



Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza del 7 Ottobre 1994

In Aosta, il giorno sette (7) del mese di Ottobre dell'anno millenovecentonovantaquattro con inizio alle ore quattordici e dodici minuti, si è oggi riunita, nella consueta sala delle adunanze del Palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n° 1,

LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

Il Presidente Sig. Dino VIERIN

e gli Assessori

Sig. Gino AGNESOD
Sig. Claudio LAVOYER
Sig. Massimo LEVEQUE
Sig. Demetrio MAFRICA
Sig. Elio RICCARAND
Sig. Franco VALLET
Sig. Roberto VICQUERY

Si fa menzione che l'Assessore M. LEVEQUE si assenta dalle ore 16,05' alle ore 16,15' e dalle ore 17,39' alle ore 18,18' e non partecipa all'approvazione delle deliberazioni dal n. 7932 al n. 7976. L'Assessore R. LOUVIN si allontana alle ore 19,31' dopo l'approvazione della deliberazione n. 8004 e l'Assessore E. RICCARAND alle ore 21,18' dopo l'approvazione della deliberazione n. 8049.

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente dei Servizi di Segreteria della giunta Sig. Silvano RUBBO

E' adottata la seguente deliberazione :

N° 8028 OGGETTO :

ISTITUZIONE DEL FLUSSO INFORMATIVO LEGATO ALLA SCHEDA NOSOLOGICA INDIVIDUALE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA NELLA REGIONE VALLE D'AOSTA E APPROVAZIONE ATTI DI INDIRIZZO ALL'U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA.

LA GIUNTA REGIONALE

- visto il decreto ministeriale 28 dicembre 1991, istitutivo della scheda di dimissione ospedaliera;
- visto il decreto ministeriale 26 luglio 1993, "Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati";
- visto quanto stabilito dalla Commissione tecnica per l'istituzione della scheda di dimissione ospedaliera, costituita con deliberazione della Giunta regionale n. 7714 del 28 agosto 1992, nella riunione dell'8 settembre 1994;
- visto il parere favorevole rilasciato dal dirigente incaricato del Servizio della Sanità e Tutela Sanitaria dell'Ambiente dell'Assessorato della Sanità ed Assistenza Sociale, ai sensi del combinato disposto dell'articolo 72 della legge regionale n. 3/1956 e successive modificazioni e dell'articolo 21 della legge regionale n. 18/1980 e successive modificazioni, in ordine alla legittimità della presente deliberazione;
- su proposta dell'Assessore alla Sanità ed Assistenza Sociale, Roberto VICQUERY;
- ad unanimità di voti favorevoli

D E L I B E R A

- 1°) di approvare il nuovo flusso informativo legato alla scheda nosologica di dimissione ospedaliera nella Regione Valle d'Aosta e i relativi atti di indirizzo all'U.S.L. della Valle d'Aosta di cui all'allegato A, parte integrante della presente deliberazione;
- 2°) di stabilire che alla rilevazione dei dati connessi con il sistema informativo, così costituito, provvede il Servizio di assistenza specialistica ospedaliera dell'U.S.L. della Valle d'Aosta secondo le modalità e le procedure descritte nell'allegato A e sotto la supervisione dell'U.O. Sistema Informativo Sanitario e

Osservatorio Epidemiologico Regionale del Servizio
della Sanità e Tutela Sanitaria dell'Ambiente
dell'Assessorato della Sanità ed Assistenza Sociale;

- 3°) di trasmettere la presente deliberazione, per quanto di competenza, all'U.S.L. della Valle d'Aosta;
- 4°) di sottoporre la presente deliberazione al controllo della Commissione di Coordinamento per la Valle d'Aosta, ai sensi e per gli effetti dell'art. 8, lettera b, del decreto legislativo 22 aprile 1994, n. 320.

LRC/cd

ATTI DI INDIRIZZO ALL'U.S.L. PER LA GESTIONE DEL NUOVO FLUSSO INFORMATIVO LEGATO ALLA SCHEDA NOSOLOGICA INDIVIDUALE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA NELLA REGIONE DELLA VALLE D'AOSTA (D.M. 28 DICEMBRE 1991).

1. Oggetto ed entrata in vigore della normativa.

A partire dal 1° gennaio 1994 viene istituito il flusso informativo legato alla scheda nosologica di dimissione ospedaliera della Regione della Valle d'Aosta secondo quanto specificato in questo allegato e negli allegati B, C, D, E e F.

