

ASSESSORATO SANITA', SALUTE E POLITICHE SOCIALI
DIPARTIMENTO SANITA', SALUTE E POLITICHE SOCIALI
PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA E MOBILITA'

PROVVEDIMENTO DIRIGENZIALE

N. 5105 in data 02-11-2016

OGGETTO : APPROVAZIONE DELL'AGGIORNAMENTO DEL FLUSSO INFORMATIVO RELATIVO ALLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) ED APPROVAZIONE DI ATTI DI INDIRIZZO ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA PER L'APPLICAZIONE NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

Vista la legge regionale 23 luglio 2010, n. 22 “Nuova disciplina dell’organizzazione dell’Amministrazione regionale e degli enti del comparto unico della Valle d’Aosta. Abrogazione della legge regionale 23 ottobre 1995, n. 45, e di altre leggi in materia di personale” e, in particolare, l’articolo 4, relativo alle funzioni della direzione amministrativa;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 708 in data 15 maggio 2015 concernente la ridefinizione della struttura organizzativa dell’Amministrazione regionale, a modificazione della DGR 578/2012 e successive integrazioni, a decorrere dal 1° giugno 2015;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 909 del 12 giugno 2015, recante il conferimento dell’incarico dirigenziale alla sottoscritta;

Visto il decreto del Ministro della sanità in data 28 dicembre 1991, con il quale è stata istituita la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati esistenti sul territorio nazionale;

Visto il decreto del Ministro della sanità 26 luglio 1993, concernente la “Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero;

Visto il decreto del Ministero della Sanità 27 ottobre 2000, n. 380 “Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricoveri pubblici e privati”;

Visto l'articolo 3, comma 5, dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che la definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del Nuovo sistema informativo sanitario sono affidati alla Cabina di Regia di cui all'accordo quadro tra il Ministro della salute e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e vengono recepiti dal Ministero della Salute con propri decreti attuativi, compresi i flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei livelli essenziali di assistenza;

Visto il verbale della seduta della Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del 23 settembre 2008 in merito all'approvazione dell'aggiornamento della scheda di dimissione ospedaliera con l'integrazione dei campi concernenti il livello di istruzione, la data di prenotazione, la classe di priorità e il codice causa esterna, con l'individuazione della relativa tempistica;

Visto il Decreto del Ministero della Salute in data 8 luglio 2010 concernente l'aggiornamento del contenuto informativo della scheda di dimissione ospedaliera e le relative regole di compilazione e codifica;

Richiamata la Deliberazione della Giunta regionale n. 2421 del 10 settembre 2010 recante “Approvazione della nuova disciplina del flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) ed approvazione di atti di indirizzo all'Azienda USL della Valle d'Aosta”;

Ritenuto necessario, nelle more dell'approvazione da parte del Ministero della Salute del Decreto di integrazione e aggiornamento delle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera, integrare le informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera sulla base della versione definitiva delle specifiche funzionali diffusa dal Ministero stesso e disciplinare il relativo flusso informativo al fine di adeguare il contenuto della SDO alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria, anche in considerazione degli orientamenti definiti dalla normativa dell'Unione europea;

Considerato altresì opportuno, per ragioni di unitarietà e di trasparenza degli atti amministrativi, procedere all'approvazione di un nuovo documento che disciplini integralmente il flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e non soltanto gli aggiornamenti previsti dalle succitate specifiche funzionali;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1964 in data 30.12.2015 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2016/2018, del bilancio di cassa per l'anno 2016, di disposizioni applicative e l'affiancamento, a fini conoscitivi, del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2016/2018, ai sensi del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

DECIDE

1. di approvare l'aggiornamento del flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) ed i relativi atti di indirizzo all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, riportati nell'allegato al presente provvedimento di cui formano parte integrante, da applicare a tutte le strutture pubbliche e private della Regione Autonoma Valle d'Aosta a decorrere dal 1° gennaio 2017, dando atto che dal 1° gennaio 2018 il conferimento dei dati con le modalità e i contenuti previsti dal presente atto è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni nei confronti del Ministero;
2. di stabilire che il presente provvedimento sia trasmesso all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta per gli adempimenti di competenza.

L'ESTENSORE
- Paola BULLIO -

IL DIRIGENTE
- Patrizia VITTORI -

Allegato al provvedimento dirigenziale n. _____ del _____

ATTI DI INDIRIZZO ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA PER L'AGGIORNAMENTO DEL FLUSSO INFORMATIVO RELATIVO ALLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO), NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA.

