156.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 1 ESTERNO	N	1	441	441	OSP
157.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 1 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1	AN	16	442	457	OSP
158.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 1 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2	AN	16	458	473	OSP
159.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 1 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3	AN	16	474	489	OSP
160.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 1 IDENTIFICATIVO ANESTESISTA	AN	16	490	505	FAC
161.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 1 CHECK LIST	N	1	506	506	OSP
162.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 1 LATERALITA'	AN	1	507	507	OSP
163.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 2 ORA INIZIO	AN	4	508	511	OSP
164.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 2 ESTERNO	N	1	512	512	OSP
165.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 2 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1	AN	16	513	528	OSP
166.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 2 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2	AN	16	529	544	OSP

167.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 2 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3	AN	16	545	560	OSP
168.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 2 IDENTIFICATIVO ANESTESISTA	AN	16	561	576	FAC
169.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 2 CHECK LIST	N	1	577	577	OSP
170.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 2 LATERALITA'	AN	1	578	578	OSP
171.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 3 ORA INIZIO	AN	4	579	582	OSP
172.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 3 ESTERNO	N	1	583	583	OSP
173.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 3 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1	AN	16	584	599	OSP
174.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 3 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2	AN	16	600	615	OSP
175.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 3 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3	AN	16	616	631	OSP
176.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 3 IDENTIFICATIVO ANESTESISTA	AN	16	632	647	FAC
177.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 3 CHECK LIST	N	1	648	648	OSP
178.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 3 LATERALITA'	AN	1	649	649	OSP
179.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 4 ORA INIZIO	AN	4	650	653	OSP
180.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 4 ESTERNO	N	1	654	654	OSP
181.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 4 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1	AN	16	655	670	OSP
182.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 4 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2	AN	16	671	686	OSP
183.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 4 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3	AN	16	687	702	OSP
184.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 4 IDENTIFICATIVO ANESTESISTA	AN	16	703	718	FAC
185.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 4 CHECK LIST	N	1	719	719	OSP
186.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 4 LATERALITA'	AN	1	720	720	OSP
187.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 5 ORA INIZIO	AN	4	721	724	OSP
188.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 5 ESTERNO	N	1	725	725	OSP
189.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 5 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1	AN	16	726	741	OSP
190.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 5 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2	AN	16	742	757	OSP
191.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 5 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3	AN	16	758	773	OSP
192.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 5 IDENTIFICATIVO ANESTESISTA	AN	16	774	789	FAC
193.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 5 CHECK LIST	N	1	790	790	OSP
194.0	ESTENSIONE INTERVENTO SECONDARIO 5 LATERALITA'	AN	1	791	791	OSP
195.0	RILEVAZIONE DOLORE	N	1	792	792	OSP
196.0	PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA	N	3	793	795	OSP
197.0	CREATININA SERICA	N	5	796	800	OSP
198.0	FRAZIONE EIEZIONE	N	2	801	802	OSP
199.0	NUMERO PROGRESSIVO DELLA FATTURA	AN	20	803	822	OSP
200.0	DATA DELLA FATTURA	AN	8	823	830	OSP

Lunghezza record

830

Schema funzionale del sistema di raccolta, controllo ed analisi della SDO



Descrizione

Mediante i sistemi informativi interni, le ASL raccolgono le SDO inviate dai presidi ospedalieri pubblici e dalle case di cura private presenti nell'ambito territoriale e le sottopongono al controllo logico-formale con il software regionale ControlSDO.

Le Aziende Ospedaliere mediante i sistemi informativi interni raccolgono le SDO dei ricoveri erogati nelle proprie strutture e ne controllano la correttezza logico-formale con il ControlSDO.

Nel ControlSDO sono predisposte le funzioni

- di esecuzione dei controlli logico formali previsti in questo disciplinare, in conformità con le linee guida sulla compilazione delle SDO disposte dal Ministero della salute e dalla Regione Campania come esplicitate per ciascun singolo campo nel dettaglio,
- di calcolo del DRG,
- di gestione del campo *destinazione record*.

Al termine delle verifiche eseguite a livello aziendale sugli archivi inseriti, il ControlSDO consente di estrarre tre file, con estensione ANA, SAN e TRE, opportunamente criptati, che devono essere inviati via web al sistema di accoglienza regionale Protocollo-SdoWeb implementato su un

application server dedicato, per popolare l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera della Campania.

I file prodotti dal ControlSDO devono essere trasmessi dagli uffici SDO aziendali con cadenza mensile, come indicato nel prospetto che segue, entro il 5 di ciascun mese, con i dati delle dimissioni effettuate entro il secondo mese precedente quello dell'invio, ed entro il 30 gennaio dell'anno successivo per l'invio conclusivo di tutti i ricoveri effettuati nell'anno precedente per adempiere a quanto stabilito nel DM 261/2016.

mese dimissione	termine della trasmissione	mese dimissione	termine della trasmissione
Gennaio	5 marzo	Luglio	5 Settembre
Febbraio	5 aprile	Agosto	5 Ottobre
Marzo	5 maggio	Settembre	5 Novembre
Aprile	5 giugno	Ottobre	5 Dicembre
Maggio	5 Luglio	Novembre	5 Gennaio
Giugno	5 Agosto	Dicembre	31 Gennaio

I file con i dati dei singoli mesi di riferimento sono etichettati come invio istituzionale. Sono ammessi invii di integrazioni e/o correzioni successivi alla trasmissione dell'invio istituzionale.

Nelle more dell'attivazione della Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA), le SDO trasmesse al Protocollo-SdoWeb sono sottoposte di nuovo ai controlli già eseguiti negli uffici SDO delle Aziende e si verifica inoltre che nelle aziende sia stata utilizzata la versione del ControlSDO più aggiornata, che il codice identificativo individuale registrato in ciascuna SDO non corrisponda a quello di un paziente deceduto o non riconosciuto nella anagrafe assistiti di riferimento ('missing'), e che tale identificativo non sia presente in altre SDO, pervenute al livello regionale, in cui il periodo di ricovero (data di accettazione e data di dimissione) risulta sovrapposto: l'accavallamento temporale, anche parziale, di ricoveri attribuiti ad uno stesso paziente fa generare un avviso agli uffici SDO aziendali da cui sono state inviate le SDO con date sovrapposte ed in tale avviso si chiede di verificare la correttezza delle informazioni inviate.

Il riscontro di casi definiti nello schema funzionale sinteticamente 'deceduti' oppure 'doppi', comporta il posizionamento delle SDO in area di errore sul Protocollo-SdoWeb, così come i casi che presentano errori bloccanti.

Le SDO corrette, che hanno superato tutti i controlli, transitano con frequenza giornaliera nel database regionale e sono rese disponibili, mediante una VPN e profilature specifiche per i differenti livelli di utenza, al personale addetto al controllo delle cartelle cliniche (previsto dal DCA 6/2011).

Il database regionale delle SDO consolidato è utilizzato per rispondere ai debiti informativi nei confronti degli enti regionali e del Ministero della salute, nonché per le analisi statistiche, la predisposizione di indicatori e cruscotti utili per le attività di programmazione sanitaria regionale.

All'inizio di ciascun anno tutti gli uffici aziendali devono predisporre un nuovo database di ControlSDO, conservando in un archivio separato quello dell'anno precedente.

SCHEDE DI RIFERIMENTO

NOME CAMPO: Istituto di cura				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
1.0	ANA – SAN - INT	OBB	8	N

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Il campo contiene il codice dell'Istituto di cura in cui è dimesso al ricovero il paziente e deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11 e HSP.11bis. Il codice è composto da otto caratteri: i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma (RRR), i successivi tre l'Istituto di cura (HHH), i rimanenti due individuano il progressivo dello Stabilimento nel complesso ospedaliero (SS), se previsto dal modello HSP.11bis. Se l'Ospedale è composto da una unica sede, compilare con "00" le ultime posizioni.</p>

VALORI AMMESSI:
RRRHHSS
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: modelli HSP.11 e HSP.11bis
RIFERIMENTI NORMATIVI: DM 23/12/1996

CONTROLLI
<p>E170 Reparto di ammissione non presente in configurazione E202 Reparto di dimissione non presente in configurazione E310 Presenza dell'Azienda in configurazione E311 Presenza dell'Istituto di cura in configurazione E312 Presenza dello Stabilimento in configurazione E363 Presenza DRG (valore importato) E364 Presenza tariffa (valore importato)</p>

OSSERVAZIONI
<p>La presenza in configurazione dei codici dell'Istituto di cura e dello Stabilimento è verificata alla data di dimissione indicata nella SDO.</p>

NOME CAMPO: Numero progressivo del ricovero				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
3.0	ANA – SAN - INT	OBB	8	N

DESCRIZIONE CAMPO
Il campo contiene il Numero nosologico della SDO ed è composto da 8 caratteri numerici di cui i primi due identificano l'anno di ricovero (AA), i sei successivi riportano la numerazione progressiva del ricovero all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura (NNNNNN).

VALORI AMMESSI:
AANNNNNN
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E001 Validità numero scheda E002 Corrispondenza delle prime cifre del numero scheda con l'anno ricovero E003 Lunghezza numero scheda E004 Obbligatorietà numero scheda
OSSERVAZIONI
Per i ricoveri di ciascun ospedale deve essere prevista una numerazione progressiva unica in modo tale che questo valore identifichi in maniera univoca il ricovero, indipendentemente dal regime (ordinario o diurno) e dalla presenza di più stabilimenti nel plesso ospedaliero.

NOME CAMPO: Cognome				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
5.0	ANA	OBB	30	AN

DESCRIZIONE CAMPO
In questo campo si deve indicare sempre il cognome del paziente tranne nei casi in cui è necessario salvaguardare l'anonimato per cui nel campo deve essere registrata la dizione ANONIMO.
VALORI AMMESSI: I caratteri ammessi sono le lettere, dalla A alla Z, lo spazio e l'apostrofo, che va usato anche come simbolo di accento – non possono essere utilizzati i caratteri speciali quali le lettere accentate.
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E020 Obbligatorietà Codice Sanitario Individuale del Paziente
E022 Sintassi Codice Sanitario Individuale del Paziente
E098 Anonimato obbligatorio
E150 Obbligatorietà Cognome e validità
E240 Validità Onere degenza
OSSERVAZIONI
Un paziente deve essere definito ANONIMO/ANONIMO solo se la SDO rientra in una delle seguenti casistiche: 1. Legge 135/90 per i casi di HIV e AIDS Questi ricoveri sono individuabili per la presenza di un codice di diagnosi principale o secondaria 042 o V08. 2. DPR 309/90 per i pazienti affetti da dipendenza a sostanze stupefacenti I ricoveri sono individuabili per la presenza di codici diagnostici 303x o 304x. 3. Legge 194/78 per i ricoveri di IVG I ricoveri sono individuabili per la presenza di un codice in diagnosi principale o secondaria 635x.

NOME CAMPO: Nome				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
6.0	ANA	OBB	20	AN

DESCRIZIONE CAMPO
In questo campo si deve indicare sempre il cognome del paziente tranne nei casi in cui è necessario salvaguardare l'anonimato per cui nel campo deve essere registrata la dizione ANONIMO.
VALORI AMMESSI: I caratteri ammessi sono le lettere, dalla A alla Z, lo spazio e l'apostrofo, che va usato anche come simbolo di accento – non possono essere utilizzati i caratteri speciali quali le lettere accentate.
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E020 Obbligatorietà Codice Sanitario Individuale del Paziente
E022 Sintassi Codice Sanitario Individuale del Paziente
E098 Anonimato obbligatorio
E160 Obbligatorietà nome e validità
E240 Validità onere degenza
OSSERVAZIONI
Un paziente deve essere definito ANONIMO/ANONIMO solo se la SDO rientra in una delle seguenti casistiche: 4. Legge 135/90 per i casi di HIV e AIDS Questi ricoveri sono individuabili per la presenza di un codice di diagnosi principale o secondaria 042 o V08. 5. DPR 309/90 per i pazienti affetti da dipendenza a sostanze stupefacenti I ricoveri sono individuabili per la presenza di codici diagnostici 303x o 304x. 6. Legge 194/78 per i ricoveri di IVG I ricoveri sono individuabili per la presenza di un codice in diagnosi principale o secondaria 635x.

NOME CAMPO: Sesso				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
73.0	ANA	OBB	1	N

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il genere del paziente.
VALORI AMMESSI: 1: maschio 2: femmina
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI	
E010	Validità sesso
E011	Compatibilità Sesso con Reparto dimissione
E012	Obbligatorietà Sesso
E022	Sintassi Codice Sanitario Individuale del Paziente

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Data di nascita				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
7.0	ANA	OBB	8	AN

DESCRIZIONE CAMPO
La data di nascita deve essere registrata nella forma GMMMAAAA, inserendo nei primi due caratteri il giorno, nei successivi due il mese, negli ultimi quattro l'anno.
VALORI AMMESSI: I valori ammessi sono tutti quelli coerenti con una data uguale o antecedente il ricovero di non oltre 125 anni. GMMMAAAA
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI																		
<table> <tr> <td>E050</td> <td>Obbligatorietà data di nascita</td> </tr> <tr> <td>E051</td> <td>Età non superiore a 124 anni</td> </tr> <tr> <td>E032</td> <td>Data di ricovero >= Data di nascita</td> </tr> <tr> <td>E041</td> <td>Data di dimissione >= Data di nascita</td> </tr> <tr> <td>E080</td> <td>Validità del Codice intervento</td> </tr> <tr> <td>E091</td> <td>Compatibilità Diagnosi con età</td> </tr> <tr> <td>E200</td> <td>Compatibilità Reparto di dimissione con età</td> </tr> <tr> <td>E251</td> <td>Obbligatorietà Tipo del ricovero</td> </tr> <tr> <td>E261</td> <td>Obbligatorietà provenienza del paziente</td> </tr> </table>	E050	Obbligatorietà data di nascita	E051	Età non superiore a 124 anni	E032	Data di ricovero >= Data di nascita	E041	Data di dimissione >= Data di nascita	E080	Validità del Codice intervento	E091	Compatibilità Diagnosi con età	E200	Compatibilità Reparto di dimissione con età	E251	Obbligatorietà Tipo del ricovero	E261	Obbligatorietà provenienza del paziente
E050	Obbligatorietà data di nascita																	
E051	Età non superiore a 124 anni																	
E032	Data di ricovero >= Data di nascita																	
E041	Data di dimissione >= Data di nascita																	
E080	Validità del Codice intervento																	
E091	Compatibilità Diagnosi con età																	
E200	Compatibilità Reparto di dimissione con età																	
E251	Obbligatorietà Tipo del ricovero																	
E261	Obbligatorietà provenienza del paziente																	
OSSERVAZIONI																		
<p>Il valore nel campo Data di nascita è oggetto dei controlli di correttezza logico formale del Codice individuale del paziente e di coerenza con le date di ricovero e dimissione che devono essere uguali o successive a quella di nascita.</p> <p>In caso di SDO relativa all'evento nascita la Provenienza del paziente deve essere "A" (01)</p>																		