2. Definizione e contenuti della scheda nosologica.

La scheda nosologica è costituita dalla copia del frontespizio della cartella clinica. Nel prosieguo di questo documento ogni volta che si menziona la scheda nosologica si intenderà anche il frontespizio della cartella clinica.

Vengono istituite due schede nosologiche di cui una riguardante l'attività di ricovero in regime di degenza ordinaria, l'altra quella del day hospital.

L'U.S.L. può integrare con voci o codici aggiuntivi la scheda nosologica regionale secondo le proprie particolari esigenze.

3. Oggetto della rilevazione.

La scheda deve essere compilata per tutti i ricoveri ordinari ed in day hospital.

La scheda nosologica non va compilata per i neonati sani (nido), che vengono rilevati con i modelli ministeriali HSP24, nè per eventuali accompagnatori non ricoverati.

4. Compiti della Direzione sanitaria.

La gestione della rilevazione della scheda nosologica, in tutte le sue fasi, rientra fra le responsabilità della Direzione sanitaria.

Presso la Direzione sanitaria viene individuato un medico responsabile della procedura. Egli dovrà sovrintendere a tutto il personale in qualche modo coinvolto nella gestione della rilevazione. Suoi compiti sono:

- a. verificare che il flusso intraospedaliero corrisponda alle specifiche regionali;
- b. organizzare le procedure di codifica più adatte alle dimensioni, alla disponibilità di personale ed all'organizzazione dell'ospedale;
- c. organizzare corsi periodici di formazione dei codificatori;
- d. aggiornare i medici circa le modalità di compilazione della scheda nosologica, inclusa la formulazione delle diagnosi;
- e. aggiornare i medici circa i potenziali utilizzi della rilevazione;
- f. supervedere la qualità delle diagnosi e della codifica e risponderne alla Regione;
- g. curare l'esecuzione dei controlli di qualità da effettuare localmente, supervedere completezza, correttezza e puntualità della trasmissione dei dati e risponderne alla Regione;
- h. produrre almeno una volta l'anno rapporti basati sui dati della scheda nosologica, presentarli ai medici ed a tutto il personale sanitario e avviare progetti di verifica delle attività dei reparti e dell'ospedale basati sui dati in questione;
- i. curare i rapporti con la Regione.

Il nominativo del medico responsabile della rilevazione dovrà essere trasmesso alla Regione entro il 30 novembre 1994. In seguito ogni avvicendamento, anche temporaneo, dovrà essere immediatamente comunicato. La Direzione sanitaria inoltre comunicherà alla Regione, U.O. Sistema Informativo Sanitario e Osservatorio Epidemiologico Regionale, il nome di un referente per tutti gli aspetti tecnico/pratici legati alla trasmissione ed alla lettura dei supporti magnetici utilizzati per la trasmissione dei dati.

5. Numerazione della cartella clinica e della scheda nosologica.

Il numero della cartella clinica e della scheda nosologica coincidono. Esso è costituito da un progressivo all'interno dell'anno solare.

6. Documentazione clinica del day hospital.

La cartella clinica ed il relativo numero progressivo del ricovero in day hospital devono essere riferiti all'intero ciclo di trattamento e non ad ogni singolo accesso in ospedale, a meno che il ciclo di trattamento in questione non sia composto da un solo accesso.

La scheda nosologica del day hospital andrà compilata alla chiusura del ciclo di trattamento. Qualora quest'ultimo prosegua per più anni, in occasione dell'ultimo accesso dell'anno solare dovrà essere compilata la scheda nosologica relativa all'anno concluso. Non si tratta in questo caso

di una dimissione con successiva riammissione, in quanto l'episodio di ricovero rimane sempre unico. Semplicemente la raccolta di dati viene fatta ad intervalli di tempo di un anno, in modo da non dover attendere troppo a lungo delle informazioni relative all'anno in corso.

Qualora un paziente in trattamento di day hospital, perpetuo o normale, dovesse ricoverarsi per qualsiasi motivo in regime di ricovero ordinario presso lo stesso od altro ospedale, il ciclo dovrà essere chiuso e la scheda nosologica compilata.

7. Compilazione del frontespizio della scheda nosologica.

La scheda nosologica va compilata in parte al ricovero, in parte durante la degenza ed in parte alla dimissione finale (si veda quanto specificato negli allegati B e C).

Essa dovrà essere compilata in ogni sua parte con attenzione e cura. Le schede compilate in modo incompleto o inaccurato dovranno essere restituite dalla Direzione sanitaria al reparto per l'adeguamento dei contenuti.