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

L'adeguamento del flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera SDO risponde alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria, anche in considerazione degli orientamenti definiti dalla normativa dell'Unione europea.

Il trattamento dei dati acquisiti è funzionale a:

- supportare i processi di “programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria”(art. 85, comma 1, lett. B) del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196);
- perseguire le finalità relative ai trattamenti effettuati per scopi statistici dai soggetti pubblici che fanno parte del SISTAN e ai trattamenti effettuati per scopi scientifici (art. 98, comma 1, lett. b) e c) del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196);
- consentire una rilevazione sistematica a scopi epidemiologici.

1. Entrata in vigore dell'aggiornamento

A decorrere dal 1° gennaio 2017 è aggiornato il flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO), secondo le specifiche indicate nel presente allegato.

A decorrere dal 1° gennaio 2018 il conferimento dei dati con le modalità e i contenuti previsti dal presente atto è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni nei confronti del Ministero.

2. Contenuto informativo della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La scheda di dimissione ospedaliera è gestita esclusivamente in modalità elettronica, in due tracciati distinti di seguito elencati:

TRACCIATO A - contiene le informazioni di carattere anagrafico;

TRACCIATO B - contiene le informazioni relativo al ricovero.

I dati anagrafici e sanitari sono quindi inviati e conservati in archivi disgiunti.

3. Responsabilità e modalità di compilazione e conservazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera

La scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale, comprensive dell'obbligo di conservazione della documentazione cartacea o di suo equivalente documento digitale, e che

tutte le informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera devono trovare valida e completa documentazione analitica nelle corrispondenti cartelle cliniche.

La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile della Struttura dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione.

I dati devono essere acquisiti dall'Azienda USL della Valle d'Aosta anche rispetto ai presidi non direttamente gestiti, ma dei quali costituisce riferimento, come le strutture private ubicate sul territorio dell'Azienda stessa. L'Azienda trasmette poi i dati alla Regione secondo le modalità descritte nel presente documento.

Il Direttore della Direzione medica di Presidio oppure, in sua assenza, il direttore sanitario dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

Le informazioni rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera possono essere diffuse e pubblicizzate, a norma di legge, esclusivamente in forma anonima, predisponendo opportune elaborazioni ed aggregazioni in modo da garantire il rispetto della disciplina relativa al trattamento dei dati personali.

4. Istruzioni per la compilazione e la codifica delle informazioni riportate nella scheda di dimissione ospedaliera

La scheda di dimissione ospedaliera è compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati, ivi compresi i neonati sani.

La scheda di dimissione ospedaliera 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 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; essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha quindi inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, 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 di un paziente da una struttura all'altra dello stesso istituto non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione.

Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa scheda di dimissione ospedaliera deve pertanto essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto. Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e viceversa e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza e viceversa. In questi 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 in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Relativamente ai ricoveri diurni, la cartella clinica e la relativa SDO devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ogni anno, salvo dar luogo ad una nuova cartella e ad una nuova SDO per i cicli di trattamento che dovessero proseguire l'anno successivo.

Nel caso di trasferimento del paziente dal regime di ricovero diurno ad altro regime di ricovero, o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovranno essere compilate una nuova cartella clinica e una nuova SDO.

5. Specifiche funzionali e modalità di trasmissione

I dati delle schede di dimissione ospedaliera sono trasmessi mensilmente dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta all'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali, con la seguente periodicità:

Mese	Scadenza invio
gennaio	10 marzo anno in corso
febbraio	10 aprile anno in corso
marzo	10 maggio anno in corso
aprile	10 giugno anno in corso
maggio	10 luglio anno in corso
giugno	10 agosto anno in corso
luglio	10 settembre anno in corso
agosto	10 ottobre anno in corso
settembre	10 novembre anno in corso
ottobre	10 dicembre anno in corso
novembre	10 gennaio anno seguente
dicembre	10 febbraio anno seguente

L'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta deve rispettare scrupolosamente la periodicità della trasmissione dei dati rispettando il tracciato record e le specifiche funzionali di seguito indicati.

Le due sezioni della scheda sono gestite in archivi separati. Gli archivi sono accessibili solo dagli uffici regionali ed aziendali preposti, esclusivamente per il tempo e nei modi appropriati, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali.

I dati in formato elettronico sono inviati all'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali distinti in due file contenenti la parte anagrafica e quella sanitaria.

Per i dati anagrafici, le informazioni sono contenute in un archivio denominato SDOANXXYY.txt, dove il carattere XX individua il mese di riferimento (01, 02, 03, ... 11, 12) e i caratteri YY individuano l'anno (es.: invio gennaio 2017 SDOANA0117.txt).

