

DECRETO 26 luglio 1993

Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati. (G.U. Serie Generale n. 180 del 3 agosto 1993)

IL MINISTRO DELLA SANITA'

Visto l'art. 58 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto l'art. 5 del decreto ministeriale 28 dicembre 1991 istitutivo della scheda di dimissione ospedaliera, che prevede la successiva emanazione di decreti ministeriali per la definizione della disciplina dei flussi informativi generati dalla scheda stessa;

Ritenuto, in attuazione del citato decreto ministeriale, di dover regolamentare le modalita' per la trasmissione delle informazioni contenute nelle schede di dimissione ai livelli regionali e centrale, al fine di assicurare la uniformita' delle procedure attuative del flusso informativo;

Ritenuto, altresì, di dover definire, a norma dell'art. 5 del decreto ministeriale 28 dicembre 1991, i contenuti delle variabili inserite nella scheda di dimissione ospedaliera ed i relativi sistemi di codifica;

Decreta:

Art. 1.

1. E' attivato il flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera, quale rilevazione sistematica delle informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie relative a tutti i dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

2. A partire dal 1° gennaio 1995, la scheda di dimissione ospedaliera sostituisce il modello di rilevazione sui dimessi ISTAT/D10.

Art. 2.

1. Tutti gli istituti di ricovero, pubblici e privati, inviano con periodicità almeno trimestrale alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza, preferibilmente mediante supporto magnetico, le informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera relative a tutti i propri dimessi, con l'esclusione dei neonati sani ospitati nel nido. Sono altresì esclusi dall'obbligo di compilare la scheda di dimissione per i propri dimessi gli istituti di ricovero a prevalente carattere socio-assistenziale (residenze sanitarie assistenziali; comunita' protette; strutture manicomiali residuali) e gli istituti di cura di cui all'art. 26 della legge 28 dicembre 1978, n. 833.

2. Il direttore sanitario provvede ad attivare sistemi di verifica della completezza, tempestività e qualità delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, in ottemperanza all'art. 2 del decreto ministeriale 28 dicembre 1991.

Art. 3.

1. Le regioni e le province autonome provvedono a raccogliere da tutti gli istituti di cura presenti nel proprio territorio le informazioni di cui all'art. 2 e a controllarne la qualità. Allo scopo di assicurare l'uniformità delle procedure di controllo, il Ministero della sanità provvede a definire appositi criteri e standard.

2. Le regioni e le province autonome inviano trimestralmente al Ministero della sanità - Servizio centrale della programmazione sanitaria, mediante supporto magnetico, le informazioni relative alle seguenti variabili, che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale, attenendosi alle indicazioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico:

- 1) denominazione dell'ospedale di ricovero;
- 2) sesso;
- 3) data di nascita;
- 4) comune di nascita;
- 5) stato civile;
- 6) luogo di residenza;
- 7) cittadinanza;
- 8) regione di appartenenza;
- 9) unita' sanitaria locale di iscrizione;
- 10) regime di ricovero;
- 11) data di ricovero;
- 12) onere della degenza;
- 13) tipo di ricovero;
- 14) motivo del ricovero;
- 15) traumatismi o intossicazioni;
- 16) reparto di dimissione;
- 17) area funzionale di dimissione;
- 18) data di dimissione o morte;
- 19) modalita' di dimissione;
- 20) riscontro autoptico;
- 21) diagnosi principale alla dimissione;
- 22) patologie concomitanti o complicanze della malattia principale (in numero non superiore a tre);
- 23) intervento chirurgico principale o parto;
- 24) altri interventi e procedure (in numero non superiore a tre);
- 25) (in caso di ricovero in day-hospital) motivo del ricovero;
- 26) (in caso di ricovero in day-hospital) numero di giornate di presenza.

3. Entro il 31 marzo di ciascun anno le regioni e le province autonome trasmettono al Ministero della sanita' le informazioni relative ai dimessi nel terzo trimestre dell'anno precedente; entro il 30 giugno, le informazioni relative ai dimessi nel quarto trimestre dell'anno precedente; entro il 30 settembre, le informazioni relative ai dimessi nel primo trimestre dell'anno in corso; entro il 31 dicembre, le informazioni relative al secondo trimestre dell'anno in corso.