In particolare ai medici dovrà essere chiesto di indicare una ed una sola diagnosi di dimissione per riga ed uno ed un solo intervento chirurgico (o procedura) per riga.

8. Gestione dei trasferimenti.

Se un paziente viene trasferito ad un altro reparto dello stesso ospedale, egli non deve essere dimesso e poi ricoverato di nuovo, ma sia da un punto di vista sanitario che amministrativo il ricovero va considerato uno ed uno solo ed il numero della cartella clinica resta il medesimo.

Tutta la documentazione clinica del reparto che trasferisce deve seguire il paziente nel reparto di trasferimento. Questo al fine di permettere ai sanitari del nuovo reparto di poter disporre di tutte le informazioni necessarie per un adeguato trattamento del paziente e per consentire alla fine del ricovero una formulazione della diagnosi di dimissione finale corretta e basata su tutte le informazioni disponibili. La Direzione sanitaria adotterà tutti gli eventuali accorgimenti logistici per permettere una adeguata conservazione dei documenti (contenitori, cartelle e simili).

I primi tre trasferimenti andranno tutti indicati nella scheda nosologica in ordine cronologico, indipendentemente dalla durata della permanenza nel reparto.

Il reparto di ricovero da indicare è sempre quello in cui il paziente fisicamente si trova e non quello che ne cura l'assistenza.

9. 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 più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/ di trattamento;

10. Definizioni delle patologie.

Le patologie concomitanti e/o complicanti rilevano 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 più 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 necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

11. Procedure relative alla dimissione del paziente.

Il medico che dimette il paziente dall'ospedale e il Primario firmeranno la scheda nosologica. Essi dovranno anche apporre un timbro con il proprio nome e cognome per permettere di essere facilmente individuati.

12. Codifica delle diagnosi e degli interventi.

La Direzione sanitaria individuerà i responsabili della codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici. I codificatori non necessariamente devono essere medici. La Direzione sanitaria, se non curerà la codifica con personale da essa direttamente gestito, dovrà istituire procedure per la verifica della qualità delle diagnosi e della codifica.

13. Procedura di accesso all'informazione contenuta nell'archivio da parte di medici a scopo di ricerca clinica.

L'accesso ai dati nominativi della banca dati della SDO a fini di ricerca clinica è in linea generale incoraggiato, l'autorizzazione ad esso compete

alla Direzione Sanitaria che predisporrà un apposito modulo di domanda in analogia a quanto già avvenuto per il Registro Regionale delle Cause di morte.

14. Trasmissione dei dati alla Regione.

I dati della scheda nosologica, suddivisi per trimestre, verranno trasmessi dalla Direzione sanitaria direttamente alla Regione, su supporto magnetico entro i tre mesi successivi al trimestre di riferimento. Prima di trasmettere i dati, la Direzione sanitaria dovrà verificare la loro qualità e validità.

L'U.S.L. dovrà rispettare scrupolosamente la periodicità della trasmissione dei dati alla Regione. Nella trasmissione dei dati dovranno essere rispettati tracciato record e codici indicati dagli allegati B e C.

I supporti magnetici andranno inviati alla Regione accompagnati dal relativo modulo di spedizione (allegato F) e dovranno contenere due files distinti relativi sia ai ricoveri in degenza ordinaria che a quelli in regime di day hospital. Per i ricoveri in degenza ordinaria le informazioni presenti sul supporto magnetico devono essere contenute in un archivio denominato SNRD1XYY.DAT, dove il carattere X individua il trimestre di riferimento (1,2,3 o 4) e i caratteri YY individuano l'anno (es: invio del 2° trimestre del 1995 SNRD1295.DAT). Per i ricoveri in day hospital le informazioni presenti sul supporto magnetico devono essere contenute in un archivio denominato SNRD2XYY.DAT, dove il carattere X individua il trimestre di riferimento (1,2,3 o 4) e i caratteri YY individuano l'anno (es: invio del 2° trimestre del 1995 SNRD2295.DAT). Di seguito si riportano le specifiche dei supporti magnetici da utilizzare per trasmettere i dati alla Regione:

- tipo supporto: floppy disk
- formato: 3½
- densità 1440 KB
- lunghezza record: 250 crt per DEGENZA ORDINARIA
250 crt per DAY HOSPITAL
- codifica: ASCII

La carenza in una delle variabili "tipo di degenza", e "n. della scheda" comporterà il rifiuto di archiviazione da parte della Regione.