Per i dati sanitari, le informazioni sono contenute in un archivio denominato SDOSANXXYY.txt, dove il carattere XX individua il mese di riferimento (01, 02, 03, ... 11, 12) e i caratteri YY individuano l'anno (es.: invio gennaio 2017 SDOSAN0117.txt).

Si riportano di seguito la legenda che specifica le abbreviazioni utilizzate e le specifiche funzionali dei due tracciati:

AN = campo alfanumerico

OBB= sempre obbligatorio

FAC = facoltativo

NBB = obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

I campi alfanumerici sono allineati a sinistra; se non utilizzati, sono impostati con il valore "spazio".

I codici ICD-9-CM sono allineati a sinistra e, nei casi in cui siano previsti meno di 5 caratteri (nel caso delle diagnosi) o di 4 caratteri (nel caso di interventi o procedure), i rimanenti caratteri non significativi sono impostati con il valore "spazio". I campi contenenti i codici ICD-9-CM, se non utilizzati, sono impostati con il valore "spazio".

Tracciato A – Informazioni anagrafiche – Definizione dei campi

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Codice istituto di cura	Indica l'istituto di cura pubblico o privato	OBB	CAMPO CHIAVE Il campo, che identifica l'Istituto di cura da cui è dimesso il paziente, deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis.	8
Numero progressivo della scheda SDO	Corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.	OBB	CAMPO CHIAVE Il codice da utilizzare è di 10 caratteri di cui le prime quattro cifre indicano l'anno mentre le altre sei costituiscono una numerazione progressiva dei ricoveri all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura da cui è dimesso il paziente. La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero, in modo tale che ciascun numero identifichi in modo univoco un singolo episodio di ricovero.	10
Codice individuale	Identifica in modo univoco gli iscritti al SSR	NBB Obbligatorio solo per pazienti iscritti al SSR	E' costituito dal codice individuale a 7 cifre assegnato al paziente nell'ambito dell'anagrafe degli assistibili dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.	7
Cognome		OBB		20
Nome		OBB		15
Sesso	Sesso del paziente	OBB	Valori ammessi: 1= maschio 2= femmina 9= non definito	1
Comune di nascita	Comune di nascita del paziente	OBB	Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica 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, è utilizzato il codice 999 al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello stato estero definito dall'ISTAT.	6
Data di nascita	Data di nascita del paziente	OBB	Formato GGMMAAAA Per i ricoveri riferiti all'evento nascita il campo "Provenienza del paziente" deve essere uguale a 01	8
Stato civile	Stato civile del paziente al momento del ricovero	OBB	Valori ammessi: 1= celibe/nubile 2= coniugato/a 3= separato/a 4= divorziato/a 5= vedovo/a 6= non dichiarato	1

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Cittadinanza	Cittadinanza del paziente al momento del ricovero	OBB	Il codice a 3 caratteri da utilizzare per la cittadinanza è il seguente: <ul style="list-style-type: none"> - 100 nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana; - il codice a tre caratteri dello Stato estero, definito dall'ISTAT, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera o sia apolide 	3
Comune di residenza	Comune nella cui anagrafe (Anagrafe della popolazione residente) è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, Stato estero di residenza, al momento del ricovero	OBB	Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica 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, è utilizzato il codice 999 al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello stato estero definito dall'ISTAT. Per i ricoveri riferiti all'evento nascita deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127. Per gli stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice del comune di iscrizione al SSN ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla ASL e la Regione di residenza.	6
Regione di residenza	La regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente al momento del ricovero	OBB	I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con decreto del Ministero della Sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero va indicato il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.	3
Azienda unità sanitaria locale di residenza	ASL che comprende il comune in cui risiede l'assistito al momento del ricovero	OBB	Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della ASL (di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche – Anagrafica MRA fase 1) utilizzato anche nei modelli per le attività gestionali ed economiche delle ASL. Questa variabile si compila con 999 per i residenti all'estero, ovvero nel caso in cui la regione di residenza sia valorizzata con il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.	3
Livello di istruzione	Titolo di studio del paziente al momento del ricovero	OBB	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	1