NOME CAMPO: Comune di nascita				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
8.0	ANA	OBB	6	AN

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>Inserire in questo campo il codice previsto dall'ISTAT, composto da 6 cifre di cui le prime tre individuano la provincia, le successive sono un progressivo elaborato all'interno di ciascuna provincia che identifica il singolo comune.</p> <p>Se il paziente è nato all'estero si deve inserire il codice dello Stato estero di tre cifre definito dall'ISTAT preceduto dalla sequenza '999'.</p> <p>In caso di comune o Stato estero cessati, utilizzare il codice ISTAT in uso al momento della nascita (Elenco dei comuni soppressi http://www.istat.it/it/archivio/6789).</p>	
VALORI AMMESSI:	
Codici contenuti nella tabella regionale di riferimento <p style="text-align: center;">NNNNNN</p>	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Sito web	
RIFERIMENTI NORMATIVI: ISTAT	
CONTROLLI	
E022	Sintassi del Codice sanitario individuale del paziente
E190	Validità comune di nascita
E191	Obbligatorietà comune di nascita

OSSERVAZIONI
<p>Il valore nel campo Comune di nascita è oggetto dei controlli di correttezza logico formale sul Codice individuale del paziente, cioè viene verificata nella tabella la presenza del codice catastale (Belfiore) del comune di nascita, alla data di nascita del paziente.</p>

NOME CAMPO: Stato civile				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
9.0	ANA	OBB	1	N

DESCRIZIONE CAMPO	
Identifica lo stato civile del paziente al momento del ricovero.	
VALORI AMMESSI: 1: celibe/nubile; 2: coniugato/a; 3: separato/a; 4: divorziato/a; 5: vedovo/a; 6: non dichiarato.	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E290	Validità dello Stato civile
E291	Obbligatorietà Stato civile

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Codice sanitario individuale				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
10.0	ANA	OSP	16	AN

<p>DESCRIZIONE CAMPO</p> <p>Il codice sanitario individuale identifica i cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale. Esso è costituito per i cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale dal codice fiscale (legge 412/91). Formato da 16 caratteri, è attribuito <i>nella maggior parte dei casi</i> dall'Agenzia delle Entrate a ciascun cittadino residente in Italia e non deve essere mai calcolato autonomamente. Quindi il codice sanitario individuale può mancare nelle SDO dei ricoveri dei neonati, ai quali non è ancora attribuito alla data della dimissione (il codice fiscale è rilasciato in genere entro 28 giorni dalla nascita).</p> <p>L'amministrazione finanziaria può attribuire alle persone fisiche un numero di codice fiscale provvisorio. Il numero di codice fiscale provvisorio delle persone fisiche è costituito da una espressione numerica di undici cifre. Le prime sette cifre rappresentano il numero di matricola del soggetto; le cifre dall'ottava alla decima identificano l'ufficio che attribuisce il numero di codice fiscale provvisorio e l'undicesimo è il carattere numerico di controllo.</p> <p>Per i cittadini Europei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se il paziente è in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) questo campo <u>dovrà rimanere vuoto e dovrà essere compilato il campo Codice Identificativo TEAM</u> presente nel tracciato integrativo (vedi scheda 74.0); - Se il paziente non ha la tessera TEAM e non deve essere iscritto al Servizio Sanitario Nazionale utilizzare, in base a quanto disposto nella Circolare del Ministero della Salute 19 febbraio 2008, inserire il codice ENI (Europeo Non Iscritto) a 16 caratteri compilato con le seguenti regole: <ul style="list-style-type: none"> - - nelle prime tre posizioni la sigla ENI; - - nelle successive 6 posizioni il codice dell'Istituto di cura; - - nelle restanti 7 posizioni un progressivo che identifica la persona. <p>Nel caso di prestazioni oggetto di compensazione internazionale, gli erogatori devono registrare le informazioni identificative dei pazienti utilizzando la specifica modulistica rilasciata da altri uffici regionali.</p> <p>Per i cittadini stranieri di stati non compresi nella Unione Europea, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, provenienti da paesi non convenzionati, in condizioni di indigenza, deve essere riportato il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente - rilasciato all'interessato ai sensi del DPR 31.08.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.04.2000 n.5).</p> <p>Il campo deve essere compilato con 16 caratteri, rispettando le seguenti regole:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nelle prime tre posizioni - la sigla STP; - nelle successive 6 posizioni - il codice dell'Istituto di cura; - nella decima posizione - l'ultima cifra dell'anno di ricovero; - nelle restanti sei posizioni - il numero progressivo dei casi di ricovero di stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno. <p>Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere</p>

compilato con spazi.

Il campo va compilato con una stringa formata da blank anche nei casi in cui è prevista la tutela dell'**anonimato** e nel caso di neonati cui il Ministero delle Finanze non ha ancora assegnato il codice fiscale dimessi prima del 28° giorno di vita.

VALORI AMMESSI:

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:

RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI

E020	Obbligatorietà Codice sanitario del paziente
E022	Sintassi Codice sanitario del paziente
E240	Validità Onere della degenza
E282	Validità della Regione di residenza
E302	Congruenza Cittadinanza e codice STP
E304	Verifica appartenenza alla Comunità Europea ENI
E305	Verifica NON appartenenza alla comunità Europea per gli STP
EXX2	Verifica appartenenza alla comunità Europea TEAM

OSSERVAZIONI

I caratteri alfabetici presenti nel campo Codice Identificativo Sanitario del paziente devono essere scritti esclusivamente in maiuscolo.

E020:

Il campo Codice sanitario individuale **deve** essere compilato con **blank**

- se i campi Cognome e Nome sono uguali e compilati con "ANONIMO".

Il campo Codice sanitario individuale **può** essere compilato con **blank**

- se la differenza tra Data Nascita e Data Dimissione è minore di 28gg.

Inoltre:

Quando i primi tre caratteri del Codice Sanitario del Paziente sono uguali ad "STP" ed i restanti 13 sono numeri, il Comune di Residenza deve essere uno Stato estero non appartenente alla CEE né a paesi convenzionati (non presenti nell'Allegato 13 e nell'Allegato 12) e la Cittadinanza deve essere diversa da 100.

Quando i primi tre caratteri del Codice Sanitario del Paziente sono uguali ad "ENI" ed i restanti 13 sono numeri, il Comune di Residenza deve essere uno Stato estero e la cittadinanza deve essere uno Stato appartenente alla CEE (Allegato 13) e diversa da 100.

NOME CAMPO: Comune di residenza				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
11.0	ANA	OBB	6	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Il codice COMUNE DI RESIDENZA individua il comune italiano, o lo stato estero, in cui il paziente risulta legalmente residente. Utilizzare il sistema di codifica definito per la variabile "Comune di nascita" (vedi scheda 8) e,</p> <ul style="list-style-type: none"> • per i pazienti residenti all'estero e non iscritti al SSN, compresi gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, il codice 999 seguito dal codice a 3 cifre dello Stato estero (v. tabella), • per i senza fissa dimora e gli apolidi codificare 999999, • per i neonati indicare il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge n. 127 del 15 maggio 1997.
<p>VALORI AMMESSI:</p> <p>Codici contenuti nella tabella regionale di riferimento</p> <p style="text-align: center;">NNNNNN</p>

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Sito web
RIFERIMENTI NORMATIVI: ISTAT

CONTROLLI	
E180	Validità Comune di residenza
E181	Obbligatorietà Comune di residenza
E020	Obbligatorietà del Codice sanitario individuale del paziente
E022	Sintassi del Codice sanitario individuale del paziente
E184	Obbligatorietà del codice Quartiere
E240	Validità dell'Onere della degenza
E272	Congruenza codice Comune di residenza e ASL
E282	Validità Regione di residenza
E284	Congruenza e Regione e Comune di residenza
E304	Verifica appartenenza Comunità Europea
E305	Verifica non appartenenza Comunità Europea
OSSERVAZIONI	

NOME CAMPO: Quartiere				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
12.0	ANA	OBB	2	AN

DESCRIZIONE CAMPO	
Il campo QUARTIERE contiene i codici dei quartieri della città di Napoli.	
VALORI AMMESSI: Vedi tabella regionale di riferimento.	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Sito web	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E184	Validità Codice quartiere
E185	Obbligatorietà Codice quartiere

OSSERVAZIONI
Per i pazienti non residenti a Napoli il campo QUARTIERE non deve essere compilato (il campo contiene un doppio blank). Per i pazienti residenti a Napoli, (codice Comune residenza 063049), il campo deve essere compilato con uno dei codici presenti nella tabella. Nel caso sia impossibile rilevare il quartiere di residenza di pazienti della città di Napoli, usare il valore "00", che ha significato di non rilevato.

NOME CAMPO: Cittadinanza				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
13.0	ANA	OBB	3	AN

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>Il codice CITTADINANZA, a 3 caratteri, individua la cittadinanza del paziente al momento del ricovero ed è:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 in caso di cittadinanza italiana, • il codice (a tre caratteri) che identifica lo stato estero in cui il paziente ha la cittadinanza, come definito dall'ISTAT 	
<p>VALORI AMMESSI: Vedi tabella regionale di riferimento.</p>	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Sito web	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E300	Validità Cittadinanza
E301	Obbligatorietà Cittadinanza
E020	Obbligatorietà Codice sanitario individuale del paziente
E022	Sintassi Codice sanitario del paziente
E240	Validità Onere della degenza
E272	Congruenza Comune e ASL di residenza
E274	Obbligatorietà ASL di residenza
E284	Congruenza Regione e Comune di residenza
E302	Congruenza Cittadinanza con codice STP
E304	Verifica appartenenza alla Comunità Europea

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Regione di residenza				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
14.0	ANA	OBB	3	N

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>Il codice REGIONE DI RESIDENZA identifica la Regione in cui risiede il paziente. Utilizzare il codice a tre caratteri definito con Decreto del Ministro della Sanità del 17 settembre 1986 e successive modifiche.</p> <p>Per gli stranieri non residenti in Italia ma iscritti al SSN (domiciliati in Italia), indicare la Regione corrispondente al Comune di domicilio.</p> <p>Per i pazienti residenti all'estero e non iscritti al SSN, quindi anche per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, indicare in questo campo il codice dello Stato estero.</p>	
VALORI AMMESSI:	
Vedi tabella regionale di riferimento.	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Sito web	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E282	Validità regione di residenza
E283	Obbligatorietà regione di residenza
E284	Congruenza regione e comune di residenza

OSSERVAZIONI	
E282	<p>Il codice della Regione di residenza deve essere presente nella tabella di codici regione. Se le prime tre cifre del Codice Sanitario Individuale</p> <ul style="list-style-type: none"> • sono uguali ad "STP" e la quarta cifra è numerica o • sono uguali ad "ENI" e la quarta cifra è numerica, <p>allora le ultime tre cifre del codice del comune di residenza devono corrispondere al codice della regione di residenza ed al codice ISTAT dello stato estero di residenza.</p>

NOME CAMPO: ASL di residenza				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
15.0	ANA	OBB	3	N

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>Identifica l'Azienda/Unità Sanitaria Locale che comprende il comune in cui risiede il paziente. Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della ASL (di cui al DM 05/12/2006 e successive modifiche).</p> <p>Indicare l'Azienda/Unità Sanitaria Locale in cui è compreso il Comune di domicilio nel caso di stranieri non residenti in Italia, ma iscritti al SSN (domiciliati in Italia).</p> <p>Non compilare questa variabile in caso di residenti all'estero non iscritti al SSN, e di stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno.</p>	
VALORI AMMESSI: Vedi tabella regionale di riferimento.	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Sito web	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E273	Validità ASL di residenza
E274	Obbligatorietà ASL di residenza
E272	Congruenza Comune e ASL di residenza
OSSERVAZIONI	
<p>Il codice ASL di Residenza deve riferirsi ad una Azienda in vigore nel giorno della Data di Dimissione del paziente.</p> <p>Se il Codice Cittadinanza è uguale a 100 (Italia), il campo codice ASL di Residenza deve essere obbligatoriamente compilato.</p> <p>Il codice ASL di Residenza deve essere blank quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le prime tre cifre del Codice Sanitario Individuale del Paziente sono uguali ad "STP" e le restanti 13 cifre sono numeri. • le prime tre cifre del Codice Sanitario Individuale del Paziente sono uguali ad "ENI" e le restanti 13 cifre sono numeri. <p>Per gli stranieri non residenti in Italia (codice cittadinanza diverso da "100"), ma iscritti al SSN (domiciliati in Italia), indicare l'Azienda unità sanitaria locale che comprende il Comune di domicilio.</p>	

NOME CAMPO: Destinazione record – Posizione contabile				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
16.0	ANA	OBB	1	N

DESCRIZIONE CAMPO
Nel campo Destinazione record , definito anche Posizione Contabile , sono specificati i motivi della ripetizione dell'invio delle SDO già trasmesse.
VALORI AMMESSI: Per inserimento degli erogatori (ospedali e case di cura) <ul style="list-style-type: none"> • blank primo Invio • 1 annullamento Per inserimento degli Uffici di controllo delle ASL/AO con il software ControlSDO <ul style="list-style-type: none"> • 2 sostituzione • 5 tariffa modificata dall'erogatore
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI
E360 Esistenza e validità del codice della Posizione contabile E364 Presenza Tariffa

OSSERVAZIONI
<p>Il valore 1 'scheda da eliminare' deve essere utilizzato solo dall'erogatore che può riconoscere un errato invio di una SDO già trasmessa e, laddove registrato, il codice 1 deve essere inserito nei tracciati ANA e SAN.</p> <p>Il valore 2 'scheda da sostituire' deve essere utilizzato solo dall'erogatore che invia modifiche di dati rispetto ad una SDO precedentemente trasmessa.</p> <p>Il valore 5 evidenzia l'accettazione dell'importo del DRG –inferiore alla tariffa regionale vigente - deciso dall'ufficio SDO e condiviso dall'erogatore.</p> <p>Al livello regionale la presenza dei valori 1 e 2 nelle SDO richiede la verifica dello stato della SDO rispetto alla trasmissione dei dati ad NSIS de Ministero:</p> <p>se una SDO con valore 1 non è stata ancora inviata essa non sarà inserita nel file da trasmettere, se fosse stata già trasmessa, sarà rimandata codificando nel Tipo SDO il valore 'C'. Analogamente se la SDO è inviata dall'erogatore con il codice 2, al livello regionale si verificherà che se precedentemente inviata dovrà essere trasmessa ad NSIS con il valore 'V', se invece non ancora inviata il Tipo SDO sarà valorizzato con 'I'.</p>

NOME CAMPO: Data di prenotazione				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
17.0	ANA	OSP	8	AN

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>La data di prenotazione identifica il giorno in cui è pervenuta la richiesta di ricovero programmato all'ufficio prenotazioni della struttura con la conseguente iscrizione del paziente in lista d'attesa. La data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero ex art. 3 comma 8 della legge 724/94 e non deve essere anteriore ad un anno.</p>	
<p>VALORI AMMESSI: I valori ammessi sono tutti quelli coerenti con una data uguale o antecedente il ricovero di non oltre 365 giorni.</p> <p style="text-align: center;">NNNNNNNN</p>	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E366	Congruenza fra data di prenotazione e data di ricovero

OSSERVAZIONI
<p>La Data di Prenotazione è obbligatoria se il Regime di Ricovero è ORDINARIO ("1")</p> <ul style="list-style-type: none"> • con Tipo Ricovero uguale "2", "3", "5" o "6" la Data di Prenotazione deve essere vuota, • con Tipo Ricovero uguale "1" o "4" la Data di Prenotazione deve essere presente e la differenza tra Data di Ricovero e Data di Prenotazione deve essere compresa fra 0 e 365 giorni; <p>se il Regime di Ricovero è DIURNO ("2")</p> <ul style="list-style-type: none"> • la Data di Prenotazione deve essere presente e la differenza tra Data di Ricovero e Data di Prenotazione deve essere compresa fra 0 e 365 giorni.