15. Aspetti medico legali.

Come documento cartaceo interno dell'ospedale la scheda nosologica ha valenza di documento medico legale. I dati ricavati da essa, anche trasferiti su supporto magnetico, sono coperti dal segreto professionale e d'ufficio.

SCHEDA NOSOLOGICA PER I RICOVERI IN REGIME ORDINARIO

(R: campi da compilare al ricovero; E: campi da compilare durante la degenza; D: campi da compilare alla dimissione).

N. CAMPO	DESCRIZIONE	N. CARATTERI	CONCILIENZE
1 R	Tipo record	2	D1 FISSO
2 R	USL	3	001 FISSO
3 R	Istituto di cura	6	Codice del Ministero della Sanità. E' composto da 3 caratteri che identificano la regione e 3 caratteri che costituiscono una numerazione progressiva all'interno della regione (DM 19.3.88) 020001 FISSO
4 R	N. della scheda	8	Le prime due cifre identificano l'anno, la terza cifra identifica il tipo di scheda (1 FISSO), le rimanenti cinque un progressivo all'interno dell'anno. Il numero corrisponde a quello della cartella clinica e rimane lo stesso per tutto l'episodio di ricovero (non cambia con eventuali trasferimenti interni).
5 R	Cognome	20	
6 R	Nome	15	
7 R	Codice Fiscale	16	Se viene utilizzato il codice sanitario individuale, in alternativa al Codice Fiscale deve essere allineato a sinistra. Qualora il paziente provenisse da un'altra regione andrà registrato il codice individuale emesso dalla regione di assistenza, e, se tale codice manca o non è posseduto dal cittadino, inserire il codice fiscale. Se straniero non iscritto in una USL, non registrare nulla.
8 R	Sesso	1	1 maschio, 2 femmina
9 R	Luogo di nascita	6	Se si tratta di comune italiano, adoperare i codici Istat dei comuni (3 campi per la provincia e 3 campi per il comune - Elenco dei comuni ISTAT edizione dell'anno corrente). Se trattasi di stato estero, indicare 999 nei primi tre campi ed il codice Istat degli stati esteri nei secondi tre.
10 R	Data di nascita	8	La data di nascita ha il formato ggammaaa: 26 aprile 1952 diventa 26041952.
11 R	Stato civile	1	1 non coniugato/a, 2 coniugato/a, 3 separato/a, 4 divorziato/a, 5 vedovo/a.
12 R	Cittadinanza	3	Adoperare 100 se cittadino italiano, i codici degli stati esteri Istat negli altri casi. vedi istruzioni per voce n. 9.
13 R	Luogo di residenza	6	
14 R	Codice regione	3	Utilizzare il codice delle regioni del Ministero della Sanità (DM 17.9.86). Se cittadino straniero indicare il codice Istat dello stato estero.
15 R	Codice USL	3	Deve essere indicata la USL nelle cui liste il cittadino è iscritto, anche se di altra regione. Adoperare i codici del Ministero della Sanità (DM 17.9.86 e successive modifiche).
16 R	Onere della degenza	1	1 SSN; 2 SSN + differenza alberghiera; 3 rimborso; 4 solvente; 9 altro.
17 R	Istruzione	1	
18 R	Condizione professionale	1	

N. CAMPO	DESCRIZIONE	N. CARATTERI	CODICE ISTAT
19 R	Codice ultima professione	4	Codifica Istat
20 R	Attività economica	5	Codifica Istat
21 R	Reparto ammissione a. disciplina b. divisione	2 2	01 FISSO Utilizzare i codici del Ministero della Sanità (DM 17.9.86 e successive modifiche) Deve essere indicato il reparto in cui il paziente è fisicamente ricoverato e non quello che ne cura l'assistenza.
22 R	Ora di ricovero	4	L'ora ha il formato hhmm
23 R	Data di ricovero	6	La data ha il formato ggmmaa
24 R	Provenienza	1	1 senza proposta di un medico; 2 inviato da medico/pediatra di base; 3 inviato da uno specialista (inclusi i ricoveri disposti da medici del reparto); 4 trasferito da un altro istituto tenuto alla compilazione della scheda nosologica, pubblico; 5 come (4), privato; 6 trasferito dal day hospital interno; 9 altro.
25 R	Tipo di ricovero	1	1 ordinario; 2 d'urgenza; 3 TSO (art. 33, 34, 35 e 64 della L. 833/78); 4 TSV. Per ricovero ordinario si intende un ricovero programmato, non urgente; questo indipendentemente dalle procedure di ricovero (vale a dire che per l'accettazione si passi o no dal pronto soccorso).
26 R	Motivo del ricovero a. intervento chirurgico h. stessa diagnosi	1 1	Intervento chirurgico di elezione: 1=si; 2=no. Ricovero successivo per stessa diagnosi. 1=si; 2=no.
27 R	Traumatismi/intossicazioni	1	1 infortunio sul lavoro; 2 incidente in ambiente domestico; 3 incidente stradale; 4 violenza altrui; 5 autolesioni o tentato suicidio; 9 altro tipo di incidente/intossicazione.
28 E	Trasferimento interno 1 a. data b. reparto b1. disciplina b2. divisione	6 2 2	La data ha sempre il formato ggmmaa. Per i codici di reparto vedere istruzioni per voce n. 21. Il reparto da indicare è quello in cui il malato si trova fisicamente e non quello che ne cura l'assistenza.
29 E	Trasferimento interno 2 a. data b. reparto b1. disciplina b2. divisione	6 2 2	
30 E	Trasferimento interno 3 a. data b. reparto b1. disciplina b2. divisione	6 2 2	
31 D	Dimissione o morte a. data	6	La data ha il formato ggmmaa