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Numero progressivo della scheda SDO della puerpera	Corrisponde al numero identificativo della cartella clinica della scheda SDO della madre relativa al parto	NBB Obbligatorio solo nel caso si tratti della SDO di un neonato relativa all'evento della sua nascita, ovvero "provenienza del paziente=01"	Il codice da utilizzare è di 10 caratteri di cui le prime quattro cifre indicano l'anno mentre le altre sei costituiscono una numerazione progressiva dei ricoveri all'interno dell'anno. Deve essere compilato con valore "9999999999" nel caso in cui la madre richieda l'anonimato o il neonato venga dato in adozione.	10
Codice identificativo del paziente	Codice identificativo del paziente	OBB	Per i soggetti iscritti al SSN utilizzare il codice fiscale a 16 caratteri. Per i cittadini europei in possesso di TEAM riportare il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri, riportato sulla TEAM. Per i cittadini europei non in possesso della TEAM e non iscrivibili al SSN utilizzare il codice ENI a 16 caratteri. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice STP a 16 caratteri. Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere compilato con il carattere "X" ripetuto 20 volte.	20
Tipologia del codice Identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità	Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica	FAC	Formato: NN Valori ammessi: 0 = Codice fiscale 1 = Codice STP 2 = Codice ENI 3 = Codice TEAM 99 = Codice non presente in banca dati Nella fase transitoria del Sistema SDO il campo non deve essere valorizzato, ma a regime sarà un campo obbligatorio.	2

Tracciato B – Informazioni ricovero – Definizione dei campi

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Codice istituto	Indica l'istituto di cura pubblico o privato	OBB	CAMPO CHIAVE Il campo, che identifica l'Istituto di cura da cui è dimesso il paziente, deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis.	8
Numero progressivo della scheda SDO	Corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.	OBB	CAMPO CHIAVE Il codice da utilizzare è di 10 caratteri di cui le prime quattro cifre indicano l'anno mentre le altre sei costituiscono una numerazione progressiva dei ricoveri all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura da cui è dimesso il paziente. La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero, in modo tale che ciascun numero identifichi in modo univoco un singolo episodio di ricovero	10
Regime di ricovero	Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" ed il "ricovero diurno"	OBB	Valori ammessi: 1 =Ricovero ordinario 2 =Ricovero diurno Il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> • si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato; • è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero e non prevede il pernottamento del paziente; • fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che per la loro intrinseca complessità o invasività o per il correlato rischio per il paziente non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale. 	1
Data di ricovero	Data di ricovero nell'istituto di cura	OBB	Formato GGMMAAAA Coincide con la data in cui il paziente viene accettato nel reparto di ammissione. 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. In caso di ricovero diurno (codice 2 per la variabile "Regime di ricovero"), va indicata la data del primo accesso. Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita (data di nascita= data di ricovero), la provenienza del paziente deve essere valorizzata a "01" (ricovero al momento della nascita).	8

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Unità operativa di ammissione	L'unità operativa di ammissione individua l'unità operativa presso la quale il paziente viene ricoverato all'accettazione, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa.	OBB	Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.12 e HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).	4
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.	OBB	<p>Valori ammessi:</p> <p>1 = ricovero a totale carico del SSN;</p> <p>2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);</p> <p>4 = ricovero senza oneri per il SSN;</p> <p>5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);</p> <p>6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);</p> <p>7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN;</p> <p>8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;</p> <p>A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;</p> <p>9 = altro</p>	1

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Provenienza del paziente	La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero.	OBB	<p>Valori ammessi:</p> <p>01 = ricovero al momento della nascita 02 = Pronto soccorso 03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico 04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato 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 09 = carcere 10= paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) 11= paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso 12= provenienza OBI 99= altro</p>	2
Tipo ricovero	Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario, individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.	NBB obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e Provenienza del paziente < "01"	<p>Valori ammessi:</p> <p>1 = ricovero programmato, non urgente; 2 = ricovero urgente; 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO); 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO devono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione 5 = parto non urgente</p> <p>Questa variabile non si compila per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita ovvero "provenienza paziente = 01" (ricovero al momento della nascita). 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>	1

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Traumatismi o intossicazioni	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)	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di ammissione < 56, 60, 28 e 75)	Valori ammessi: 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.	1
Data trasferimento	Trasferimenti Possono essere inseriti fino a 15 trasferimenti, sia interni che esterni, relativi ad un singolo ricovero.	NBB (obbligatoria se valorizzata Ora Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e Regime di ricovero=1)	Il set di informazioni (Data, Ora e Unità di trasferimento) è di per sé facoltativo ma in presenza di una sola delle tre informazioni devono essere compilate anche le altre due. Formato GGMMAAAA	8
Ora trasferimento	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	NBB (obbligatoria se valorizzata Data Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e Regime di ricovero=1)	Formato OOMM	4
Unità operativa trasferimento		NBB (obbligatoria se valorizzata Data Trasferimento o Ora Trasferimento e Regime di ricovero=1)	Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.12 e HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).	4
Unità operativa di dimissione	Indica l'unità operativa presso cui è ricoverato il paziente al momento della dimissione: il campo deve essere sempre compilato, anche nel caso in cui l'unità operativa coincida con l'unità operativa di ammissione o con quella relativa all'ultimo trasferimento interno.	OBB	Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.12 e HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).	4