4. I contenuti delle variabili di cui al presente articolo ed i relativi sistemi di codifica sono fissati nell'allegato disciplinare tecnico, che forma parte integrante del presente decreto.

Art. 4.

1. Il Ministero della sanita' provvede alla raccolta dei dati di cui all'art. 3 ed alla relativa elaborazione.

2. Il Ministero della sanita' provvede, altresì, alla pubblicizzazione delle informazioni rilevate attraverso il flusso informativo attivato ai sensi del presente decreto, nel rispetto delle norme relative al sistema statistico nazionale.

Art. 5.

1. In fase di prima applicazione del presente decreto le regioni e le province autonome trasmettono al Ministero della sanita' - Servizio centrale della programmazione sanitaria, entro il 31 dicembre 1993, le informazioni relative ai dimessi nel primo e nel secondo trimestre 1993, secondo le modalita' definite nell'art. 3, comma 2, del presente decreto.

Art. 6.

1. Il presente decreto sara' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 26 luglio 1993

Il Ministro: GARAVAGLIA

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

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dal decreto ministeriale 28 dicembre 1991, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda di dimissione ospedaliera.

Denominazione dell'ospedale di ricovero.

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

Il codice da utilizzare e' quello definito dal decreto ministeriale 6 settembre 1988 (Gazzetta Ufficiale 10 ottobre 1988, n. 238), articolato in sei caratteri, di cui:

i primi tre sono costituiti dal codice della regione o provincia autonoma cui appartiene l'istituto, definito con decreto del Ministro della sanita' (decreto ministeriale 17 settembre 1986, Gazzetta Ufficiale 15 ottobre 1986, n. 240);

i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale.

Va utilizzato lo stesso codice che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attivita' gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali di cui al decreto ministeriale 19 marzo 1988, ed in particolare nei modelli HSP.

Numero della scheda.

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

Il codice da utilizzare e' articolato in 8 caratteri, di cui:

i primi due identificano l'anno;

i rimanenti sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno.

La numerazione progressiva e' unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o in day-hospital), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo episodio di ricovero.

Cognome e nome del paziente.

Sesso.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare e' il seguente:

1: maschio;

2: femmina.

Data di nascita.

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

Comune di nascita.

Il codice da utilizzare e' il codice, a 6 caratteri, definito dall'ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune.

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

Stato civile.

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

Il codice, ad un carattere, da utilizzare e' il codice ISTAT:

1: celibe/nubile;

2: coniugato/a;

3: separato/a;

4: divorziato/a;

5: vedovo/a.

Luogo di residenza.

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

Va utilizzato lo stesso sistema di codifica definito per la variabile

: "comune di nascita":

codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, nel caso di pazienti residenti in Italia;

codice 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno, nel caso di pazienti residenti all'estero.

Cittadinanza.

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

100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana;

il codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera.

Codice sanitario individuale.

Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale.

Per questa variabile vanno previsti 16 caratteri, necessari per l'impiego del codice fiscale che (come e' stato stabilito, da ultimo, nella legge n. 412/1991) sostituirà il codice sanitario definito a livello regionale attualmente in uso; fino a completa attuazione di tale sostituzione, va utilizzato quest'ultimo codice regionale.

Regione di appartenenza.

La regione di appartenenza identifica la regione cui appartiene la unità sanitaria locale presso la quale e' iscritto il paziente.

Il codice da utilizzare e' quello a tre caratteri definito con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, utilizzato anche nei modelli HSP delle rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali.

Nel caso in cui il paziente sia un cittadino straniero non iscritto al Servizio sanitario nazionale, va indicato il codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno.

Unità sanitaria locale di iscrizione.

Deve essere indicata l'unità sanitaria locale nelle cui liste di assistenza e' iscritto il paziente.

Il codice da utilizzare e' quello a tre caratteri definito con i decreti del Ministro della sanità, del 17 settembre 1986 (Gazzetta Ufficiale 15 ottobre 1986, n. 240), del 21 novembre 1988 (Gazzetta Ufficiale 18 gennaio 1989, n. 14), del 21 dicembre 1990 (Gazzetta Ufficiale 21 gennaio 1991, n. 17), utilizzato anche nei modelli HSP per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali.

Regime di ricovero.

Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" ed il "ricovero in day-hospital", che si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni:

si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato/i;

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

fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che necessitano di un tempo di esecuzione che si discosta in modo netto da quello necessario per una normale prestazione ambulatoriale.

Il codice, ad un carattere, da impiegare e':

1: ricovero ordinario;

2: ricovero in day-hospital.

Se si e' indicato 2, riportare anche le informazioni relative alle variabili e .

Data di ricovero.

Il codice da utilizzare e' articolato in otto caratteri, da

riempire tutti, di cui i primi due indicano il giorno, i successivi due il mese e gli ultimi quattro l'anno.

In caso di ricovero in regime di day-hospital (se si e' utilizzato il codice 2 per la variabile : "regime di ricovero"), va indicata la data del primo giorno del ciclo di contatti con la struttura.

Ora di ricovero.

L'ora del ricovero va indicata solo nel caso di ricovero in regime di degenza ordinaria.

Reparto di ammissione.

Il reparto di ammissione individua il reparto presso il quale il paziente e' fisicamente ricoverato, non quello eventualmente diverso che ne cura l'assistenza.

Il codice da utilizzare si articola in 4 caratteri, di cui:

i primi due identificano la specialita' clinica/disciplina ospedaliera;

i secondi due individuano le eventuali divisioni o sezioni (autonome o aggregate) esistenti nell'ambito della medesima disciplina all'interno dello stesso ospedale, secondo una numerazione progressiva.

Il sistema di codifica e' quello definito dal decreto ministeriale 19 marzo 1988 (Gazzetta Ufficiale del 7 aprile 1988, n. 81) e utilizzato anche nei modelli HSP per le rilevazioni delle attivita' gestionali ed economiche delle Unita' sanitarie locali. Fa eccezione il caso delle sezioni aggregate, per le quali si dovra' omettere il quinto carattere, utilizzando soltanto una numerazione progressiva unica nell'ambito della disciplina specialistica.

Onere della degenza.

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

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

1 (SSN): ricovero a totale carico del SSN;

2 (in convenzione piu' differenza alberghiera): ricovero a carico del SSN, con rimborso delle spese alberghiere a carico del paziente;

3 (rimborso): ricovero in casa di cura non convenzionata, con rimborso a carico del SSN;

4 (solvente): ricovero a totale carico del paziente (ad esempio in case di cura private non convenzionate o per pazienti stranieri non iscritti al SSN, provenienti da paesi non convenzionati con il SSN);

9 (altro): ricovero di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con il SSN o di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; o altro.

Provenienza del paziente.

La provenienza del paziente individua i ricoveri di pazienti trasferiti da altri istituti di ricovero e cura.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare e' il seguente:

1: paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un sanitario;

2: paziente inviato all'istituto di cura dal medico di base;

3: paziente inviato all'istituto di cura da uno specialista;

4: paziente trasferito da un altro istituto di ricovero e cura pubblico;

5: paziente trasferito da un altro istituto di ricovero e cura privato.

Tipo di ricovero.

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

Il codice, ad un carattere, da utilizzare e' il seguente:

1: ricovero ordinario, inteso come ricovero programmato, non urgente;

2: ricovero urgente;

3: ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);

4: ricovero per trattamento sanitario volontario (TSV).

Motivo del ricovero.

Il motivo del ricovero identifica i ricoveri programmati per l'esecuzione di interventi chirurgici ed individua il momento nella storia della malattia in cui avviene il ricovero e la finalita' di questo.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare e' il seguente:

1: ricovero elettivo per intervento chirurgico, quando il ricovero non sia stato programmato per eseguire un intervento chirurgico, seguire la seguente codifica:

2: primo ricovero in ambito ospedaliero (nello stesso istituto di cura ovvero in altri) effettuato per la specifica diagnosi. Questo codice non va usato, pertanto, se il paziente e' gia' stato dimesso dallo stesso istituto di cura o da altri con la medesima diagnosi principale;

3: ricovero successivo per la stessa diagnosi, ossia se il paziente si ricovera nuovamente dopo essere gia' stato dimesso dallo stesso o da altri istituti di cura con la medesima diagnosi principale (casi di esacerbazione, di recidiva o di complicanza di malattia gia' diagnosticata in ambito ospedaliero; o esecuzione di controlli periodici, esami diagnostici o trattamenti terapeutici relativi alla stessa diagnosi).

Traumatismi o intossicazioni.