N. CAMPO	DESCRIZIONE	N. CARATTERI	CODICE NOTE
32 D	Reparto dimissione a. disciplina b. divisione	2 2	Vedere istruzioni per voce n. 21.
33 D	Area funzionale dimissione (AFC)	1	Codifica Ministero Sanità 1=medico; 2=chirurgico; 3=terapie intensive; 4=materno infantile; 5=riabilitazione/lungodegenza.
34 D	Modalità di dimissione	1	1=deceduto; 2=ordinario; 3=ordinario presso istituto di lungodegenza o residenza sanitaria assistenziale; 4=dimissione ordinaria protetta con affidamento al servizio di assistenza infermieristica domiciliare od ospedalizzazione a domicilio; 5=volontaria; 6=trasferito ad altro istituto (pubblico o privato).
35 D	Riscontro autoptico	1	1=si; 2=no.
36 D	Diagnosi principale di dimissione	5	Classificazione internazionale delle cause di morte, Istat, IX revisione, 1975, da non utilizzare codici E od M. In caso di codice V, indicare la lettera V seguito dalla tre cifre del codice. Indicare la condizione morbosa che, in base a tutte le informazioni disponibili al momento della dimissione è risultata essere il motivo principale del ricovero. Se la quarto cifra è blank, allineare a sinistra.
37 D	Diagnosi concomitanti o complicanti 1	5	Per i codici vedere istruzioni per voce n. 36.
38 D	Diagnosi concomitanti o complicanti 2	5	
39 D	Diagnosi concomitanti o complicanti 3	5	
40 D	Intervento chirurgico principale a. data b. codice	6 5	Lo dato ha il formato ggmmoa. Utilizzare la classificazione ICD9CM. Se le ultime cifre sono blank, allineare a sinistra. 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.
41 D	Intervento chirurgico 1 a. data b. codice	6 5	
42 D	Intervento chirurgico 2 a. data b. codice	6 5	
43	FILLER	22	
		tot. 250	

SCHEDA NOSOLOGICA PER I RICOVERI IN DAY HOSPITAL

(R: campi da compilare al ricovero; E: campi da compilare durante la degenza; D: campi da compilare alla dimissione).