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Data di dimissione o morte	Indica la data di dimissione o di decesso del paziente	OBB	Formato GGMMAAAA Nel caso di ricovero in regime diurno, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso presso l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno.	8
Modalità di dimissione	La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso dall'istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.	OBB	Valori ammessi: 1 = nel caso in cui il paziente sia deceduto; 2 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente; 3 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) 4 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal d.m. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"; 5 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato); 6 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti; 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; 8 = trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione; 9 = dimissione ordinaria con attivazione di ADI	1
Riscontro autoptico	Individua i pazienti deceduti durante il ricovero per i quali è stata effettuata l'autopsia	NBB Obbligatorio se valorizzato Modalità di dimissione = 1	Valori ammessi: 1 = autopsia eseguita 2 = autopsia non eseguita Deve essere compilato se e solo se modalità di dimissione = '1'	1
Motivo del ricovero in regime diurno	Indica se il ricovero in regime diurno è effettuato a scopo diagnostico, chirurgico, terapeutico o riabilitativo.	NBB Obbligatorio se valorizzato Regime di ricovero = 2	Valori ammessi: 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up) 2 = ricovero diurno chirurgico 3 = ricovero diurno terapeutico 4 = ricovero diurno riabilitativo Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (Regime di ricovero = 2)	1

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
N. giornate di presenza in ricovero diurno	Indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto accessi presso l'istituto di cura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale in regime diurno	NBB Obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2	Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre l'anno di inizio del ciclo assistenziale, riportare il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto accessi presso l'istituto di cura fino al 31 dicembre. Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (Regime di ricovero = 2)	3
Peso alla nascita	Indica il peso rilevato al momento della nascita e riportato nella scheda di dimissione relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita.	NBB Obbligatorio se provenienza del paziente = 01 (ricovero al momento della nascita)	Peso rilevato al momento della nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso. Va rilevato il peso in grammi	4
Allattamento del neonato	Identifica la tipologia di allattamento al momento della dimissione	NBB Obbligatorio se provenienza del paziente = 01 (ricovero al momento della nascita)	Valori ammessi: 1= nati che hanno utilizzato latte materno 2= nati che hanno utilizzato latte materno + formula 3= nati che hanno utilizzato formula 9= altro	1
Diagnosi principale di dimissione	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.	OBB	Formato XXXXX (senza punto) La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio, ad es. 996.30 e non 996.3. 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. La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di dimissione ospedaliera e correttamente codificata utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).	5

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Diagnosi secondarie	Possono essere inserite fino a 5 diagnosi secondarie. 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.	NBB Obbligatorie se presenti	Formato XXXXX (senza punto) La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio, ad es. 996.30 e non 996.3. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate. 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. Possono essere riportate al massimo cinque diagnosi secondarie, che devono essere correttamente codificate utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).	5
Data intervento principale	Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento principale.	NBB Obbligatorio se valorizzato Intervento Principale	Formato GGMMAAAA	8
Intervento principale	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.)	NBB Obbligatorio se eseguito	Formato XXXX (senza punto) La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando il codice ICD9CM di maggior dettaglio della versione correntemente in uso, ad es. 55.91 e non 55.9. L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero individuata secondo i seguenti criteri: 1. in presenza di più procedure chirurgiche, 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 (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.	4