NOME CAMPO: <i>Livello di istruzione</i>				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
18.0	ANA	OSP	1	N

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>Il livello di istruzione identifica il titolo di studio conseguito dal paziente ricoverato. <i>A cadenza periodica saranno attivati controlli in merito alla qualità nella compilazione della informazione.</i></p>	
VALORI AMMESSI: 0 = Nessun titolo 1 = Licenza elementare 2 = Diploma di scuola media inferiore 3 = Diploma di scuola media superiore 4 = Diploma universitario o Laurea breve 5 = Laurea o superiore 9 = Non dichiarato	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E367	Validità Livello di istruzione

OSSERVAZIONI
<p>Con il DM 261/2016 il valore 1 in questo campo individua il soggetto con licenza elementare, è stata introdotta la categoria 0 che identifica i soggetti analfabeti e la categoria 9 con la quale si compila il campo quando il titolo di studio non è stato dichiarato dal paziente. Tuttavia si sconsiglia di utilizzare quest'ultimo valore rinunciando a richiedere l'informazione al paziente.</p>

NOME CAMPO: Filler				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
19.0	ANA - SAN	OSP	5 in ANA, 3 in SAN	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Riempimento del tracciato fino a fine record
VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI

OSSERVAZIONI
I campi devono essere sempre riempiti con il numero di caratteri blank indicato rispettivamente per i file ANA e SAN

NOME CAMPO: Regime di ricovero				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
20.0	SAN	OBB	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Il campo REGIME DI RICOVERO distingue tra i ricoveri ospedalieri quelli di tipo “ordinario” e quelli di tipo “diurno – DH”.</p> <p>Il ricovero ospedaliero in regime diurno è effettuato per erogare assistenza in modo programmato, in un unico accesso o in un ciclo di accessi in cui l’attività è limitata ad una sola parte della giornata, non prevede il pernottamento ed in cui le prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, per la loro intrinseca complessità, o invasività, o correlato rischio per il paziente, non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale.</p>
VALORI AMMESSI:
<p>1: ricovero ordinario</p> <p>2: ricovero diurno (day-hospital, DH)</p>
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI
<p>E110 Validità Regime di ricovero</p> <p>E111 Obbligatorietà Regime di ricovero</p> <p>E094 Compatibilità diagnosi con modalità di trauma</p> <p>E102 Non sono ammessi trasferimenti tra reparti per i DH</p> <p>E112 Compatibilità Regime di ricovero con traumatismo</p> <p>E113 Anno di dimissione deve essere uguale ad Anno di ammissione per ricoveri in DH</p> <p>E140 Validità numero accessi DH</p> <p>E141 Obbligatorietà numero accessi in DH</p> <p>E142 Congruenza numero accessi in DH con data di ricovero e dimissione</p> <p>E221 Compatibilità Regime di ricovero con Traumatismo</p> <p>E231 Obbligatorietà Motivo del ricovero</p> <p>E251 Obbligatorietà Tipo del ricovero</p> <p>E260 Validità Provenienza del paziente</p> <p>E326 Controllo Vero nato</p> <p>E364 Presenza Tariffa</p> <p>E366 Congruenza fra Data di prenotazione e Data di ricovero</p> <p>E372 Durata della degenza maggiore di 100 giorno</p>
OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Data Ricovero				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
21.0	SAN	OBB	8	AN

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>Coincide con la data in cui il paziente viene accettato nel reparto di ammissione, anche se sono state erogate prestazioni in pre-ricovero.</p> <p>In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire la data in cui si effettua l'accesso alla sala operatoria</p> <p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i caratteri previsti</p> <p>In caso di ricovero diurno (codice 2 per la variabile "Regime di ricovero"), va indicata la data del primo accesso.</p> <p>Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita, la provenienza del paziente deve essere valorizzata a "01" a fine record</p>	
VALORI AMMESSI:	
<p>Valori ammessi sono tutti quelli coerenti con una data in cui i primi due caratteri indicano il giorno, i successivi due il mese, gli ultimi 4 l'anno.</p> <p style="text-align: center;">NNNNNNNN</p>	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E030	Obbligatorietà della data di ricovero
E031	Data ricovero incongruente con data di dimissione
E032	Data ricovero >= Data di nascita
E060	Incongruenza fra Data ricovero e Date trasferimenti
E071	Date interventi incongruenti con Data ricovero
E142	Congruenza numero accessi con data ricovero e data dimissione
E200	Compatibilità Reparto di dimissione con Età
E251	Obbligatorietà Tipo di ricovero
E261	Obbligatorietà Provenienza del paziente
E366	Congruenza fra Data della prenotazione e Data di ricovero
E372	Durata della degenza maggiore di 100 giorni
OSSERVAZIONI	

NOME CAMPO: Provenienza del paziente				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
22.0	SAN	OBB	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente, o il medico che ha proposto il ricovero.</p>	
<p>VALORI AMMESSI:</p> <p>Per non modificare le lunghezze dei campi attualmente previste nei 'vecchi' tracciati regionali il campo contiene valori alfabetici nelle more della adozione delle regole previste dal DM 261/2016. Il valore alfabetico codifica la descrizione prevista nel documento di specifiche tecniche pubblicato dal Ministero della salute.</p> <p>A -> 01 = ricovero al momento della nascita B -> 02 = da Pronto soccorso C -> 03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico D -> 04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura E -> 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico F -> 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato G -> 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato H -> 08 = 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 I -> 09 = carcere L -> 10 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) M -> 11 = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso</p>	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E260	Validità provenienza paziente
E261	Obbligatorietà provenienza paziente
E071	Date interventi incongruenti con Data di ricovero
E251	Obbligatorietà Tipo di ricovero
E252	Congruenza Tipo ricovero 5 e Diagnosi Parto
E373	Obbligatorietà Classe di prenotazione

OSSERVAZIONI

E260 Se il Regime di Ricovero = 2 il campo Provenienza Paziente può assumere solo i valori C o D.

E261 La Provenienza Paziente è sempre obbligatoria

Nel DM 261/2016 è previsto un ulteriore specifico codice con valore 12 per segnalare la provenienza da OBI - osservazione breve intensiva – che riferisce di una modalità assistenziale non ancora completamente codificata in Italia e che comunque riguarda l'accesso del paziente dal Pronto soccorso. In Campania per i pazienti provenienti da OBI inserire in questo campo il codice B – 02.

NOME CAMPO: Tipo di ricovero				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
23.0	SAN	OSP	1	N

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Il tipo di ricovero, deve essere presente in tutte le SDO dei ricoveri in regime ordinario ("1"), distingue i ricoveri programmati, i ricoveri in urgenza, i ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35, e 64 della legge 23 dicembre 1978 n°833</p>
<p>VALORI AMMESSI:</p> <p>1 - ricovero programmato, non urgente 2 - ricovero urgente 3 - ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO) 4 – ricovero programmato con pre-ospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO devono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la pre-ospedalizzazione 5 - parto non urgente</p>
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI
<p>E071 Date interventi incongruenti con Data di ricovero E250 Validità tipo ricovero E251 Obbligatorietà tipo ricovero E252 Congruenza Tipo ricovero 5 e Diagnosi parto E366 Congruenza tra Data di prenotazione e Data di ricovero E373 Obbligatorietà classe di prenotazione</p>

OSSERVAZIONI
<p>Questa variabile non si compila per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita ovvero Provenienza paziente = "01"</p> <p>In caso di trasferimento da altro istituto, il ricovero si intende programmato. Attribuire il valore "2" anche ai parti urgenti e ai pazienti provenienti da OBI.</p> <p><i>Qualora risulti necessario trasformare il regime di ricovero programmato per assistenza di tipo chirurgico dal regime di day hospital al regime ordinario, si dovrà chiudere la cartella clinica del ricovero diurno e, conseguentemente la relativa SDO, inserendo nel campo Modalità di Dimissione il valore 7 "Trasferito ad altro regime dello stesso istituto" e nella SDO del ricovero ordinario in questo campo deve essere utilizzato il codice 2 (ricovero urgente).</i></p> <p><i>Sulla SDO del ricovero ordinario saranno annotate le procedure eseguite nel corso del ricovero in day surgery compreso l'intervento chirurgico e le relative date. Il programma di controllo SDO</i></p>

tratterà le schede di dimissione in regime ordinario in cui il campo Tipo di ricovero è valorizzato con 2 e la Provenienza paziente è 8 come i ricoveri con pre-ospedalizzazione, per i quali è ammesso che le date di esecuzione delle procedure possano precedere la data del ricovero. Per queste attività assistenziali sarà riconosciuta solo la remunerazione del ricovero in regime ordinario, mentre la SDO relativa al ricovero in day surgery, che deve essere regolarmente trasmessa, deve riportare la tariffa = "000000,00".

NOME CAMPO: Motivo del Ricovero				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
24.0	SAN	OBB	1	N

DESCRIZIONE CAMPO	
Indica se il ricovero in regime diurno è effettuato a scopo diagnostico, chirurgico, terapeutico o riabilitativo.	
VALORI AMMESSI: 1 - Diagnostico ivi compreso il follow-up 2 - Chirurgico (Day surgery), da utilizzare in caso di ricoveri in DH programmati per interventi chirurgici, o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive 3 - Medico (Terapeutico) 4 - Riabilitativo	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E230	Validità del Motivo del ricovero
E231	Obbligatorietà del Motivo del ricovero
E364	Presenza tariffa
EYYY	Se tipo DRG = "C", Motivo DH = 2

OSSERVAZIONI
I valori 1 e 3 devono essere attribuiti ai ricoveri in cui non sono effettuate procedure OR (di tipo chirurgico). Il valore 2 deve essere attribuito ai ricoveri in cui sono effettuate procedure OR (di tipo chirurgico).

NOME CAMPO: Traumatismi o intossicazioni				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
25.0	SAN	OSP	1	N

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>Informazione che caratterizza la causa del ricovero, quando questo è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89). Il campo deve essere compilato solo in caso di ricovero per acuti in regime ordinario.</p>	
<p>VALORI AMMESSI:</p> <p>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.</p>	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E220	Validità Codice traumatismo o intossicazione
E094	Compatibilità Diagnosi con Modalità trauma
E112	Compatibilità Regime di ricovero con Traumatismo
E221	Compatibilità Regime di ricovero con Traumatismo

OSSERVAZIONI	
<p>Il campo deve essere compilato se tra i codici delle diagnosi registrati in una SDO ve ne è uno compreso negli intervalli 800 – 904 (estremi compresi) o 910 – 995.89 (estremi compresi ed escluse le diagnosi 995.9X)</p>	
E112	Se Regime di Ricovero = 2, allora il campo Traumatismi o Intossicazioni deve essere blank.
E221	Se il campo Traumatismi o Intossicazioni è diverso da blank allora il Regime di Ricovero deve essere uguale a 1 (ordinario)

NOME CAMPO: Unità operativa di ammissione				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
26.0	SAN	OBB	4	N

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>L'unità operativa di ammissione identifica il reparto in cui il paziente è fisicamente ricoverato all'accettazione, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di una altra unità operativa.</p> <p>Utilizzare il codice a quattro caratteri riportato nei modelli di rilevazione ministeriali delle attività ospedaliere HSP.12 e HSP.13. I primi due caratteri del codice identificano le discipline ospedaliere (elencate in entrambi i modelli), mentre i successivi due caratteri indicano il progressivo con cui si distinguono unità operative della stessa disciplina nello stesso presidio ospedaliero per le strutture pubbliche ed equiparate (registrato nel modello HSP.12), mentre per le strutture private (mod. HSP.13) deve essere utilizzato il codice "00" .</p>	
VALORI AMMESSI:	
XXXX	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Modelli HSP12 e HSP13	
RIFERIMENTI NORMATIVI: Flussi informativi ministeriali	
CONTROLLI	
<p>E170 Reparto di ammissione non presente in configurazione</p> <p>E171 Obbligatorietà reparto di ammissione</p> <p>E176 Disciplina reparto di ammissione non valida</p>	

OSSERVAZIONI
<p>Come indicato nella Circolare Regionale n. 3766 del 15/04/1998, le Case di Cura accreditate che effettuano ricoveri di tipo lungodegenziale - neuropsichiatrico (remunerate con specifiche tariffe diarie), il codice dell'Unità operativa deve contenere nelle prime due posizioni il valore "99". Per tutte le altre strutture il codice dell'unità operativa deve essere coerente con quanto dichiarato sui modelli HSP12 e HSP13.</p> <p>E170 Se Tipo Presidio = 2 (Case di cura private): Le prime due cifre del Reparto di Ammissione devono essere presenti in configurazione, con la Data Dimissione compresa nell'intervallo di validità del reparto stesso.</p> <p>Se Tipo Presidio < > 2 (AO, PO di ASL, Ospedali qualificati e classificati, Policlinici universitari, IRCCS pubblici e privati): Il Reparto di Ammissione (codice a 4 cifre) deve essere presente in configurazione, con la Data Dimissione compresa nell'intervallo di validità del reparto stesso.</p> <p>E176 Il Reparto di Ammissione deve essere valido al momento della Data di Dimissione.</p>

Il valore Unità operativa di ammissione è utilizzato per effettuare i seguenti controlli incrociati:

E104 Validità sequenza dei trasferimenti

Il Codice Reparto Trasferimento deve essere sempre diverso dal precedente.