N. CAMPO		DESCRIZIONE	N. CARATTERI	CODICE ISTAT
1 R		Tipo record	2	D2 FISSO
2 R		USL	3	001 FISSO
3 R		Istituto di cura	6	Codice del Ministero della Sanità. E' composto da 3 caratteri che identificano la regione e 3 caratteri che costituiscono una numerazione progressiva all'interno della regione (DM 19.3.88) 020001 FISSO
4 R		N. della scheda	8	Le prime due cifre identificano l'anno, la terza cifra identifica il tipo di scheda (2 FISSO), le rimanenti cinque un progressivo all'interno dell'anno. Il numero corrisponde a quello della cartella clinica e rimane lo stesso per tutto l'episodio di ricovero (non cambia con eventuali trasferimenti interni).
5 R		Cognome	20	
6 R		Nome	15	
7 R		Codice Fiscale	16	Se viene utilizzato il codice sanitario individuale, in alternativa al Codice Fiscale deve essere allineato a sinistra. Qualora il paziente provenisse da un'altra regione andrà registrato il codice individuale emesso dalla regione di assistenza, e, se tale codice manca o non è posseduto dal cittadino, inserire il codice fiscale. Se straniero non iscritto in una USL, non registrare nulla.
8 R		Sesso	1	1 maschio, 2 femmina
9 R		Luogo di nascita	6	Se si tratta di comune italiano, adoperare i codici Istat dei comuni (3 campi per la provincia e 3 campi per il comune -- Elenco dei comuni ISTAT edizione dell'anno corrente). Se trattasi di stato estero, indicare 999 nei primi tre campi ed il codice Istat degli stati esteri nei secondi tre.
10 R		Data di nascita	8	La data di nascita ha il formato ggmmaaaa: 26 aprile 1952 diventa 26041952.
11 R		Stato civile	1	1 non coniugato/a, 2 coniugato/a, 3 separato/a, 4 divorziato/a, 5 vedovo/a.
12 R		Cittadinanza	3	Adoperare 100 se cittadino italiano, i codici degli stati esteri Istat negli altri casi vedi istruzioni per voce n. 9
13 R		Luogo di residenza	6	
14 R		Codice regione	3	Utilizzare il codice delle regioni del Ministero della Sanità (DM 17.9.86). Se cittadino straniero indicare il codice Istat dello stato estero.
15 R		Codice USL	3	Deve essere indicata la USL nelle cui liste il cittadino è iscritto, anche se di altra regione. Adoperare i codici del Ministero della Sanità (DM 17.9.86 e successive modifiche).
16 R		Onere della degenza	1	1 SSN; 2 SSN + differenza alberghiera; 3 rimborso; 4 solvente; 9 altro.
17 R		Istruzione	1	
18 R		Condizione professionale	1	

N. CAMPO	DESCRIZIONE	N. CARATTERI	CODICI NOTE
19 R	Codice ultima professione	4	Codifica Istat
20 R	Attività economica	5	Codifica Istat
21 R	Day Hospital	2	01 FISSO
22 R	a. divisione b. disciplina	2	Utilizzare i codici del Ministero della Sanità (DM 17.9.86 e successive modifiche). Deve essere indicato il reparto in cui il paziente è fisicamente ricoverato e non quello che ne cura l'assistenza.
23 R	Data di accesso	6	La data ha il formato ggmmaa
24 R	Provenienza	1	1 senza proposta di un medico; 2 inviato da medico/pediatra di base; 3 inviato da uno specialista (inclusi i ricoveri disposti da medici del reparto), 4 trasferito da un altro istituto tenuto alla compilazione della scheda nosologica, pubblico; 5 come (4), privato; 9 altro.
25 R	Motivo del ricovero	1	Primo ricovero per specifica diagnosi = 1 Ricovero successivo per stessa diagnosi = 2
26 E	Prestazione	1	1 = diagnosi; 2 = terapia; 3 = riabilitazione.
27 D	Data ultimo accesso	6	La data ha il formato ggmmaa. Corrisponde alla data della fine del ciclo di trattamento; il 31 dicembre va comunque considerato come fine del ciclo.
28 D	Giornate di presenza	3	Numero complessivo di giornate nell'arco dello stesso ciclo.
29 D	Area funzionale dimissione (AFO)	1	Codifica Ministero Sanità. 1=medico; 2=chirurgica; 3=terapie intensive; 4=materno infantile; 5=riabilitazione/lungodegenza.
30 D	Modalità di dimissione	1	1=deceduto; 2=ordinaria; 3=ordinaria presso istituti di lungodegenza o residenza sanitaria assistenziale, 4=dimissione ordinaria protetta con affidamento al servizio di assistenza infermieristica domiciliare od ospedalizzazione a domicilio; 5=volontaria; 6=trasferito ad altro istituto (pubblico o privato).
31 D	Riscontro autoptico	1	1=si; 2=no.
32 D	Diagnosi principale di dimissione	5	Classificazione internazionale delle cause di morte, Istat, IX revisione, 1975. Da non utilizzare codici E od M. In caso di codice V, indicare la lettera V seguita dalle tre cifre del codice. Indicare la condizione morbosa che, in base a tutte le informazioni disponibili al momento della dimissione, è risultata essere il motivo principale del ricovero. Se la quarta cifra è blank, allineare a sinistra.