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Data interventi secondari	Indica la data dell'intervento secondario per ogni campo di intervento secondario compilato.	NBB Obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato	Formato GGMMAAAA N.B. Per i ricoveri con preospedalizzazione (tipo di ricovero = 4), la data delle procedure eseguite può essere anteriore alla data di ricovero.	8
Interventi secondari	Possono essere inseriti fino a 10 interventi/procedure oltre all'intervento principale	NBB Obbligatori se eseguiti	Formato XXXX (senza punto) La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando il codice ICD9CM di maggior dettaglio, ad es. 55.91 e non 55.9. Quando nella cartella clinica sono indicate procedure in numero superiore a quelle previste dal tracciato record della SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è condotta secondo quanto stabilito nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni rep. atti 64/CSR del 29/06/2010. L'intervento secondario 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).	4
DRG	DRG del ricovero	OBB	DRG attribuito dalla versione del grouper in vigore.	3
Data di prenotazione	La data di prenotazione esprime la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.	NBB obbligatorio se Regime di Ricovero = 2 o se Regime di Ricovero = 1 e Tipo di Ricovero = 1 o 4	Formato GGMMAAAA La data di prenotazione deve essere compilata per tutti i ricoveri in regime diurno e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (con "tipo ricovero" valorizzato a "1" – ricovero programmato non urgente, oppure "4" – ricovero programmato con preospedalizzazione). La data di prenotazione deve essere precedente o coincidente con la data di ricovero. In caso di trasferimento da altro Istituto, la data di prenotazione deve coincidere con la data in cui il trasferimento è stato concordato fra i due Istituti. La data di prenotazione non si compila per tipo ricovero "5 – parto non urgente"	8

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Classe di priorità	Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nell'Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002	NBB obbligatorio se valorizzata Data di Prenotazione	Valori ammessi: 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. 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. 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. 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. La classe di priorità non si compila per tipo ricovero "5 – parto non urgente"	1
Codice causa esterna	Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo o dell'intossicazione quando il ricovero 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)	NBB obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di ammissione < 56, 60, 28 e 75	In tale campo dovrà essere inserito un codice E della Classificazione ICD-9-CM versione correntemente in uso. Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89).	5
Importo	Importo del ricovero	OBB	Importo calcolato sulla base del tariffario regionale in vigore. Il campo dovrà essere compilato come segue: - parte intera e parte decimale separate da una virgola - cifra allineata a destra e completata a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere 0 (zero) - la parte decimale avrà sempre lunghezza 2, anche nei casi in cui l'importo abbia valore intero	9
Ora di ricovero	Ora di accettazione nel reparto di ammissione; si intende l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente.	NBB obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1	Formato OOMM Da compilare solo per i ricoveri ordinari. Si intende l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente. In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire l'ora di accesso alla sala operatoria. Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita, l'ora di ricovero coincide con l'ora di nascita.	4

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Ora di dimissione o morte	Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora del decesso	NBB obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1	Formato OOMM Inserire l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora del decesso.	4
Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	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.	OBB	Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1
Lateralità della diagnosi principale	Ove applicabile specificare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	FAC	Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
Stadiazione condensata diagnosi principale	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)	NBB Obbligatorio in presenza di diagnosi di dimissione principale identificata dai codici ICD-9-CM 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	1
Diagnosi secondarie presenti al ricovero	Indica se la 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.	NBB Obbligatorio per ogni campo di diagnosi secondaria di dimissione compilata	Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Lateralità delle diagnosi secondarie	Ove applicabile specificare se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	FAC	Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
Stadiazione condensata diagnosi secondarie	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione secondaria (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)	NBB Obbligatorio in presenza di diagnosi di dimissione secondaria identificata dai codici ICD-9-CM 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	1
Intervento principale esterno	Indica se l'intervento principale è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente	NBB Obbligatorio se valorizzato Intervento Principale	Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1
Ora inizio intervento principale	Indica l'ora di inizio dell'intervento principale, 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 14/3/1996).	NBB Obbligatorio se valorizzato Intervento Principale, escluse procedure diagnostiche o terapeutiche	Formato OOMM 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". Non compilare per le procedure diagnostiche o terapeutiche	4
Identificativo Chirurgo intervento principale	Individua il chirurgo responsabile dell'intervento principale. Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio	NBB Obbligatorio se valorizzato Intervento Principale, escluse procedure diagnostiche o terapeutiche	Utilizzare il Codice fiscale a 16 caratteri Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio.	16
Identificativo Anestesista intervento principale	Individua l'anestesista dell'intervento principale.	FAC	Utilizzare il Codice fiscale a 16 caratteri Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ	16

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Check List Sala Operatoria intervento principale	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 Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012	NBB Obbligatorio se valorizzato Intervento Principale	Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non applicabile Compilare per tutte le procedure effettuate in sala operatoria.	1
Lateraltà dell'intervento principale	Ove applicabile specificare se l'intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	FAC	Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
Interventi secondari esterni	Indicare se l'ulteriore procedura rispetto all'intervento principale è stata effettuata in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quello in cui è ricoverato il paziente	NBB Obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato	Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1
Ora inizio intervento secondario	Indica l'ora di inizio dell'intervento secondario, 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 14/3/1996).	NBB Obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato, escluse procedure diagnostiche e terapeutiche	Formato: OOMM Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l'ora di inizio della procedura riportata nel campo "Intervento secondario". Non compilare per le procedure diagnostiche o terapeutiche.	4
Identificativo Chirurgo intervento secondario	Individua il chirurgo responsabile dell'intervento secondario. Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio	NBB Obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato	Utilizzare il Codice fiscale a 16 caratteri Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio	16