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

Il codice, ad un carattere, da utilizzare e' il seguente:

1: infortunio sul lavoro;

2: incidente in ambiente domestico;

3: incidente stradale;

4: violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove e' avvenuta);

5: autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove e' avvenuto);

9: altro tipo di incidente o di intossicazione.

Trasferimenti interni.

I trasferimenti interni, da riportare soltanto nei casi di ricovero in regime ordinario (codice 1 alla variabile: "regime di ricovero"), descrivono il percorso che il paziente ha seguito durante il ricovero e quindi la gestione del profilo di trattamento adottato.

Per ciascun trasferimento effettuato durante il ricovero, fino a un massimo di tre, vanno dunque indicati:

nei primi otto caratteri, la data alla quale ha avuto luogo, secondo l'ordine: ggmmaaaa;

nei successivi quattro caratteri, il codice del reparto presso il quale e' trasferito il paziente, secondo la classificazione gia' descritta per la variabile .

Reparto di dimissione.

Il reparto di dimissione indica l'ultimo reparto presso il quale e' stato ricoverato, e dal quale viene dimesso, il paziente; va sempre specificato, anche nel caso in cui coincida con il reparto di ammissione ovvero con quello relativo all'ultimo trasferimento interno, riportato per la variabile .

La codifica, a quattro caratteri, da utilizzare e' la stessa descritta per la variabile .

Area funzionale di dimissione.

L'area funzionale di dimissione identifica l'area funzionale omogenea (AFO) alla quale appartiene il reparto di dimissione specificato al punto precedente.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare e' il seguente:

- 1: AFO medica;
- 2: AFO chirurgica;
- 3: AFO delle terapie intensive;
- 4: AFO materno-infantile;
- 5: AFO della riabilitazione e delle lungodegenze post-acuzie.

Data di dimissione o morte.

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

Nel caso di ricovero in regime di day-hospital, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con la struttura in cui si e' svolto il ciclo assistenziale; il 31 dicembre va comunque convenzionalmente considerato come la fine del ciclo.

Modalita' di dimissione.

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

La codifica, ad un carattere, da utilizzare e' la seguente:

- 1: nel caso in cui il paziente sia deceduto;
- 2: dimissione ordinaria al domicilio del paziente;
- 3: dimissione ordinaria presso un istituto di lungodegenza o una residenza sanitaria assistenziale (RSA);
- 4: dimissione protetta al domicilio del paziente;
- 5: dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento in day-hospital non si sia ripresentato durante il ciclo programmato);
- 6: trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti.

Riscontro autoptico.

Nel caso in cui il paziente sia deceduto, il riscontro autoptico individua i casi per i quali la definizione della diagnosi principale sia stata effettuata dopo l'autopsia.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare solo se la modalita' di dimissione e' "deceduto" (codice 1 alla variabile , "modalita' di dimissione"), e' il seguente:

- 1: se e' stata eseguita l'autopsia;
- 2: se non e' stata eseguita.

Diagnosi principale alla dimissione.

La diagnosi principale di dimissione costituisce la condizione morbosa principale trattata o presa in esame durante il ricovero, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i piu' importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggiore quantita' di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento.

Per una corretta compilazione e codifica di questa voce si rinvia ad un'attenta lettura della introduzione ai volumi editi dall'ISTAT (Istituto centrale di statistica, Classificazioni delle malattie, traumatismi e cause di morte, 9a revisione, 1975, voll. 1 e 2; Metodi e norme, serie C, n. 10; Roma).

In particolare, si riportano le seguenti regole:

1) quando una condizione morbosa di minore importanza o di lunga durata, o un problema occasionale, sono registrati come causa principale ed una condizione morbosa piu' importante, relativa alla specialita' che curo' il malato e/o al trattamento praticato, e' registrata fra le "altre" condizioni morbose, scegliere quest'ultima come condizione morbosa principale;

2) se parecchie condizioni morbose sono indicate come condizione morbosa principale ed altri particolari indirizzano verso una di esse che, ovviamente, e' la condizione morbosa principale, per la quale il paziente ha ricevuto cure, scegliere questa condizione morbosa. Altrimenti scegliere quella menzionata per prima;

3) se un sintomo o un segno (generalmente una condizione morbosa classificabile nel settore XVI) o un problema considerato nella

classificazione supplementare V e' indicato come la condizione morbosa principale, ma in realta' e' un sintomo o un segno di una condizione morbosa diagnosticata e oggetto delle cure praticate, scegliere questa condizione morbosa come diagnosi principale;

4) quando la diagnosi "principale" descrive una condizione morbosa in termini generici e un termine che fornisce informazioni piu' precise circa la sede o la natura di detta condizione morbosa e' indicato tra le "altre" diagnosi, scegliere quest'ultima condizione morbosa.