N. CAMPO	DESCRIZIONE	N. CARATTERI	CODICI NOTE
32 D	Diagnosi concomitanti o complicanti 1	5	Per i codici vedere istruzioni per voce n. 31
33 D	Diagnosi concomitanti o complicanti 2	5	
34 D	Diagnosi concomitanti o complicanti 3	5	
35 D	Intervento chirurgico principale a. data b. codice	6 5	La data ha il formato ggmmaa. Utilizzare la classificazione ICD9CM. Se le ultime cifre sono blank, allineare a sinistra. 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.
36 D	Intervento chirurgico 1 a. data b. codice	6 5	
37 D	Intervento chirurgico 2 a. data b. codice	6 5	
38	FILLER	59	
		tot. 250	

SCHEDA NOSOLOGICA DI RICOVERO

TRACCIATO PRESIDIO OSPEDALIERO					
	NOME DEL CAMPO	da col.	a col.	tipo	lungh.
1	TIPO RECORD	1	2	N	2
2	USSL	3	5	N	3
3	ISTITUTO DI CURA	6	11	AN	6
4	NUMERO SCHEDA				
	ANNO DI RIFERIMENTO	12	13	N	2
	TIPO SCHEDA	14	14	N	1
	NUMERO CARTELLA	15	19	N	5
5	COGNOME	20	39	A	20
6	NOME	40	54	A	15
7	CODICE FISCALE	55	70	N	16
8	SESSO	71	71	N	1
9	LUOGO DI NASCITA				
	COD. PROVINCIA	72	74	N	3
	COD. COMUNE	75	77	N	3
10	DATA DI NASCITA	78	85	N	8
11	STATO CIVILE	86	86	N	1
12	CITTADINANZA	87	89	N	3
13	LUOGO DI RESIDENZA				
	COD. PROVINCIA	90	92	N	3
	COD. COMUNE	93	95	N	3
14	COD. REGIONE	96	98	N	3
15	USSL DI ISCRIZIONE	99	101	N	3
16	ONERE DELLA DEGENZA	102	102	N	1
17	ISTRUZIONE	103	103	N	1
18	CONDIZ. PROFESSIONALE	104	104	N	1
19	COD. ULTIMA PROFESSIONE	105	108	N	4
20	ATTIVITA' ECONOMICA	109	113	N	5
21	REPARTO AMMISSIONE				
	DIVISIONE	114	115	N	2
	DISCIPLINA	116	117	N	2
22	ORA DI RICOVERO	118	121	N	4
23	DATA RICOVERO	122	127	N	6
24	PROVENIENZA	128	128	N	1
25	TIPO RICOVERO	129	129	N	1
26	MOTIVO RICOVERO				
	INT. CHIR.	130	130	N	1
	STESSA DIAGNOSI	131	131	N	1
27	TRAUMATISMI INTOSSICAZIONI.	132	132	N	1
28	TRASFERIMENTO 1				
	DATA	133	138	N	6
	DIVISIONE	139	140	N	2
	DISCIPLINA	141	142	N	2
29	TRASFERIMENTO 2				
	DATA	143	148	N	6
	DIVISIONE	149	150	N	2
	DISCIPLINA	151	152	N	2
30	TRASFERIMENTO 3				
	DATA	153	158	N	6
	DIVISIONE	159	160	N	2
	DISCIPLINA	161	162	N	2
31	DATA DIMISSIONE	163	168	N	6
32	REAPARTO DIMISSIONE				
	DIVISIONE	169	170	N	2
	DISCIPLINA	171	172	N	2
33	AREA FUNZ. RESP. DIM.	173	173	N	1
34	MODALITA' DI DIMISSIONE	174	174	N	1
35	RISC. AUTOPTICO	175	175	N	1
36	DIAGNOSI PRINCIPALE	176	180	AN	5
37	ALTRA PATOLOGIA 1	181	185	AN	5
38	ALTRA PATOLOGIA 2	186	190	AN	5
39	ALTRA PATOLOGIA 3	191	195	AN	5
40	DATA INT. CHIRUR.	196	201	N	6
	COD. INTERVENTO	202	206	N	5
41	DATA ALTRO INT. CHIRUR. 1	207	212	N	6
	COD. ALTRO INT. CHIR. 1	213	217	N	5
42	DATA ALTRO INT. CHIRUR. 2	218	223	N	6
	COD. ALTRO INT. CHIR. 2	224	228	N	5
43	FILLER	229	250	AN	22