Inoltre;

- Il 1° Reparto di Trasferimento deve essere diverso dal Reparto di Ammissione
- l'ultimo Reparto di Trasferimento deve coincidere con il Reparto di Dimissione.

NOME CAMPO: Onere della degenza				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
27.0	SAN	OBB	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO
L'onere della degenza individua il soggetto sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero.
VALORI AMMESSI: 1 = ricovero a totale carico del SSN; 2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera); 4 = ricovero senza oneri per il SSN; 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;
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI
E240 Obbligatorietà del codice Sanitario Individuale E240 Validità onere della degenza E241 Obbligatorietà onere della degenza E302 Congruenza cittadinanza e codice STP E304 Verifica appartenenza alla Comunità europea per pazienti ENI E364 Presenza tariffa E437 Verifica appartenenza Comunità Europea

OSSERVAZIONI
E240 Congruenza con Codice Sanitario Individuale del Paziente Se il Codice Sanitario Individuale del Paziente inizia con STP ed il quarto carattere è un numero, Onere Degenza deve essere uguale a "8" o "A".

Se il Codice Sanitario Individuale del Paziente inizia con ENI ed il quarto carattere è un numero, se il paese di residenza appartiene alla CEE il campo Onere Degenza deve essere uguale ad "8"

Congruenza con la residenza del Paziente.

Se l'assistito è residente:

- in Italia l'Onere Degenza può essere uguale a "1", "2", "4", "5", "6";
- Paese convenzionato (UE ma paziente non ENI o accordi bilaterali) (**Sito web**) l'Onere deve essere uguale a 7 ed il codice di identificazione personale deve essere riportato nel campo 74.0 Codice identificativo Team.
- in tutti i restanti paesi non convenzionati e per pazienti non rientranti in STP o ENI, l'Onere Degenza deve essere "4".

Il valore onere della degenza è utilizzato per effettuare i seguenti controlli incrociati:

E302 Congruenza fra cittadinanza e codice STP.

In presenza di Onere Degenza uguale a "8" o ad "A", la Cittadinanza deve essere diversa da 100 e non compresa nella tabella degli stati CEE (**Sito web**), le prime tre cifre del Codice Sanitario Individuale del Paziente devono essere uguali ad "STP" e la quarta cifra deve essere numerica.

E304 Verifica appartenenza alla comunità europea ENI

Le ultime tre cifre del Comune di Residenza devono rappresentare uno stato CEE (**Sito web**), la Cittadinanza deve essere < >100, l'Onere Degenza = "8", le prime tre cifre del Codice Sanitario Individuale del Paziente devono essere uguali ad "ENI" e la quarta è numerica.

E364 Presenza tariffa (VALORE importato)

Obbligatorietà di tariffa importata = 0 (zero) se Onere degenza = 4

E020 Obbligatorietà codice sanitario individuale del paziente.

NOME CAMPO: Data 1° trasferimento reparto – Data n° trasferimento reparto				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
28.0 – 30.0 – 32.0 – 34.0 – 36.0	SAN	OSP	8	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>La variabile descrive il percorso che il paziente ha seguito durante un singolo ricovero. Si ha un trasferimento quando il paziente viene trasferito da un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto al posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto-struttura diversi (senza chiusura della SDO). Per ciascun trasferimento effettuato durante il ricovero vanno riempiti i due seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data trasferimento: di otto caratteri, indica la data in cui ha avuto luogo il trasferimento; • Unità Operativa di trasferimento: individua il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente con la modalità di classificazione descritta per la variabile Unità operativa di ammissione. <p>Nella SDO non possono essere registrati oltre 5 trasferimenti. Particolare cura deve essere riservata nella compilazione dei predetti campi in cui è necessario rispettare:</p> <p>la congruenza cronologica fra la data di ammissione e quella del primo trasferimento; l'esatta sequenza cronologica dei trasferimenti successivi; la congruenza cronologica fra la data dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; l'esatta corrispondenza fra l'unità operativa dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; la congruenza nella sequenza delle U.O. di ammissione, di trasferimento, di dimissione.</p>
VALORI AMMESSI:
Sono ammessi tutti i valori coerenti con una data
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI
<p>E060 Incongruenza Data Ricovero e Date Trasferimenti E061 Incongruenza Data Dimissione e Date Trasferimenti E062 Obbligatorietà Date Trasferimento E063 Date Trasferimento non sono congruenti tra loro</p>
OSSERVAZIONI
La Data Trasferimento deve essere compilata obbligatoriamente nel caso di cambio di reparto.

NOME CAMPO: Reparto del 1° trasferimento – Reparto del n° trasferimento				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
29.0 – 31.0 – 33.0 – 35.0 – 37.0	SAN	OSP	4	N

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>Individua il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente con la modalità di classificazione descritta per la variabile Unità operativa di ammissione.</p>	
VALORI AMMESSI:	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Modelli HSP.12	
RIFERIMENTI NORMATIVI: Flussi informativi ministeriali	
CONTROLLI	
<p>E100 Disciplina reparto di trasferimento non valida</p> <p>E101 L'ultimo trasferimento deve coincidere con il Rep. Dimissione</p> <p>E102 Non sono ammessi trasferimenti per i DH</p> <p>E104 Validità sequenza dei trasferimenti</p> <p>E107 Reparto di trasferimento non presente in configurazione</p>	

OSSERVAZIONI
<p>La disciplina del Reparto di Trasferimento deve essere valida al momento della Data di Trasferimento.</p> <p>Anche per tali reparti vale la convenzione per attribuire il reparto al corretto stabilimento relativa al terzo carattere del suo codice e già espressa per l'unità di ammissione (Scheda 26).</p>

NOME CAMPO: Classe di priorità				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
38.0	SAN	OSP	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Il campo è stato inserito nella SDO dal DM 135 del 2010 e identifica la Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nell'Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002. Deve essere registrata una caratteristica dei pazienti inseriti in lista di attesa. La compilazione è obbligatoria per tutti i ricoveri in regime DH e per i ricoveri PROGRAMMATI in regime ORDINARIO</p>
VALORI AMMESSI:
<p>A = Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.</p> <p>B = Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.</p> <p>C = Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.</p> <p>D = Ricovero senza attesa definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.</p> <p>La classe di priorità non si compila per tipo ricovero "5" – parto non urgente.</p>
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI	
E368	Validità classe di priorità
E373	Obbligatorietà Classe di priorità
OSSERVAZIONI	
<p>Tutti i ricoveri urgenti, quindi tutti quelli con tipo di ricovero = (2,3) DEVONO essere codificati con blank in questo campo.</p> <p>Tutti i ricoveri coincidenti con un VERO NATO (tipo Ricovero blank e Provenienza = "01") DEVONO essere codificati con blank in questo campo.</p>	

NOME CAMPO: Unità operativa di dimissione				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
39.0	SAN	OBB	4	N

DESCRIZIONE CAMPO
L'unità operativa di dimissione identifica il reparto dal quale il paziente è stato dimesso. Questo campo deve sempre essere compilato, sia nei casi in cui coincide con l'unità operativa di ammissione, sia nei casi in cui corrisponde con l'unità in cui è registrato l'ultimo trasferimento interno, presente nell'ultima variabile compilata di "Reparto di Trasferimento".
VALORI AMMESSI:
XXXX
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Modelli HSP12 e HSP13
RIFERIMENTI NORMATIVI: Flussi informativi ministeriali
CONTROLLI
E011 Compatibilità sesso con reparto dimissione E093 Compatibilità diagnosi principale con reparto dimissione E101 L'ultimo trasferimento deve coincidere con il Rep. Dimissione E104 Validità sequenza dei trasferimenti E200 Compatibilità reparto dimissione con l'età E201 Obbligatorietà reparto dimissione E202 Reparto di dimissione non presente in configurazione E204 Disciplina reparto di dimissione non valida E363 Presenza DRG (valore importato) E372 Durata della degenza che supera il 50% dei giorni oltre soglia per il DRG cui il ricovero è attribuito

OSSERVAZIONI
<p>Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).</p> <p>Il codice a 4 caratteri è così composto:</p> <p>Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; ✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. <p>Per le case di cura private (modello HSP13)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; ✓ per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00". <p>Il codice dell'unità operativa deve essere coerente con quanto dichiarato sui modelli HSP12 e HSP13.</p> <p>Come indicato nella Circolare Regionale n. 3766 del 15/04/1998, nelle Case di Cura</p>

temporaneamente accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero in Neuropsichiatria (remunerate con specifiche tariffe di diaria giornaliera), il codice dell'Unità operativa deve contenere nelle prime due posizioni il valore "99".

Il Reparto di Dimissione deve essere valido al momento della Data di Dimissione.

Il DRG importato deve essere sempre valorizzato, ad eccezione dei casi in cui le prime due cifre del Reparto di Dimissione sono uguali a "99" e "60".

NOME CAMPO: Data di dimissione o morte				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
40.0	SAN	OBB	8	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>La data di dimissione o di morte deve essere sempre riportata, riempiendo tutti i campi previsti nella forma: ggmmaaaa.</p> <p>Nel caso di ricovero in regime diurno, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso nella 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, e quindi l'anno di dimissione deve essere sempre uguale a quello di ammissione.</p>
<p>VALORI AMMESSI:</p> <p>I valori ammessi sono tutti quelli coerenti con una data</p>
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
<p>E031 Data ricovero incongruente con la data di dimissione</p> <p>E032 Data di ricovero >= Data di Nascita</p> <p>E040 Obbligatorietà Data di Dimissione</p> <p>E041 Data dimissione >= Data Nascita</p> <p>E061 Incongruenza data dimissione con date trasferimenti</p> <p>E072 Date interventi non congruenti con la data di dimissione</p> <p>E113 L'anno di dimissione deve essere = anno di ammissione per i DH</p> <p>E142 Congruenza numero accessi con data ricovero e data dimissione</p> <p>E310 Presenza dell'Azienda in configurazione</p> <p>E366 Congruenza tra data di prenotazione e data di ricovero</p> <p>E372 Degenza che si prolunga oltre il 50% dei giorni previsti dalla soglia del DRG cui il ricovero è attribuito</p>

OSSERVAZIONI
<p>Il codice E372 avvisa gli uffici SDO dei ricoveri per acuti la cui durata è maggiore di oltre il 50% dei giorni del valore soglia del DRG cui sono attribuiti, per i DRG con soglia maggiore di 12 giorni. Per tali ricoveri è richiesta una spiegazione che motivi l'anomala durata del ricovero</p>

NOME CAMPO: Giornate di Day Hospital				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
41.0	SAN	OSP	3	N

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Registrare questa informazione soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 alla variabile "regime di ricovero") indicando il numero complessivo di giornate in cui il paziente è stato presente nella struttura di ricovero per ricevere i trattamenti diagnostici e/o terapeutici previsti nell'arco del assistenziale.</p> <p>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.</p>
VALORI AMMESSI:
XXX
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI	
E140	Validità numero accessi in Day Hospital
E141	Numero accessi obbligatorio
E142	Congruenza numero accessi con data ricovero e data dimissione

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Modalità di dimissione				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
42.0	SAN	OBB	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO	
<p>La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dimesso dall'Istituto e quindi anche l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture</p>	
<p>VALORI AMMESSI:</p> <p>1 = paziente deceduto;</p> <p>2 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente;</p> <p>3 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)</p> <p>4 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal DM 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare";</p> <p>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);</p> <p>6 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti;</p> <p>7 = trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura;</p> <p>8 = trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione.</p> <p>9 =</p>	
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	
CONTROLLI	
E120	Validità Modalità di dimissione
E121	Obbligatorietà Modalità di dimissione
E131	Riscontro autoptico non congruente con modalità dimissione
E364	Presenza tariffa
OSSERVAZIONI	

NOME CAMPO: Riscontro autoptico				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
43.0	SAN	OSP	1	N

DESCRIZIONE CAMPO
Individua i casi in cui per i pazienti deceduti, sia stata eseguita l'autopsia
VALORI AMMESSI: 1: Eseguita l'autopsia; 2: Non eseguita l'autopsia.
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E130 Validità Riscontro autoptico
E131 Riscontro autoptico non congruente con modalità dimissione

OSSERVAZIONI
Se il campo Riscontro autoptico = 1 (eseguito) o 0 (non eseguito) allora la Modalità di Dimissione deve essere uguale a 1 (deceduto).
Se il campo Riscontro Autoptico = blank allora la Modalità di Dimissione deve essere diversa da 1 (deceduto).

NOME CAMPO: Espianto				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
44.0	SAN	OSP	1	N

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Individua i casi in cui in pazienti deceduti sia stato effettuato espianto di organo singolo o multiplo</p>
<p>VALORI AMMESSI: 1: Eseguito l'espianto; 2: Non eseguito l'espianto.</p>
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
NON CONTROLLATO

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Diagnosi principale di dimissione				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
45.0	SAN	OBB	5	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>La diagnosi principale di dimissione è la condizione, identificata alla fine del ricovero come la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. La definizione della diagnosi principale di dimissione è riportata al punto 1 dell'Appendice II allegata a questo documento.</p> <p>La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata in tutte le schede di dimissione ospedaliera e codificata utilizzando correttamente i codici a cinque caratteri riportati nella Classificazione Internazionale delle Malattie -Modificazione Clinica (ICD-9-CM 2007).</p> <p>La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 996.30 e non 996.3.</p> <p>Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.</p>
VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM 2007
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
<p>E014 Compatibilità sesso con le diagnosi</p> <p>E090 Validità del codice diagnosi</p> <p>E091 Compatibilità diagnosi con età</p> <p>E092 Obbligatorietà diagnosi principale</p> <p>E093 Compatibilità diagnosi principale con reparto dimissione</p> <p>E094 Compatibilità diagnosi con modalità trauma</p> <p>E095 Sequenza numerazione diagnosi</p> <p>E096 Duplicazione diagnosi</p> <p>E097 Diagnosi che inizia con V27 in Posizione Principale</p> <p>E252 Congruenza Tipo di ricovero 5 e Diagnosi parto</p> <p>E326 Idoneità scheda madre</p> <p>E326 Controllo Vero Nato (o parto vero)</p> <p>E329 Validità età gestazionale</p> <p>E463 Congruenza diagnosi principale e Stadiazione condensata</p>

OSSERVAZIONI
<p>Il valore della diagnosi principale è utilizzato per effettuare i seguenti controlli incrociati:</p> <p>E014 Compatibilità sesso con diagnosi</p>

Se Sesso = 1 (maschio) il codice Diagnosi non deve essere elencato nell'Allegato 3,
Se Sesso = 2 (femmina) il codice Diagnosi non deve essere elencato nell'Allegato 4

E091 Compatibilità diagnosi con età

Per ogni Codice Diagnosi verifica che:

- Se l'Età è minore o uguale a 14 anni il codice Diagnosi non deve essere elencato nell'Allegato 6.
- Se l'Età è maggiore di 1 anno il codice Diagnosi non deve essere elencato nell'Allegato 7.
- Se l'Età è minore o uguale ad 11 anni o maggiore o uguale a 56 anni, il codice Diagnosi non deve essere elencato negli Allegati 8, 9 o 10.
- Se l'Età è maggiore o uguale a 18 anni il codice Diagnosi non può essere presente nell'Allegato 11.