La diagnosi principale di dimissione deve essere codificata secondo la Classificazione internazionale delle malattie (International Classification of Diseases - ICD -), revisione corrente (attualmente la 9a), pubblicata a cura dell'ISTAT.

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

Nei casi in cui non sia stata formulata alcuna diagnosi, cosi' come prima definita, deve essere indicato il sintomo o problema principale affrontato nel corso del ricovero (codici compresi fra 780 e 799, riportati nel capitolo "Segni o sintomi morbosi mal definiti").

In ogni caso, nello spazio riservato alla "diagnosi principale" deve essere indicata soltanto una condizione morbosa o un sintomo o un problema.

Le indicazioni sottoriportate sono pertinenti alla codifica sia della diagnosi principale di dimissione (variabile) sia delle patologie concomitanti o complicanze della patologia principale (variabile).

La ICD-9 prevede per un certo numero di forme morbose un doppio codice (codice "asterisco", che designa la sede anatomica del processo morboso, e codice "croce" che ne descrive la natura o la causa). Per la codifica delle diagnosi possono essere utilizzati i codici "asterisco" (*) oppure i codici "croce" (+) dell'ICD-9.

La quinta cifra, che in alcuni casi e' riportata dalla ICD-9 (es: modalita' del parto, eta' di insorgenza del diabete), non deve mai essere utilizzata.

I codici appartenenti alle classificazioni supplementari E e M non devono mai essere utilizzati.

Possono invece essere utilizzati i codici V, relativi alla "Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari".

Per una corretta codifica dell'infezione dal virus dell'HIV, utilizzare la traduzione italiana della relativa classificazione definita nell'International Classification of Diseases - Clinical Modification - 9th Revision (ICD-9-CM).

La definizione di tutti i casi dubbi di codifica deve essere risolta ricorrendo al sanitario che ha formulato la diagnosi e compilato la scheda di dimissione.

Patologie concomitanti o complicanze della malattia principale.

Questa variabile rileva le forme morbose che coesistono accanto alla malattia principale o che complicano quest'ultima.

Fra queste diagnosi devono essere riportate anche le eventuali specificazioni alla diagnosi principale, secondo i codici V della Classificazione ICD-9.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate piu' di tre forme morbose, oltre a quella principale, devono essere selezionate e codificate quelle che, a giudizio del sanitario che ha formulato la diagnosi, possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessita' assistenziali ed alla complessita' del trattamento ricevuto dal paziente.

Le patologie concomitanti o complicanze della malattia principale devono essere codificate secondo la classificazione internazionale delle malattie (International Classification of Diseases - ICD -), revisione corrente (attualmente la IX), pubblicata a cura dell'ISTAT

(Istituto centrale di statistica, Classificazioni delle malattie, traumatismi e cause di morte, 9a revisione, 1975, voll. 1 e 2; Metodi e norme, serie C, n. 10; Roma).

Nel caso di ricovero per parto deve essere obbligatoriamente segnalato, per questa variabile, l'esito, secondo i codici riportati nella categoria di codici V27. della sezione "Persone che ricorrono ai servizi sanitari in circostanze connesse alla riproduzione e allo sviluppo" della "classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (codici V)" allegata alla classificazione ICD-9.

Particolare attenzione va posta alla rilevazione di quelle patologie attinenti all'area dei "disturbi psichici" (settore 5 della classificazione ICD-9) che implicano la costanza di comportamenti ad alto rischio dal punto di vista sanitario, quali la "sindrome da dipendenza da alcool" (codici 303.-), farmacodipendenza (codici 304.-) e abuso di droghe senza dipendenza (codici 305.-).

Intervento chirurgico principale o parto.

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

Nel caso in cui siano state effettuate nel corso dello stesso ricovero diverse procedure chirurgiche, selezionare e codificare quella che ha comportato il maggior peso assistenziale e/o maggiormente correlata con la diagnosi principale di dimissione.