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Identificativo Anestesista intervento secondario	Individua l'anestesista dell'intervento secondario	FAC	Utilizzare il Codice fiscale a 16 caratteri Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ	16
Check List Sala Operatoria intervento secondario	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 recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012	NBB Obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato, escluse procedure diagnostiche e terapeutiche	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = non applicabile Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare per tutte le procedure effettuate in sala operatoria.	1
Lateraltà dell'intervento secondario	Ove applicabile specificare se l'intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	FAC	Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
Rilevazione del dolore	Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010	OBB	Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1
Pressione arteriosa sistolica	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 ICD9-CM 410.xx)	NBB Obbligatorio se presente diagnosi principale o secondaria - valorizzata con codice ICD9-CM 410.xx	FORMATO: NNN 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.	3

Nome campo	Descrizione	Obbligatorietà	Informazioni	Lunghezza
Creatinina serica	Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL)	NBB Obbligatorio se valgono le condizioni specificate nelle informazioni di dominio	<p>FORMATO: NN,NN</p> <p>Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL). Valore massimo accettabile 99,99 mg/dL</p> <p>Il campo deve essere compilato nei seguenti casi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD9-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; 2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx) e pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Indicare il valore della creatinina sierica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale; 3) 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. 4) 	5
Frazione di eiezione	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 ICD9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x).	NBB Obbligatorio se rilevato intervento – principale o secondario – valorizzato con codice ICD9-CM 35.1x-35.2x o 36.1x	<p>FORMATO: NN</p> <p>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.</p>	2

6. Riepilogo dei controlli

Di seguito si riporta una tabella nella quale vengono riassunte le diverse tipologie di errore riferite al flusso inviato al Ministero della Salute e la conseguente generazione di uno scarto totale o parziale. Si precisa che:

- gli errori con l'indicazione 'scarto totale' implicano lo scarto dell'intero file inviato
- gli errori con l'indicazione 'scarto del record' implicano lo scarto del singolo record contenente l'errore
- gli errori con l'indicazione 'anomalia' generano un'anomalia ma vengono comunque acquisiti dal sistema ministeriale.

TRACCIATO A – Informazioni Anagrafiche

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Codice istituto di cura	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo chiave	Campo vuoto
	Scarto del record	Incongruenza tra regione inviante e codice istituto di cura dichiarato	i primi 3 caratteri del Codice istituto di cura che indicano il "codice regione" sono diversi dal codice della regione inviante i dati.
	Scarto del record	Chiave del record già presente in un precedente invio	In caso di inserimento (Tipo=I), chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) già presente in un precedente invio
	Scarto del record	Chiave del record non presente in tabella per una variazione o una cancellazione	In caso di variazione o cancellazione (Tipo=V o Tipo=C) chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) non presente in un precedente invio
	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo chiave.	Il valore inserito e controllato non è presente in anagrafica strutture da flussi HSP.11, HSP.11bis
Numero progressivo scheda SDO	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo chiave	Campo vuoto
	Scarto totale	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza è diversa da 10 caratteri
	Scarto del record	Chiave del record già presente in un precedente invio	In caso di inserimento (Tipo=I), chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) già presente in un precedente invio
	Scarto del record	Chiave del record non presente in tabella per una variazione o una cancellazione	In caso di variazione o cancellazione (Tipo=V o Tipo=C) chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) non presente in un precedente invio

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Numero progressivo scheda SDO della puerpera	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	“Numero progressivo della scheda SDO della puerpera” non valorizzato quando Provenienza del Paziente = “01” (Evento nascita)
	Anomalia	Errata valorizzazione di un campo obbligatorio	“Numero progressivo della scheda SDO della puerpera” è < da “999999999” e inesistente nella base dati SDO
	Anomalia	Incongruenza con Tipo di Ricovero nella scheda SDO della puerpera	La scheda SDO della madre riporta in Tipo Ricovero valori < da 1 o 2 o 5
Sesso	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1=Maschio 2=Femmina 9 = non definito
Data di Nascita	Scarto totale	Datatype errato	Il formato data non è rispettato
	Anomalia	Data nascita successiva alla Data Ricovero	Data nascita > Data ricovero
	Anomalia	Data di nascita non congruente	La differenza tra anno, mese e giorno di nascita e anno, mese e giorno di dimissione è superiore a 124 anni..
	Anomalia	Data di nascita non congruente con Data di Ricovero e/o Dimissione della madre	Se “Provenienza Paziente”=”01” e “Numero progressivo scheda SDO della puerpera” < “999999999” allora “Data di nascita” (del neonato) non è ricompresa tra la “Data di ricovero” e la “Data di dimissione o morte” contenute nella scheda SDO della madre
	Anomalia	Data di nascita non coerente con Provenienza del paziente	Provenienza del paziente = “01” e Data di nascita < Data Ricovero
Livello di Istruzione	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli 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
Stato civile	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Celibe/Nubile 2 = Coniugato/a 3 = Separato/a 4 = Divorziato/a 5 = Vedovo/a 6 = Non dichiarato