E093 Compatibilità diagnosi principale con reparto dimissione

In presenza di codice Diagnosi Principale con Reparto Dimissione diverso da 37xx o diverso da 67xx, le prime tre cifre del codice Diagnosi non devono trovarsi in questi intervalli:

- 630- 646 (estremi compresi)
- 650- 676 (estremi compresi)

E094 Compatibilità Diagnosi con modalità di trauma

- Con Regime di Ricovero = 1, in assenza di Traumatismo non è ammesso nessun Codice Diagnosi relativo ad un trauma
- In presenza di Trauma deve essere presente un codice Diagnosi di trauma
- Una diagnosi è considerata di trauma se è compresa in questi intervalli:
- 800 – 904 (estremi compresi)
- 910 – 995 (estremi compresi) (esclusa la 995.9X)

E095 Sequenza numerazione diagnosi

Verifica la corretta sequenza dei codici Diagnosi (verifica che non ci siano campi vuoti tra le Diagnosi indicate sulla SDO).

E096 Duplicazione diagnosi

Verifica che non ci siano diagnosi ripetute.

E097 Diagnosi che inizia con V27 in posizione principale

Il codice diagnosi principale non deve iniziare con V27.

E326 Controllo vero nato (parto vero)

Se il codice Diagnosi Principale non inizia con "V":

Nel caso in cui le prime tre cifre della Diagnosi Principale siano comprese nei seguenti intervalli 640 - 649 o 651 - 676 allora:

- La quinta cifra non può essere 0
- Se la quinta cifra è 1 o 2 il Regime di Ricovero deve essere 1 e deve esserci almeno un'altra Diagnosi in cui le prime tre cifre sono "V27"

- Se la quinta cifra è 3 o 4 allora
 - Non può esserci un'altra diagnosi le cui prime tre cifre siano uguali a "V27"
 - Non ci può essere nessuna procedura dell'intervallo [72xx, 74xx]

Nel caso in cui le prime tre cifre della Diagnosi Principale siano uguali a 650 allora il Regime Ricovero deve essere 1 e deve esserci almeno un'altra Diagnosi le cui prime tre cifre siano "V27"

E329 Validità età gestazionale

L'Età gestazionale deve essere compresa tra 22 e 42 settimane.

Se presente la Diagnosi 766.22 l'età gestazionale può essere compresa tra 43 e 44 settimane

NOME CAMPO: 1° Diagnosi concomitante o complicante e 2^a - 3^a - 4^a - 5^a				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
46.9 – 47.0 - 48.0 – 49.0 – 50.0	SAN	OSP	5	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Le diagnosi secondarie di dimissione sono quelle condizioni, diverse dalla diagnosi principale, che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.</p> <p>La definizione delle diagnosi secondarie o concomitanti è riportata al punto 2 dell'Appendice II al presente allegato tecnico.</p> <p>Nella SDO possono essere registrate <i>fino a cinque</i> diagnosi secondarie che devono essere correttamente codificate utilizzando i codici riportati nella Classificazione Internazionale delle Malattie - versione 9 - Modifiche Cliniche (ICD-9-CM 2007).</p> <p>La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 996.30 e non 996.3</p> <p>Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate.</p> <p>Nella SDO del neonato sano relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita non deve essere annotata, di norma, nessuna diagnosi secondaria.</p>
VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Classificazione ICD-9-CM 2007
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
<p>E014 Compatibilità sesso con le diagnosi</p> <p>E090 Validità del codice diagnosi</p> <p>E091 Compatibilità diagnosi con età</p> <p>E093 Compatibilità diagnosi principale con reparto dimissione</p> <p>E094 Compatibilità diagnosi con modalità trauma</p> <p>E095 Sequenza numerazione diagnosi</p> <p>E096 Duplicazione diagnosi</p> <p>E097 Diagnosi che inizia con V27 in Posizione Principale</p> <p>E326 Controllo Vero Nato (o parto vero)</p> <p>E329 Validità età gestazionale</p> <p>E463 Congruenza stadiazione condensata e codice diagnosi</p>
OSSERVAZIONI
<p>Il valore delle diagnosi secondarie è oggetto dei seguenti controlli incrociati:</p> <p>E014 Compatibilità sesso con diagnosi</p> <p>Se Sesso = 1 (maschio) il codice Diagnosi non si deve trovare nella lista dell'Allegato 3, mentre se Sesso = 2 (femmina) la Diagnosi non si deve trovare nell'Allegato 4</p> <p>E091 Compatibilità diagnosi con età</p>

Per ogni Codice Diagnosi si verifica che:

- Se l'Età è minore o uguale a 14 anni, il Codice Diagnosi non può essere tra quelli dell'Allegato 6.
- Se l'Età è maggiore di 1 anno, il Codice Diagnosi non può essere tra quelli dell'Allegato 7.
- Se l'Età è minore o uguale ad 11 anni o maggiore o uguale a 56 anni, il Codice Diagnosi non può essere tra quelli degli allegati 8, 9, o dell'Allegato 10.
- Se l'Età è maggiore o uguale a 18 anni, il Codice Diagnosi non può essere tra quelli dell'Allegato 11.

E094 Compatibilità Diagnosi con modalità di trauma

- Con Regime di Ricovero = 1, in assenza di Traumatismo non è ammesso nessun Codice Diagnosi relativo ad un trauma
- In presenza di Trauma deve essere presente un Codice Diagnosi di trauma
- Una diagnosi è considerata di trauma se è compresa in questi intervalli:
- 800 – 904 (estremi compresi)
- 910 – 995.8 (estremi compresi) (non sono inclusi i codici la 995.9X)

E095 Sequenza numerazione diagnosi

Verifica la corretta sequenza dei Codici Diagnosi (verifica che non ci siano campi vuoti tra le Diagnosi indicate sulla SDO).

E096 Duplicazione diagnosi

Verifica che non ci siano diagnosi ripetute.

E097 Diagnosi che inizia con V27 in posizione principale

E329 Validità età gestazionale

L'Età gestazionale deve essere compresa tra 22 e 42 settimane.

Se presente la Diagnosi 766.22 l'età gestazionale può essere compresa tra 43 e 44 settimane

NOME CAMPO: Data Intervento Chirurgico Principale o parto				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
51.0	SAN	OSP	8	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Riportare la data in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico principale, compilando gli otto caratteri previsti con il formato GGMMAAAA. Con la data deve essere registrata anche l'ora di inizio dell'intervento chirurgico principale.
VALORI AMMESSI: I valori ammessi sono tutti quelli coerenti con una data 7
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E070 Obbligatorietà data di intervento
E073 Obbligatorietà data intervento principale
E071 Date interventi non congruenti con data ricovero
E072 Date interventi non congruenti con la data di dimissione

OSSERVAZIONI
La Data Intervento o Procedura deve essere maggiore o uguale alla Data di Ricovero. Sono ammesse date di intervento precedenti alla Data di Ricovero nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> • Day surgery, Provenienza Paziente = H (da altro Regime dell'Istituto) e Tipo Ricovero = 2 (Trasferito da Day surgery); • Preospedalizzazione, Tipo Ricovero = 4 (programmato con preospedalizzazione) La Data Intervento o Procedura deve essere minore o uguale alla Data di Dimissione

NOME CAMPO: Intervento Chirurgico Principale o parto				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
52.0	SAN	OSP	4	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero e individuata come quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.).</p> <p>La definizione di intervento chirurgico principale o parto è riportata al punto 3 dell'Appendice II del presente allegato tecnico.</p> <p>I codici da utilizzare sono quelli a quattro caratteri riportati nella Classificazione Internazionale delle Malattie - Modifiche Cliniche (ICD-9-CM 2007).,</p>
VALORI AMMESSI:
I valori ammessi sono tutti quelli coerenti con una data
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Classificazione ICD-9-CM 2007
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI												
<table> <tr> <td>E080</td> <td>Validità del codice intervento</td> </tr> <tr> <td>E073</td> <td>Obbligatorietà data intervento principale</td> </tr> <tr> <td>E013</td> <td>Compatibilità sesso con intervento chirurgico</td> </tr> <tr> <td>E081</td> <td>Sequenza numerazione procedure</td> </tr> <tr> <td>E082</td> <td>Validità ordine procedure</td> </tr> <tr> <td>E326</td> <td>Controllo vero nato (parto vero)</td> </tr> </table>	E080	Validità del codice intervento	E073	Obbligatorietà data intervento principale	E013	Compatibilità sesso con intervento chirurgico	E081	Sequenza numerazione procedure	E082	Validità ordine procedure	E326	Controllo vero nato (parto vero)
E080	Validità del codice intervento											
E073	Obbligatorietà data intervento principale											
E013	Compatibilità sesso con intervento chirurgico											
E081	Sequenza numerazione procedure											
E082	Validità ordine procedure											
E326	Controllo vero nato (parto vero)											

OSSERVAZIONI
<p>La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD-9-CM di maggior dettaglio ad es. 55.91 e non 55.9 .</p> <p>Il controllo 082 verifica che nel campo Procedura principale sia inserito un codice di procedura ICD-IX-CM classificato nelle classi AHQR 4 o 3.</p> <p>L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero individuata secondo i seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in presenza di più procedure chirurgiche, 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.); 2. nel caso in cui siano segnalate sia procedure chirurgiche sia procedure diagnostiche o terapeutiche, riportare sempre prima le procedure chirurgiche;

3. in presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche, selezionare e codificare come principale quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse;

4. in caso di parto.

L'intervento principale deve essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).

Se Sesso = 1 (maschio) il codice Procedura o Intervento non deve essere presente nella lista dell'Allegato 1, mentre se Sesso = 2 (femmina) il codice Procedura o Intervento non deve essere elencato nell'Allegato 2.

Se Tipo DRG = "C" il campo Intervento Chirurgico/Procedura Principale o Parto deve essere compilato con l'intervento principale / procedura che determina il DRG.

Se il codice Diagnosi Principale non inizia con "V" ì:

Nel caso in cui le prime tre cifre della Diagnosi Principale siano comprese nel seguente intervallo ≥ 640 e ≤ 649 o ≥ 651 e ≤ 676 allora:

- La quinta cifra non può essere 0
- Se la quinta cifra è 1 o 2 il Regime di Ricovero deve essere 1 e deve esserci almeno un'altra Diagnosi le cui prime tre cifre siano "V27"
- Se la quinta cifra è 3 o 4 allora
 - Non può esserci un'altra diagnosi le cui prime tre cifre siano uguali a "V27"
 - Non ci può essere nessuna procedura dell'intervallo [72xx - 74xx]

Nel caso in cui le prime tre cifre della Diagnosi Principale siano uguali a 650 allora il Regime Ricovero deve essere 1 e deve esserci almeno un'altra Diagnosi le cui prime tre cifre siano "V27".

NOME CAMPO: Data 1° intervento o procedura secondaria – Data n° intervento o procedura secondaria				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
53.0 – 55.0 – 57.0 – 59.0 – 61.0	SAN	OSP	8	AN

DESCRIZIONE CAMPO

Riportare le date in cui sono stati eseguiti gli ulteriori interventi chirurgici, compilando gli otto caratteri previsti con il formato GGMMAAAA.

VALORI AMMESSI:

Sono ammessi tutti i valori coerenti con una data
GGMMAAAA

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI

- E070 Obbligatorietà data di intervento
- E071 Date interventi non congruenti con data di ricovero
- E072 Date interventi non congruenti con data di dimissione
- E013 Compatibilità Sesso con Intervento chirurgico
- EXX5 Congruenza Data – Ora di ricovero e Date interventi in ricoveri in regime ordinario

OSSERVAZIONI

La Data Intervento o Procedura deve essere maggiore o uguale alla Data di Ricovero.

Sono ammesse date di intervento precedenti alla Data di Ricovero nei seguenti casi:

- Day surgery, Provenienza Paziente = H (da altro Regime dell'Istituto) e Tipo Ricovero = 2 (Trasferito da Day surgery)
- Preospedalizzazione, Tipo Ricovero = 4 (programmato con preospedalizzazione)

La Data Intervento o Procedura deve essere minore o uguale alla Data di Dimissione

NOME CAMPO: **1° Intervento o procedura secondaria – n° Intervento o procedura Secondaria**

RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
54.0 – 56.0 – 58.0 – 60.0 – 62.0	SAN	OSP	4	AN

DESCRIZIONE CAMPO

La definizione di intervento chirurgico o procedura è riportata al punto 3 dell'Appendice II del presente allegato tecnico. I codici da utilizzare sono quelli a quattro caratteri riportati nella già citata Classificazione internazionale delle malattie-modificazione clinica (ICD-9-CM 2007).

VALORI AMMESSI:

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: **ICD-9-CM 2007**

RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI

E080	Validità del Codice di intervento
E013	Compatibilità con intervento chirurgico
E081	Sequenza numerazione procedure
E082	Validità ordine procedure
E326	Controllo Vero nato (parto vero)

OSSERVAZIONI

Se Sesso = 1 (maschio) il codice Procedura o Intervento non deve essere presente nella lista dell'Allegato 1, mentre se Sesso = 2 (femmina) il codice Procedura o Intervento non deve riportare nell'Allegato 2.

Se Tipo DRG = "C" il campo Intervento Chirurgico/Procedura Principale o Parto deve essere compilato con l'intervento principale/ procedura che determina il DRG.

Se il codice Diagnosi Principale non inizia con "V":

Nel caso in cui le prime tre cifre della Diagnosi Principale siano comprese negli intervalli 640 - 649 e 651 - 676 allora:

- La quinta cifra non può essere 0
- Se la quinta cifra è 1 o 2 il Regime di Ricovero deve essere 1 e deve esserci almeno un'altra Diagnosi le cui prime tre cifre siano "V27"
- Se la quinta cifra è 3 o 4 allora
 - Non può esserci un'altra diagnosi le cui prime tre cifre siano uguali a "V27"
 - Non ci può essere nessuna procedura dell'intervallo [72xx - 74xx]

Nel caso in cui le prime tre cifre della Diagnosi Principale siano uguali a 650 allora il Regime Ricovero deve essere 1 e deve esserci almeno un'altra Diagnosi le cui prime tre cifre siano "V27".