SCHEMA NOSOLOGICA DI DAY HOSPITAL

TRACCIATO PRESIDIO OSPEDALIERO					
	NOME DEL CAMPO	da col.	a col.	tipo	lungh.
1	TIPO RECORD	1	2	N	2
2	USSL	3	5	N	3
3	ISTITUTO DI CURA	6	11	AN	6
4	NUMERO SCHEDA				
	ANNO DI RIFERIMENTO	12	13	N	2
	TIPO SCHEDA	14	14	N	1
	NUMERO CARTELLA	15	19	N	5
5	COGNOME	20	39	A	20
6	NOME	40	54	A	15
7	CODICE FISCALE	55	70	N	16
8	SESSO	71	71	N	1
9	LUOGO DI NASCITA				
	COD. PROVINCIA	72	74	N	3
	COD. COMUNE	75	77	N	3
10	DATA DI NASCITA	78	85	N	8
11	STATO CIVILE	86	86	N	1
12	CITTADINANZA	87	89	N	3
13	LUOGO DI RESIDENZA				
	COD. PROVINCIA	90	92	N	3
	COD. COMUNE	93	95	N	3
14	COD. REGIONE	96	98	N	3
15	USSL DI ISCRIZIONE	99	101	N	3
16	ONERE DELLA DEGENZA	102	102	N	1
17	ISTRUZIONE	103	103	N	1
18	CONDIZ. PROFESSIONALE	104	104	N	1
19	COD. ULTIMA PROFESSIONE	105	108	N	4
20	ATTIVITA' ECONOMICA	109	113	N	5
21	DAY HOSPITAL				
	DIVISIONE	114	115	N	2
	DISCIPLINA	116	117	N	2
22	DATA DI ACCESSO	118	123	N	6
23	PROVENIENZA	124	124	N	1
24	MOTIVO RICOVERO IN D-H	125	125	N	1
25	PRESTAZIONE	126	126	N	1
26	DATA ULTIMO ACCESSO	127	132	N	6
27	GIORNATE DI PRESENZA	133	135	N	3
28	AREA FUNZ. REP. DIM.	136	136	N	1
29	MODALITA' DI DIMISSIONE	137	137	N	1
30	RISC. AUTOPTICO	138	138	N	1
31	DIAGNOSI PRINCIPALE	139	143	AN	5
32	ALTRA PATOLOGIA 1	144	148	AN	5
33	ALTRA PATOLOGIA 2	149	153	AN	5
34	ALTRA PATOLOGIA 3	154	158	AN	5
35	DATA INT. CHIRUR.	159	164	N	6
	COD. INTERVENTO	165	169	N	5
36	DATA ALTRO INT. CHIRUR. 1	170	175	N	6
	COD. ALTRO INT. CHIR. 1	176	180	N	5
37	DATA ALTRO INT. CHIRUR. 2	181	186	N	6
	COD. ALTRO INT. CHIR. 2	187	191	N	5
38	FILLER	192	250	AN	59

ALL'ASSESSORATO DELLA SANITA'
ED ASSISTENZA SOCIALE
SERVIZIO SANITA'
U.O. SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO
E OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO
REGIONALE
SEDE

**MODULO DI SPEDIZIONE DEI SUPPORTI MAGNETICI CONTENENTI I
DATI DELLE SCHEDE NOSOLOGICHE.**

TIPO SUPPORTO: Floppy disk

FORMATO: 3½

LABEL: Omitted

DENSITA': 1440 KB

LUNGHEZZA RECORD: 250 crt FILE DEGENZA ORDINARIA
250 crt FILE DAY HOSPITAL

CODIFICA: ASCII

MITTENTE: Sig. _____

Ufficio _____ Tel. n. _____

ANNO DI RIFERIMENTO: _____

TRIMESTRE DI RIFERIMENTO: Primo [] Terzo []

Secondo [] Quarto []

ARCHIVIO RICOVERI IN DEGENZA ORDINARIA (SNRD1XYY.DAT):

SI [] NO [] N. Record _____

ARCHIVIO RICOVERI IN DAY HOSPITAL (SNRD2XYY.DAT):

SI [] NO [] N. Record _____

DATA DELL'INVIO: ____/____/____

IL MITTENTE

N.B.: L'invio dei dati deve essere effettuato entro i tre mesi successivi al
trimestre di riferimento.

In Originale Firmato

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE
Dino VIERIN

IL DIRIGENTE ROGANTE
Silvano RUBBO

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia della presente deliberazione è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione Regionale dal 11 OTT. 1994 per quindici giorni consecutivi.

Aosta, 11 OTT. 1994

F.to

IL DIRIGENTE
Silvano RUBBO

Per copia conforme ad uso amministrativo

Aosta,

IL DIRIGENTE
Silvano RUBBO

CONTROLLO DELLA COMMISSIONE DI COORDINAMENTO

Aosta, 20/10/94

DECISIONE: VISTO N. 686

IL PRESIDENTE