Per l'intervento chirurgico principale indicare:

nei primi otto caratteri, la data nella quale e' stata eseguito, da riportare secondo l'ordine: ggmmaaaa;

nei successivi quattro caratteri, il codice corrispondente all'intervento chirurgico, secondo la traduzione italiana della classificazione ICD-9-CM (International Classification of Diseases - IX - Clinical Modification, 1980). In tutti i casi in cui e' previsto dalla classificazione ICD-9-CM, utilizzare tutti i quattro caratteri; negli altri casi allineare i caratteri a sinistra.

Altri interventi o procedure.

Riportare gli altri eventuali interventi chirurgici effettuati nel corso dello stesso ricovero e/o le procedure diagnostico-terapeutiche piu' importanti fra quelle cui e' stato sottoposto il paziente.

Per ciascuna procedura indicare:

nei primi otto caratteri, la data nella quale e' stata eseguita, da riportare secondo l'ordine: ggmmaaaa;

nei successivi quattro caratteri, il codice corrispondente all'intervento chirurgico, secondo la traduzione italiana della classificazione ICD-9-CM (International Classification of Diseases - IX - Clinical Modification, 1980). In tutti i casi in cui e' previsto dalla classificazione ICD-9-CM, utilizzare tutti i quattro caratteri; negli altri casi allineare i caratteri a sinistra.

In caso di ricovero in day-hospital: motivo del ricovero.

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime di day-hospital (codice 2 alla variabile , "regime di ricovero" e indica il momento nella storia della malattia in cui avviene il ricovero.

La codifica, ad un carattere, da utilizzare e' la seguente:

1: primo ricovero in ambito ospedaliero (nello stesso istituto di cura ovvero in altri) effettuato per la specifica diagnosi. Questo codice non va usato, pertanto, se il paziente e' gia' stato dimesso dallo stesso ospedale o da altri con la medesima diagnosi principale, indipendentemente dal regime del ricovero;

2: ricovero successivo per la stessa diagnosi, ossia se il paziente si ricovera nuovamente dopo essere gia' stato dimesso dallo stesso o da altri ospedali con la medesima diagnosi principale, indipendentemente dal regime del ricovero.

In caso di ricovero in day-hospital: numero di giornate di presenza.

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri

effettuati in regime di day-hospital (codice 2 alla variabile , "regime di ricovero") e indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di day-hospital nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale.

Il 31 dicembre va convenzionalmente considerato come la fine del ciclo.

Di seguito si riporta il tracciato - record che indica il formato dei dati che devono essere trasmessi dalle regioni e dalle province autonome al Ministero della sanita'.

N.	Descrizione campo	N. caratteri	Formato (*)
1	codice istituto di ricovero	6	AN
2	sexso	1	AN
3	data di nascita	8	data
4	comune di nascita	6	AN
5	stato civile	1	AN
6	luogo di residenza	6	AN
7	cittadinanza	3	AN
8	regione di appartenenza	3	AN
9	U.S.L. di iscrizione	3	AN
10	regime di ricovero	1	AN
11	data di ricovero	8	data
12	tipo di ricovero	1	AN
13	motivo del ricovero	1	AN
14	traumatismi o intossicazioni	1	AN
15	reparto di dimissione	4	AN
16	AFO	1	AN
17	data di dimissione o morte	8	data
18	modalita' di dimissione	1	AN
19	riscontro autoptico	1	AN
20	diagnosi principale	4	AN
21	diagnosi secondaria 1	4	AN
22	diagnosi secondaria 2	4	AN
23	diagnosi secondaria 3	4	AN
24	intervento principale	4	AN
25	altro intervento 1	4	AN
26	altro intervento 2	4	AN
27	altro intervento 3	4	AN
28	motivo ricovero day-hospital	1	AN
29	numero giornate day-hospital	3	N

Nota: I campi devono essere impostati secondo le modalita' indicate nelle linee di guida; nel caso in cui contengano valori numerici devono essere allineati a destra; nel caso in cui non contengano dati devono essere impostati con il valore "spazio".

(*) Formato: AN = alfanumerico

N = numerico

data = GGMMAAAA, in cui GG=giorno, MM=mese, AAAA=anno.