NOME CAMPO <i>Età gestazionale</i>				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
63.0	SAN	OSP	2	N

DESCRIZIONE CAMPO
Nelle SDO delle nascite dei neonati deve essere inserito in questo campo il numero delle settimane di gestazione compiute della madre.
VALORI AMMESSI: Numeri interi nell'intervallo (22,44)
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E327 Obbligatorietà età gestazionale
E329 Validità età gestazionale

OSSERVAZIONI
E327 Va rilevato il numero di settimane di gestazione della madre al momento del parto. L'Età gestazionale deve essere compresa tra 22 e 42 settimane. Se presente la Diagnosi 766.22 l'età gestazionale può essere compresa tra 43 e 44 settimane.

NOME CAMPO Peso alla nascita				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
64.0	SAN	OSP	4	N

DESCRIZIONE CAMPO

Questa informazione identifica il peso in grammi registrato al momento della nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita.

La compilazione è obbligatoria in caso di nuovo nato.

VALORI AMMESSI:

Numeri interi nell'intervallo (400, 5500)

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI

E322	Obbligatorietà peso neonato
E320	Validità peso neonato

OSSERVAZIONI

Il peso del neonato deve essere maggiore o uguale a 400 e minore o uguale a 5500.

NOME CAMPO: Numero progressivo del ricovero della madre				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
65.0	SAN	OSP	8	N

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Compilato solo nella scheda di dimissione relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita di un neonato, deve essere composto inserendo le ultime 2 cifre dell'anno di ricovero e le 6 cifre che costituiscono il numero nosologico progressivo della scheda della madre.</p> <p><i>Questo campo deve essere compilato con valore "99999999" nel caso in cui la madre richieda l'anonimato o il neonato venga dato in adozione.)"</i></p>

VALORI AMMESSI:
NNNNNNNN

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
<p>E324 Numero scheda madre (obbligatorietà della compilazione in caso di neonato)</p> <p>E325 Idoneità numero scheda madre</p> <p>E328 Presenza in archivio del numero scheda madre</p>

OSSERVAZIONI
<p>Deve essere contemporaneamente presente nell'archivio di ControlSDO il numero della scheda del neonato e quello della madre.</p>

NOME CAMPO: DRG				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
67.0	SAN	OBB	3	N

DESCRIZIONE CAMPO
Inserire il codice del DRG attribuito a ciascun dimesso secondo la versione 24 CMS del Grouper (<i>configurata per i codici ICD-9-CM versione 2007</i>).
La compilazione del campo non è obbligatoria per i dimessi dalle unità operative di lungodegenza (codice di disciplina 60) e di lungodegenza neuropsichiatrica (codice di disciplina 99) delle case di cura temporaneamente accreditate che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera di neuropsichiatria.

VALORI AMMESSI:
NNN
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: CMS 24
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E363 Presenza DRG
E081 Sequenza numerazione procedure
E364 Presenza tariffa
E376 Ricovero lungo oltre soglia – di durata che supera il 50% del valore soglia del DRG
OSSERVAZIONI
Il programma regionale di controllo di qualità delle SDO (CONTROLSDO) effettua il ricalcolo del DRG utilizzando il programma Grouper versione 24 configurato per codici ICD-9-CM 2007 e controlla che il codice DRG corrisponda con il codice importato dall'ASL/AO. Si possono rilevare differenze tra questi due valori solo se il programma Grouper utilizzato dall'Ufficio centrale SDO/DRG e quello utilizzato dall'Istituto di Cura sono configurati in modo differente e quindi disallineati. Il programma CONTROLSDO stampa, su richiesta, un report che segnala i casi di disallineamento fra i DRG.
Il campo DRG deve essere sempre valorizzato, ad eccezione dei casi in cui i primi due caratteri del Reparto di Dimissione sono uguali a "99" o "60".
Se Tipo DRG = "C" il campo Intervento Chirurgico/Procedura Principale o Parto deve essere compilato con l'intervento principale/ procedura che determina il DRG.

NOME CAMPO: Tariffa				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
68.0	SAN	OBB	8	N

DESCRIZIONE CAMPO
Nel campo numerico a nove caratteri deve essere inserita la tariffa in EURO, calcolata per ciascun dimesso ed indicata nel tariffario regionale previsto con il DCA 32/ 2013.

VALORI AMMESSI: Un valore numerico composto da sei cifre intere e due decimali separati da virgola NNNNNN,NN
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO: Vedi sito web
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E364 Presenza Tariffa (Valore importato)

OSSERVAZIONI
<p>Il programma regionale di controllo di qualità delle SDO (CONTROLSDO) effettua il ricalcolo della tariffa e verifica che la tariffa calcolata corrisponda a quella importata proveniente da ASL/AO. In caso di disallineamento fra tariffe la scheda resterà bloccata nell'area di errore di ControlSDO e non potrà essere trasmessa al livello regionale a meno di inserire specifici valori nel campo destinazione record (scheda 16) così come descritto nell'Appendice I.</p> <p style="text-align: center;"><u>Ricoveri acuti ordinari e Diurni</u></p> <p>Per i ricoveri acuti ordinari e diurni la diversità tra questi due valori si verifica solo quando le tabelle delle tariffe che utilizza il programma CONTROLSDO dell'Ufficio centrale SDO/DRG dell'ASL/AO e quelle utilizzate dall'istituto di cura sono differenti. Il programma CONTROLSDO stampa, su richiesta, un report che segnala i casi di disallineamento fra le tariffe.</p> <p>Il valore della Tariffa viene anche utilizzato per effettuare i seguenti controlli incrociati: E364 Presenza tariffa (valore importato) La compilazione del rimborso è sempre obbligatoria, fanno eccezione</p> <p>i casi in cui la tariffa DEVE essere = '000000,00':</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onere Degenza = 4 (senza Oneri per SSN) • Day surgery; Regime di Ricovero = 2, Motivo di Ricovero = 2 e Modalità di

dimissione = 7 (trasferito altro regime stesso istituto).

- Day surgery; Regime di Ricovero = 2, indipendentemente dal valore del Motivo di Ricovero Modalità di dimissione = 7 (trasferito altro regime stesso istituto) e Tipo DRG chirurgico.
- Regime ricovero = 1, durata ricovero < 2 e modalità dimissione = (1,6) ed elenco DRG a tariffa relativa 0 (zero)
- ((Regime ricovero = 1 e modalità dimissione <> (1,6)) o Regime di ricovero = 2) ed elenco DRG a tariffa relativa 0 (zero);

e quelli in cui la tariffa **PUO'** essere = '000000,00':

- Posizione Contabile uguale a 5.

NOME CAMPO: Data di trasferimento alla regione				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
69.0	SAN	OBB	8	AN

DESCRIZIONE CAMPO

Deve essere riportata la data di trasferimento della scheda alla regione, 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.

VALORI AMMESSI:

I valori ammessi sono tutti quelli coerenti con una data

GGMMAAAA

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI
OSSERVAZIONI

Nel programma CONTROLSDO oltre all'area di lavoro e l'area di errore, è presente una terza area, detta delle "spedite" che contiene tutte le schede già inviate dall'Ufficio di Controllo ASL al livello regionale, individuabili con la data di spedizione.

L'area delle Spedite nel programma CONTROLSDO ha consentito di avere nuove funzionalità che migliorano sia l'archiviazione al livello degli Uffici di Controllo aziendali che il flusso dei dati al livello regionale. Infatti:

- Tutte le schede lavorate dall'Ufficio di controllo potranno essere archiviate, evitando di eliminare dalla propria base dati schede precedentemente importate per far posto alle nuove in importazione.
- Le basi dati degli Uffici di Controllo SDO delle Aziende saranno allineate con quelle inviate ed archiviate al livello regionale.
- Rende possibile, laddove in casi eccezionali se ne abbia la necessità, di spedire nuovamente schede precedentemente inviate al livello regionale.
- La gestione degli invii di schede "al primo invio" o quello di schede di correzione e/o integrazione è reso più ordinato e funzionale.

NOME CAMPO: Motivo contestazione				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
70.0	SAN	NOB	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Campo non più attivo</p>

VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: <i>Esito contestazione</i>				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
71.0	SAN	NOB	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Campo non più attivo</p>

VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Codice causa esterna dei traumatismi				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
72.0	SAN	OSP	5	AN

DESCRIZIONE CAMPO
In questo campo deve essere indicato un codice E della Classificazione ICD-9-CM 2007 nel caso in cui motivo di un ricovero ordinario è un trauma, un incidente o una intossicazione (in diagnosi principale o secondaria è registrato un codice ICD-9-CM negli intervalli 800-904 e 910-995.89. escluse le diagnosi con codici da 995.9X).

VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E371 Validità causa traumatismi

OSSERVAZIONI
E371 Validità causa traumatismi Il valore riportato nel campo Causa Traumatismi deve essere fra quelli presenti nell'Allegato 14.

NOME CAMPO: Codice identificativo TEAM				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
74.0	TRE	OSP	20	AN

DESCRIZIONE CAMPO
In questo campo deve essere indicata l'informazione relativa al numero di identificazione della tessera TEAM in caso di cittadino europeo.

VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI	
E437	Verifica appartenenza alla comunità Europea. Obbligatorio se Onere degenza uguale a 7

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: <i>Presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità</i>				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
75.0	TRE	FAC	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO
In questo campo deve essere indicata l'informazione relativa alla presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica.

VALORI AMMESSI: 0 = Codice identificativo valido (presente in banca dati) 1 = Codice identificativo errato (non presente in banca dati)
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E438 Validità del codice di verifica banca dati assistiti

OSSERVAZIONI
(*)Codificare blank in caso di assenza di informazione

NOME CAMPO: Tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
76.0	TRE	FAC	2	AN

DESCRIZIONE CAMPO
In questo campo deve essere indicata l'informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica.

VALORI AMMESSI:
0 = Codice fiscale 1 = Codice STP 2 = Codice ENI 3 = Codice TEAM 99 = Codice non presente in banca dati
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E439 Validità del tipo codice identificativo dell'assistito (*)

OSSERVAZIONI
Il campo non va valorizzato nella fase transitoria del sistema SDO, ma diventerà obbligatorio quando lo stesso sarà a regime. (*)Codificare blank in caso di assenza di informazione

NOME CAMPO: <i>Ora del ricovero</i>				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
77.0	TRE	OSP	4	AN

DESCRIZIONE CAMPO
In questo campo deve essere indicata l'ora di accettazione nel reparto di ammissione, ovvero: <ul style="list-style-type: none"> - l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente per ricoveri non urgenti chirurgici - l'ora di accesso alla sala operatoria per i ricoveri urgenti chirurgici l'ora di nascita per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita.

VALORI AMMESSI:
Inserire 4 caratteri numerici col formalismo
O O M M
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E440 Validità del formato ora del ricovero
E441 Congruenza tra data di ricovero e data di dimissione

OSSERVAZIONI
(*)Codificare blank in caso di assenza di informazione

NOME CAMPO: <i>Ora di dimissione o morte</i>				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
78.0	TRE	OSP	4	AN

DESCRIZIONE CAMPO

In questo campo deve essere indicata l'ora riportata all'atto della dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora del decesso.

VALORI AMMESSI:

Inserire 4 caratteri numerici col formalismo

O O M M

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI

E442	Validità del formato ora dimissione o morte
E441	Congruenza tra data di ricovero e data di dimissione

OSSERVAZIONI

(*)Codificare blank in caso di assenza di informazione

NOME CAMPO: Estensione Trasferimento 1° Codice Istituto – fino a Estensione Trasferimento 5° Codice Istituto				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
79.0 – 81.0 – 83.0 – 85.0 – 87.0	TRE	OSP	8	N

DESCRIZIONE CAMPO
<p>I trasferimenti interni ed esterni possono essere riportati solo nei casi di ricovero in regime ordinario, identificano il percorso seguito dal paziente durante il ricovero. Per ciascun trasferimento effettuato durante il ricovero vanno riempiti i due seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data trasferimento: di otto caratteri, indica la data in cui ha avuto luogo il trasferimento; • Istituto di trasferimento: individua il codice dell'Istituto di cura presso il quale è stato trasferito il paziente in base alla seguente codifica RRRHHSS (dove RRR=regione; HHH= progressivo numerico univoco dell'istituto di cura in ambito regionale; SS= progressivo dello stabilimento ospedaliero come da HSP.11bis oppure "00" in caso di istituto di cura con unica sede); • Unità Operativa di trasferimento: individua il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente con la modalità di classificazione descritta per la variabile Unità operativa di ammissione in base al codice riportato nei modelli di rilevazione ministeriali delle attività ospedaliere HSP.12 e HSP.13 (i primi due caratteri identificano la disciplina ospedaliera; i successivi due caratteri indicano: per le strutture pubbliche ed equiparate (in coerenza con il modello HSP.12) il progressivo di divisione con cui si distinguono unità operative della stessa disciplina nello stesso Istituto di cura (presidio e stabilimento); per le case di cura private andrà riportato il codice "00") • Ora di trasferimento <p>Nella SDO non possono essere registrati oltre 15 trasferimenti. Particolare cura deve essere riservata nella compilazione dei predetti campi in cui è necessario rispettare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la congruenza cronologica fra la data di ammissione e quella del primo trasferimento; - l'esatta sequenza cronologica dei trasferimenti successivi; - la congruenza cronologica fra la data dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - l'esatta corrispondenza fra l'unità operativa dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - la congruenza nella sequenza delle U.O. di ammissione, di trasferimento, di dimissione
VALORI AMMESSI: Inserire 8 caratteri numerici con il formalismo RRRHHSS
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI	
-----------	--

E451	Presenza dell'Istituto di trasferimento in configurazione
------	---

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Estensione Trasferimento 1° Ora – fino a Estensione Trasferimento 5° Ora				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
80.0 – 82.0 – 84.0 – 86.0 – 88.0	TRE	OSP	8	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>I trasferimenti interni ed esterni possono essere riportati solo nei casi di ricovero in regime ordinario, identificano il percorso seguito dal paziente durante il ricovero. Per ciascun trasferimento effettuato durante il ricovero vanno riempiti i due seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data trasferimento: di otto caratteri, indica la data in cui ha avuto luogo il trasferimento; • Istituto di trasferimento: individua il codice dell'Istituto di cura presso il quale è stato trasferito il paziente in base alla seguente codifica RRRHHHSS (dove RRR=regione; HHH= progressivo numerico univoco dell'istituto di cura in ambito regionale; SS= progressivo dello stabilimento ospedaliero come da HSP.11bis oppure "00" in caso di istituto di cura con unica sede); • Unità Operativa di trasferimento: individua il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente con la modalità di classificazione descritta per la variabile Unità operativa di ammissione in base al codice riportato nei modelli di rilevazione ministeriali delle attività ospedaliere HSP.12 e HSP.13 (i primi due caratteri identificano la disciplina ospedaliera; i successivi due caratteri indicano: per le strutture pubbliche ed equiparate (in coerenza con il modello HSP.12) il progressivo di divisione con cui si distinguono unità operative della stessa disciplina nello stesso Istituto di cura (presidio stabilimento); per le case di cura private andrà riportato il codice "00") • Ora di trasferimento <p>Nella SDO non possono essere registrati oltre 15 trasferimenti. Particolare cura deve essere riservata nella compilazione dei predetti campi in cui è necessario rispettare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la congruenza cronologica fra la data di ammissione e quella del primo trasferimento; - l'esatta sequenza cronologica dei trasferimenti successivi; - la congruenza cronologica fra la data dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - l'esatta corrispondenza fra l'unità operativa dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - la congruenza nella sequenza delle U.O. di ammissione, di trasferimento, di dimissione

VALORI AMMESSI:
Inserire 4 caratteri numerici con il formalismo OOMM

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:

RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI

E450	Validità del formato ora del trasferimento
------	--

OSSERVAZIONI

(*)Codificare blank in caso di assenza di informazione
--

NOME CAMPO: Trasferimento 6° Codice Istituto – fino a Trasferimento 15° Codice Istituto				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
89.0 – 93.0 – 97.0 – 101.0 – 105.0 109.0 – 113.0 – 117.0 – 121.0 – 125.0	TRE	OSP	8	N

DESCRIZIONE CAMPO
<p>I trasferimenti interni ed esterni possono essere riportati solo nei casi di ricovero in regime ordinario, identificano il percorso seguito dal paziente durante il ricovero. Per ciascun trasferimento effettuato durante il ricovero vanno riempiti i due seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data trasferimento: di otto caratteri, indica la data in cui ha avuto luogo il trasferimento; • Istituto di trasferimento: individua il codice dell'Istituto di cura presso il quale è stato trasferito il paziente in base alla seguente codifica RRRHHHSS (dove RRR=regione; HHH= progressivo numerico univoco dell'istituto di cura in ambito regionale; SS= progressivo dello stabilimento ospedaliero come da HSP.11bis oppure "00" in caso di istituto di cura con unica sede); • Unità Operativa di trasferimento: individua il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente con la modalità di classificazione descritta per la variabile Unità operativa di ammissione in base al codice riportato nei modelli di rilevazione ministeriali delle attività ospedaliere HSP.12 e HSP.13 (i primi due caratteri identificano la disciplina ospedaliera; i successivi due caratteri indicano: per le strutture pubbliche ed equiparate (in coerenza con il modello HSP.12) il progressivo di divisione con cui si distinguono unità operative della stessa disciplina nello stesso Istituto di cura (presidio e stabilimento); per le case di cura private andrà riportato il codice "00") • Ora di trasferimento <p>Nella SDO non possono essere registrati oltre 15 trasferimenti. Particolare cura deve essere riservata nella compilazione dei predetti campi in cui è necessario rispettare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la congruenza cronologica fra la data di ammissione e quella del primo trasferimento; - l'esatta sequenza cronologica dei trasferimenti successivi; - la congruenza cronologica fra la data dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - l'esatta corrispondenza fra l'unità operativa dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - la congruenza nella sequenza delle U.O. di ammissione, di trasferimento, di dimissione

VALORI AMMESSI:

Inserire 8 caratteri numerici con il formalismo

RRRHHSS

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:

RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI

E451

Presenza dell'Istituto di trasferimento in configurazione

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Trasferimento 6° Codice Reparto – fino a Trasferimento 15° Codice Reparto				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
90.0 – 94.0 – 98.0 – 102.0 – 106.0 110.0 – 114.0 – 118.0 – 122.0 – 126.0	TRE	OSP	4	N

DESCRIZIONE CAMPO
<p>I trasferimenti interni ed esterni possono essere riportati solo nei casi di ricovero in regime ordinario, identificano il percorso seguito dal paziente durante il ricovero. Per ciascun trasferimento effettuato durante il ricovero vanno riempiti i due seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data trasferimento: di otto caratteri, indica la data in cui ha avuto luogo il trasferimento; • Istituto di trasferimento: individua il codice dell'Istituto di cura presso il quale è stato trasferito il paziente in base alla seguente codifica RRRHHSS (dove RRR=regione; HHH= progressivo numerico univoco dell'istituto di cura in ambito regionale; SS= progressivo dello stabilimento ospedaliero come da HSP.11bis oppure "00" in caso di istituto di cura con unica sede); • Unità Operativa di trasferimento: individua il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente con la modalità di classificazione descritta per la variabile Unità operativa di ammissione in base al codice riportato nei modelli di rilevazione ministeriali delle attività ospedaliere HSP.12 e HSP.13 (i primi due caratteri identificano la disciplina ospedaliera; i successivi due caratteri indicano: per le strutture pubbliche ed equiparate (in coerenza con il modello HSP.12) il progressivo di divisione con cui si distinguono unità operative della stessa disciplina nello stesso Istituto di cura (presidio e stabilimento); per le case di cura private andrà riportato il codice "00") • Ora di trasferimento <p>Nella SDO non possono essere registrati oltre 15 trasferimenti. Particolare cura deve essere riservata nella compilazione dei predetti campi in cui è necessario rispettare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la congruenza cronologica fra la data di ammissione e quella del primo trasferimento; - l'esatta sequenza cronologica dei trasferimenti successivi; - la congruenza cronologica fra la data dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - l'esatta corrispondenza fra l'unità operativa dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - la congruenza nella sequenza delle U.O. di ammissione, di trasferimento, di dimissione

VALORI AMMESSI: Inserire 4 caratteri numerici con il formalismo XXXX
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Trasferimento 6° Data – fino a Trasferimento 15° Data				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
91.0 – 95.0 – 99.0 – 103.0 – 107.0 111.0 – 115.0 – 119.0 – 123.0 – 127.0	TRE	OSP	8	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>I trasferimenti interni ed esterni possono essere riportati solo nei casi di ricovero in regime ordinario, identificano il percorso seguito dal paziente durante il ricovero. Per ciascun trasferimento effettuato durante il ricovero vanno riempiti i due seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data trasferimento: di otto caratteri, indica la data in cui ha avuto luogo il trasferimento; • Istituto di trasferimento: individua il codice dell'Istituto di cura presso il quale è stato trasferito il paziente in base alla seguente codifica RRRHHHSS (dove RRR=regione; HHH= progressivo numerico univoco dell'istituto di cura in ambito regionale; SS= progressivo dello stabilimento ospedaliero come da HSP.11bis oppure "00" in caso di istituto di cura con unica sede); • Unità Operativa di trasferimento: individua il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente con la modalità di classificazione descritta per la variabile Unità operativa di ammissione in base al codice riportato nei modelli di rilevazione ministeriali delle attività ospedaliere HSP.12 e HSP.13 (i primi due caratteri identificano la disciplina ospedaliera; i successivi due caratteri indicano: per le strutture pubbliche ed equiparate (in coerenza con il modello HSP.12) il progressivo di divisione con cui si distinguono unità operative della stessa disciplina nello stesso Istituto di cura (presidio e stabilimento); per le case di cura private andrà riportato il codice "00") • Ora di trasferimento <p>Nella SDO non possono essere registrati oltre 15 trasferimenti. Particolare cura deve essere riservata nella compilazione dei predetti campi in cui è necessario rispettare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la congruenza cronologica fra la data di ammissione e quella del primo trasferimento; - l'esatta sequenza cronologica dei trasferimenti successivi; - la congruenza cronologica fra la data dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - l'esatta corrispondenza fra l'unità operativa dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - la congruenza nella sequenza delle U.O. di ammissione, di trasferimento, di dimissione

VALORI AMMESSI:

Inserire 8 caratteri numerici con il formalismo

GGMMAAAA

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:

RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI

NOME CAMPO: Trasferimento 6° Ora → Trasferimento 15° Ora				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
92.0 – 96.0 – 100.0 – 104.0 – 108.0 112.0 – 116.0 – 120.0 – 124.0 – 128.0	TRE	OSP	4	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>I trasferimenti interni ed esterni possono essere riportati solo nei casi di ricovero in regime ordinario, identificano il percorso seguito dal paziente durante il ricovero. Per ciascun trasferimento effettuato durante il ricovero vanno riempiti i due seguenti campi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data trasferimento: di otto caratteri, indica la data in cui ha avuto luogo il trasferimento; • Istituto di trasferimento: individua il codice dell'Istituto di cura presso il quale è stato trasferito il paziente in base alla seguente codifica RRRHHHSS (dove RRR=regione; HHH= progressivo numerico univoco dell'istituto di cura in ambito regionale; SS= progressivo dello stabilimento ospedaliero come da HSP.11bis oppure "00" in caso di istituto di cura con unica sede); • Unità Operativa di trasferimento: individua il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente con la modalità di classificazione descritta per la variabile Unità operativa di ammissione in base al codice riportato nei modelli di rilevazione ministeriali delle attività ospedaliere HSP.12 e HSP.13 (i primi due caratteri identificano la disciplina ospedaliera; i successivi due caratteri indicano: per le strutture pubbliche ed equiparate (in coerenza con il modello HSP.12) il progressivo di divisione con cui si distinguono unità operative della stessa disciplina nello stesso Istituto di cura (presidio e stabilimento); per le case di cura private andrà riportato il codice "00") • Ora di trasferimento <p>Nella SDO non possono essere registrati oltre 15 trasferimenti. Particolare cura deve essere riservata nella compilazione dei predetti campi in cui è necessario rispettare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la congruenza cronologica fra la data di ammissione e quella del primo trasferimento; - l'esatta sequenza cronologica dei trasferimenti successivi; - la congruenza cronologica fra la data dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - l'esatta corrispondenza fra l'unità operativa dell'ultimo trasferimento e quella di dimissione; - la congruenza nella sequenza delle U.O. di ammissione, di trasferimento, di dimissione

VALORI AMMESSI: Inserire 4 caratteri numerici con il formalismo O O M M
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:

RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI

E450

Validità formato ora di trasferimento

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Diagnosi principale presente al ricovero				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
129.0	TRE	OBB	1	N

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se la diagnosi principale rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.

VALORI AMMESSI:

0 = No

1 = Si

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI

E460 Validità flag presenza diagnosi al ricovero (*)

OSSERVAZIONI

In assenza di informazione il campo sarà valorizzato con '1'.
 E' quindi necessario inserire il codice corretto nel caso la diagnosi NON sia già conosciuta all'atto del ricovero

NOME CAMPO: Diagnosi principale Lateralità				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
130.0	TRE	OSP	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Specificare ove applicabile se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.

VALORI AMMESSI:
<p>1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale</p>
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E461 Validità lateralità diagnosi principale

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Diagnosi principale: Stadiazione condensata				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
131.0	TRE	OSP	1	N

DESCRIZIONE CAMPO

Indica lo stadio della neoplasia maligna se riportata come diagnosi di dimissione principale con uno dei codici ICD-9-CM compresi nei seguenti intervalli: 140.0-190.9 e 193-199.1

VALORI AMMESSI:

- 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine**
- 2 = infiltrazione locale extraorgano**
- 3 = metastasi ai linfonodi regionali**
- 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali**
- 5 = metastasi a distanza**
- 6 = metastasi ai linfonodi non regionali**
- 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6**
- 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4**
- 9 = ignoto**

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI

E462	Validità stadiazione condensata
E463	Congruenza stadiazione condensata e codice diagnosi

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Diagnosi secondaria 1^a presente al ricovero -> Diagnosi secondaria 5^a presente al ricovero				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
132.0 – 135.0 – 138.0 – 141.0 – 144.0	TRE	OSP	1	N

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se ciascuna diagnosi secondaria rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.

VALORI AMMESSI: 0 = No 1 = Si
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E460 Validità flag presenza diagnosi secondaria al ricovero (*)

OSSERVAZIONI
In assenza di informazione il campo sarà valorizzato con '0'. E' quindi necessario inserire il codice corretto nel caso la diagnosi sia già conosciuta all'atto del ricovero.

NOME CAMPO: Diagnosi secondaria 1^a Lateralità -> Diagnosi secondaria 5^a Lateralità				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
133.00 – 136.0 – 139.0 – 142.0 – 145.0	TRE	OSP	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Specificare ove applicabile se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.

VALORI AMMESSI:
1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E461 Validità lateralità diagnosi secondaria

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Diagnosi secondaria 1^a Stadiazione condensata -> Diagnosi secondaria 5^a Stadiazione condensata				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
134.0 - 137.0 – 140.0 – 143.0 – 146.0	TRE	OSP	1	N

DESCRIZIONE CAMPO
Indica lo stadio della neoplasia maligna se riportata come diagnosi di dimissione secondaria con uno dei codici ICD-9-CM compresi nei seguenti intervalli: 140.0-190.9 e 193-199.1

VALORI AMMESSI:
1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI	
E462	Validità stadiazione condensata in diagnosi secondaria
E463	Congruenza stadiazione condensata e codice diagnosi secondaria

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: Intervento principale Ora inizio -> Interventi secondari 1° -> 5° Ora inizio				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
147.0 – 155.0 – 163.0 – 171.0 – 179.0 – 187.0	TRE	OSP	4	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Indica l'ora di inizio dell'intervento, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione (Così come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2/2.7 117 del 14 marzo 1996). Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l'ora di inizio della procedura principale.

VALORI AMMESSI:	OOMM
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:	
RIFERIMENTI NORMATIVI:	

CONTROLLI
E472 Validità del formato ora inizio intervento principale

OSSERVAZIONI
Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l'ora di inizio della procedura riportata nel campo "Intervento principale". In presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.

NOME CAMPO: Intervento principale Esterno -> Interventi secondari 1° -> 5° Esterno				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
148.0 – 156.0 – 164.0 – 172.0 – 180.0 – 188.0	TRE	OSP	1	N

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se l'intervento, principale o secondario è stato effettuato in modalità service presso un Istituto di cura diverso da quello in cui è ricoverato il paziente.

VALORI AMMESSI:
0 = No (l'intervento è erogato nell'Istituto di ricovero) 1 = Si (l'intervento è effettuato al di fuori dell'Istituto di ricovero)
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E471 Validità del flag intervento esterno (*)

OSSERVAZIONI
In assenza di informazione il campo sarà valorizzato con '0'. E' quindi necessario inserire il codice corretto nel caso l'intervento è effettuato presso una struttura esterna.

NOME CAMPO: <i>Intervento principale Identificativo del chirurgo 1 -> Interventi secondari 1° -> 5° Identificativo del chirurgo 1</i>				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
149.0 – 157.0 – 165.0 – 173.0 – 181.0 – 189.0	TRE	OSP	16	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Individua il chirurgo responsabile dell'intervento, principale o secondario.

VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E473 Validità del formato codice fiscale chirurgo 1

OSSERVAZIONI
Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento. Possono essere inseriti da 1 a tre identificativi corrispondenti ai chirurghi riportati nel registro operatorio. Compilare esclusivamente per tutte le procedure terapeutiche maggiori come identificate nella classificazione AHRQ.

NOME CAMPO: Intervento principale Identificativo del chirurgo 2 -> Interventi secondari 1° -> 5° Identificativo del chirurgo 2				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
150.0 – 158.0 – 166.0 – 174.0 – 182.0 – 190.0	TRE	OSP	16	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Individua il secondo chirurgo responsabile dell'intervento, principale o secondario.

VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E474 Validità del formato codice fiscale chirurgo 2

OSSERVAZIONI
Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento. Possono essere inseriti da 1 a tre identificativi corrispondenti ai chirurghi riportati nel registro operatorio. Compilare esclusivamente per tutte le procedure terapeutiche maggiori come identificate nella classificazione AHRQ.

NOME CAMPO: <i>Intervento principale Identificativo del chirurgo 3 -> Interventi secondari 1° -> 5° Identificativo del chirurgo 3</i>				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
151.0 – 159.0 – 167.0 – 175.0 – 183.0 – 191.0	TRE	OSP	16	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Individua il terzo chirurgo responsabile dell'intervento, principale o secondario.

VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E475 Validità del formato codice fiscale chirurgo 3

OSSERVAZIONI
Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento. Possono essere inseriti da 1 a tre identificativi corrispondenti ai chirurghi riportati nel registro operatorio. Compilare esclusivamente per tutte le procedure terapeutiche maggiori come identificate nella classificazione AHRQ.

NOME CAMPO: <i>Intervento principale Identificativo dell'anestesista-> Interventi secondari 1° -> 5° Identificativo dell'anestesista</i>				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
152.0 – 160.0 – 168.0 – 176.0– 184.0 – 192.0	TRE	FAC	16	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Individua l'anestesista che ha seguito l'intervento, principale o secondario.

VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E476 Validità del formato codice fiscale anestesista

OSSERVAZIONI
Compilare esclusivamente per tutte le procedure terapeutiche maggiori come identificate nella classificazione AHRQ.

NOME CAMPO: Intervento principale Check list di sala operatoria -> Interventi secondari 1° -> 5° Check list di sala operatoria				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
153.0 – 161.0 – 169.0 – 177.0– 185.0 – 193.0	TRE	OSP	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO
<p>Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome nel documento "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012</p> <p>Il campo va compilato per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Compilare per tutte le procedure effettuate in sala operatoria</p>

VALORI AMMESSI:
<p>0= No</p> <p>1= Sì</p> <p>9= Non applicabile</p>
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E477 Validità codice check list

OSSERVAZIONI
<p>In assenza di informazione il campo sarà valorizzato con '1'.</p> <p>E' quindi necessario inserire il codice corretto nel caso l'intervento è effettuato in sala operatoria di cui non è stata predisposta la check list.</p>

NOME CAMPO: Intervento principale Lateralità -> Interventi secondari 1° -> 5° Lateralità				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
154.0 – 162.0 – 170.0 – 178.0– 186.0 – 194.0	TRE	OSP	1	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Indica ove applicabile se l'intervento si riferisce al lato destro, sinistro o è bilaterale

VALORI AMMESSI: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E470 Validità lateralità intervento principale

OSSERVAZIONI

NOME CAMPO: <i>Rilevazione del dolore</i>				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
195.0	TRE	OSP	1	N

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se è stata effettuata la rilevazione del dolore durante il ricovero secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010

VALORI AMMESSI:

0 = No

1 = Si

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI

E431 Validità flag rilevanza del dolore (*)

OSSERVAZIONI

Il campo in assenza di informazione sarà compilato con '1'. Il codificatore deve quindi inserire il codice corretto laddove la rilevazione del dolore non fosse stata effettuata.

NOME CAMPO: Pressione arteriosa sistolica				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
196.0	TRE	OSP	3	N

DESCRIZIONE CAMPO

Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD-9-CM 410.xx)

VALORI AMMESSI:

NNN

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:
CONTROLLI

E433

Validità valore pressione arteriosa sistolica

OSSERVAZIONI

Riportare il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso.

NOME CAMPO: Creatinina serica				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
197.0	TRE	OSP	5	N

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL).

VALORI AMMESSI:
NN,NN
Valore massimo accettabile 99,99 mg/dL.
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E434 Validità valore creatinina serica

OSSERVAZIONI
<p>Il campo deve essere compilato nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervento di by-pass aortocoronarico (codice ICD-9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD-9-CM 35.1x-35.2x). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento; - diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD-9-CM 820.xx) e pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Indicare il valore della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale; - intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.

NOME CAMPO: <i>Frazione di eiezione</i>				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
198.0	TRE	OSP	2	N

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la frazione di eiezione pre-operatoria riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico (codice ICD-9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD-9-CM 35.1x-35.2x).

VALORI AMMESSI:
NN

TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E435 Validità valore frazione di eiezione

OSSERVAZIONI
Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.

NOME CAMPO: Numero progressivo della fattura				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
199.0	TRE	OSP	20	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il numero della fattura come previsto dal DCA 89/2016.

VALORI AMMESSI:
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI

OSSERVAZIONI
Tale campo è predisposto per consentire la trasmissione della specifica informazione richiesta al Paragrafo 3 dell'articolo 10 del Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura private e per le case di cura private sede di Pronto Soccorso pubblicato nella Sezione IV Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con le case di cura private per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera del Decreto del Commissario ad Acta n. 89 del 08/08/2016

NOME CAMPO: Data della fattura				
RIF. SCHEDA N°:	Tracciato	Modalità	Lunghezza	Formato
200.0	TRE	OSP	8	AN

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare la data della fattura come previsto dal DCA 89/2016.

VALORI AMMESSI:
GGMMAAAA
TABELLA REGIONALE DI RIFERIMENTO:
RIFERIMENTI NORMATIVI:

CONTROLLI
E436 Validità formato data della fattura

OSSERVAZIONI
Tale campo è predisposto per consentire la trasmissione della specifica informazione richiesta al Paragrafo 3 dell'articolo 10 del Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura private e per le case di cura private sede di Pronto Soccorso pubblicato nella Sezione IV Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con le case di cura private per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera del Decreto del Commissario ad Acta n. 89 del 08/08/2016

APPENDICE I

1. SELEZIONE DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE.

La selezione della diagnosi principale deve essere effettuata sulla base delle circostanze che determinano e caratterizzano il ricovero ospedaliero.

1.1 Definizione di diagnosi principale

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 la responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 della Classificazione Internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification).

Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

I codici contenuti in parentesi nell'indice alfabetico non devono essere utilizzati come diagnosi principale.

1.2 Codifica della diagnosi principale.

La diagnosi principale di dimissione deve essere codificata secondo la Classificazione Internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification).

Il codice utilizzato deve essere a 5 cifre in tutti i casi per i quali la ICD - 9 – CM lo preveda: per i casi in cui siano previste soltanto 3 o 4 cifre, riportarle allineate a sinistra.

1.3 Condizioni acute e croniche.

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o subacuta) che come cronica e nell'indice alfabetico sono riportati specifici codici devono essere riportati entrambi codificando come diagnosi principale la forma acuta (o subacuta), se risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale.

1.4 Osservazione e valutazione di condizioni sospette.

I codici compresi fra V71.0 e V71.9 devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale quando si sospetta una condizione anomala la quale, in assenza di segni o sintomi, richieda una specifica valutazione e al termine del ricovero risulti essere non confermata.

1.5 Trattamento non eseguito.

La condizione che al termine del ricovero è risultata essere il motivo dello stesso deve essere selezionata come diagnosi principale anche quando il relativo trattamento non è stato praticato per circostanze impreviste. In tali casi, fra le diagnosi secondarie deve essere riportato il codice V64_(persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi

specifici non eseguiti). Quando un ricovero è stato programmato e questo non viene eseguito per circostanze impreviste, va riportato come diagnosi principale il codice V64._ e come diagnosi secondaria la condizione che avrebbe determinato il trattamento.

1.6 Postumi

Se la diagnosi principale è rappresentata da un postumo il codice relativo alla natura del postumo deve essere riportato per primo; il codice relativo alla causa del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

1.7 Ustioni multiple

Quando le ustioni sono identificate come diagnosi principale ed esse sono multiple, riportare per primo il codice che descrive l'ustione di maggiore gravità.

1.8 Traumi multipli

Quando traumi multipli sono identificati come diagnosi principale, riportare per primo il codice che descrive il trauma di maggiore gravità.

1.9 Neoplasie

Quando il ricovero è finalizzato a trattare una neoplasia maligna, quest'ultima deve essere selezionata come diagnosi principale salvo che il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia (V58.1x): in tali casi la neoplasia maligna deve essere codificata come diagnosi secondaria e la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58.0 o V58.1x.

Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente la radioterapia o la chemioterapia e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia (V58.1x).

Quando il ricovero comporta la rimozione chirurgica di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia maligna.

Quando il ricovero è finalizzato a determinare la stadiazione della neoplasia, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia, anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia.

Qualunque estensione per contiguità o a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia pregressa deve essere segnalata utilizzando il codice V10._.

Quando un paziente è ricoverato a causa di una neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale deve essere codificata con V58.0 o V58.1x.

1.10 Avvelenamenti e intossicazioni

Nel codificare l'avvelenamento o la reazione ad uso improprio di farmaci (esempio: errore nel dosaggio, nella via di somministrazione, nella selezione del farmaco), il codice relativo all'avvelenamento deve essere riportato per primo, seguito dal codice relativo alla manifestazione.

1.11 Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo per specificare la natura della complicazione.

1.12 Complicazioni della gravidanza

Quando una paziente è ricoverata a causa di una condizione che complica la gravidanza oppure consegue a quest'ultima, il codice relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato come diagnosi principale. Può essere utilizzato un codice aggiuntivo per conferire maggiore specificità.

2. DIAGNOSI SECONDARIE

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito a tale momento 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.

La corretta individuazione delle diagnosi secondarie compete al medico responsabile dell'assistenza del paziente nel corso del ricovero.

2.1 Codifica delle diagnosi secondarie

Le diagnosi secondarie devono essere codificate secondo la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 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.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più di cinque forme morbose, che rispondano ai criteri qui riportati di identificazione delle diagnosi secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

Tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero.

2.2 Condizioni pregresse

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate. I codici anamnestici (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.

2.3 Condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale

Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie.

2.4 Condizioni che non costituiscono una componente integrale della malattia principale

Le condizioni che non sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, se presenti, devono essere riportate e codificate solo se influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero.

2.5 Risultati anomali

I risultati anomali di test di laboratorio e di altre procedure diagnostiche non devono essere riportati e codificati a meno che non abbiano una particolare rilevanza clinica.

3. SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero.

Per tutti gli interventi chirurgici indicare:

- il momento in cui è effettuato l'intervento (data e ora);
- nei successivi quattro caratteri: il codice corrispondente all'intervento chirurgico, secondo la Classificazione internazionale delle malattie modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification). Individuare il codice al più elevato livello di specificità consentito dalla classificazione utilizzando ove possibile tutti i quattro caratteri; nei casi in cui si usino meno di quattro caratteri, allineare i caratteri a sinistra.

Riportare gli altri interventi chirurgici eventualmente effettuati nel corso dello stesso ricovero, nonché 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 2007 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM); riportare il

codice più specifico utilizzando, in tutti i casi in cui è possibile, un codice a quattro caratteri; negli altri casi allineare i caratteri a sinistra.

Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

1. in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che a comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.);
2. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
3. quando nella cartella clinica vengano indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:

- **interventi chirurgici a cielo aperto**
- **interventi per via endoscopica e/o laparoscopica**
- **le seguenti procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):**
 - 87.53 colangiografia intraoperatoria
 - 88.52 angiocardigrafia del cuore destro
 - 88.53 angiocardigrafia del cuore sinistro
 - 88.54 angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro
 - 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
 - 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
 - 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
 - 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
 - 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi
 - 92.3 radiocirurgia stereotassica
 - 94.61 riabilitazione da alcool
 - 94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
 - 94.64 riabilitazione da farmaci
 - 94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
 - 94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci
 - 94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
 - 95.04 esame dell'occhio in anestesia
 - 96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
 - 96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
 - 96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
 - 98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica
- **procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche** (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica)
- **procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore** (codici da 01.- a 86.-) (es. gastroscopia)
- **altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore** (codici da 87.- a 99.-), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, NMR, litotripsia, radioterapia, ecc.).

Modello SDO 2017 dei ricoveri in Campania

Regione Campania	Azienda	Struttura di ricovero				SDO n.	
Cognome		Nome		Sesso		Data nascita	

Comune nascita			Stato Civile	ASL residenza		
Identificativo paziente CF		Livello di istruzione		Regione residenza		
Tessera TEAM						
Tipo Identificativo		Comune residenza				
Cittadinanza		Quartiere di Napoli				
N. SDO della puerpera						
Regime ricovero		Tipo ricovero		Onere degenza		Provenienza assistito
Data prenotazione		Classe priorità		Motivo DH		N. accessi in DH

Fase del ricovero	Data	Ora	Istituto	Disciplina UO	Progressivo UO
Ammissione					
Reparto di trasferimento 1					
Reparto di trasferimento 2					
Reparto di trasferimento 3					
Reparto di trasferimento 4					
Reparto di trasferimento 5					
Reparto di trasferimento 6					
Reparto di trasferimento 7					
Reparto di trasferimento 8					
Reparto di trasferimento 9					
Reparto di trasferimento 10					
Reparto di trasferimento 11					
Reparto di trasferimento 12					
Reparto di trasferimento 13					
Reparto di trasferimento 14					
Reparto di trasferimento 15					
Dimissione					

Modalità dimissione		Riscontro autoptico		Espianto	
---------------------	--	---------------------	--	----------	--

Diagnosi	Codice ICD9CM	Presente al ricovero	Lateralità	Stadiazione condensata
Principale				
Secondaria 1				
Secondaria 2				
Secondaria 3				
Secondaria 4				
Secondaria 5				

Data

Firma del medico

Regione Campania	Azienda	Struttura di ricovero				SDO n.	
Cognome		Nome		Sesso		Data nascita	

Intervento	Codice ICD9CM	Data	Ora inizio	Flag in service	Check list	Lateralità
Principale						
Secondario 1						
Secondario 2						
Secondario 3						
Secondario 4						
Secondario 5						

Intervento	CF chirurgo 1	CF chirurgo 2	CF chirurgo 3	CF anestesista
Principale				
Secondario 1				
Secondario 2				
Secondario 3				
Secondario 4				
Secondario 5				

Età gestazionale		Peso alla nascita		N. scheda della madre	
Traumatismi-Intossicazioni		Cod. E causa esterna			
Rilevazione del dolore		Pressione arteriosa sistolica			
Creatinina serica		Frazione di eiezione			

Data

Firma del medico