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Comune di residenza	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i residenti in Italia il codice non è secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Per i residenti all'estero non è rispettata la corretta modalità di compilazione che è '999SSS' dove 'SSS' è il codice stato estero ISTAT.
	Anomalia	Errata compilazione del Comune di Residenza per i residenti all'estero	il codice è stato erroneamente compilato 'SSS999'. (Si applica solo per i comuni di residenza esteri e viene automaticamente riportato nella forma '999SSS')
Cittadinanza	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza deve essere: - 100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana; - il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dall'ISTAT, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera o sia apolide.
	Anomalia	Cittadinanza incongruente con Tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità	Cittadinanza = 100 (italiana) e "Tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità" = 1 o 2 o 3
Codice identificativo del paziente	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
Presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi Previsto per utilizzo futuro, all'applicazione delle procedure di cui all'articolo 6, comma 1 del citato decreto. 0 = codice identificativo valido 1 = codice identificativo errato
Tipologia del codice Identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi Previsto per utilizzo futuro, all'applicazione delle procedure di cui all'articolo 6, comma 1 del citato decreto. 0 = Codice fiscale 1 = Codice STP 2 = Codice ENI 3 = Codice TEAM 99 = Codice non presente in banca dati

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Regione di Residenza	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i residenti in Italia: I valori ammessi sono diversi da quelli a tre caratteri definiti con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Per i residenti all'estero: non è stato indicato il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.
	Anomalia	Incongruenza tra Regione Residenza e Comune Residenza	SE il campo "comune di residenza" è valido e il codice regione di residenza non corrisponde alla regione di appartenenza del comune italiano, oppure non corrisponde allo stato estero indicato nel campo "comune di residenza" ("999SSS"); SE il campo "comune di residenza" è errato o non compilato, la regione di residenza si considera valida solo se appartiene alla tabella di riferimento;
ASL di Residenza	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i residenti in Italia: Il campo non è valorizzato con i codici a tre caratteri della ASL (di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1) utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Per i residenti all'estero: La ASL di Residenza non è stata compilata con "999"
	Anomalia	Codice ASL di residenza del paziente non verificabile a causa del codice regione di residenza non valido	Se regione di residenza risulta non appartenente alla tabella di dominio oppure risulta incongruente con comune di residenza;
	Anomalia	Codice ASL di residenza incongruente con comune di residenza	Se codice ASL non corrisponde ad ASL di appartenenza del comune di residenza, così come ricavato da tabella corrispondenza comuni-ASL di MRA

TRACCIATO B – Informazioni di ricovero

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Codice istituto di cura	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo chiave	Campo vuoto
	Scarto del record	Incongruenza tra regione inviante e codice istituto di cura dichiarato	i primi 3 caratteri del Codice istituto di cura che indicano il "codice regione" sono diversi dal codice della regione inviante i dati.
	Scarto del record	Chiave del record già presente in un precedente invio	In caso di inserimento (Tipo=I), chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) già presente in un precedente invio
	Scarto del record	Chiave del record non presente in tabella per una variazione o una cancellazione	In caso di variazione o cancellazione (Tipo=V o Tipo=C) chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) non presente in un precedente invio
	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo chiave.	Il valore inserito e controllato non è presente in anagrafica strutture da flussi HSP.11, HSP.11bis
Numero progressivo scheda SDO	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo chiave	Campo vuoto
	Scarto totale	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 10 caratteri
	Scarto del record	Chiave del record già presente in un precedente invio	In caso di inserimento (Tipo=I), chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) già presente in un precedente invio
	Scarto del record	Chiave del record non presente in tabella per una variazione o una cancellazione	In caso di variazione o cancellazione (Tipo=V o Tipo=C) chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) non presente in un precedente invio
Regime di Ricovero	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo chiave	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Ricovero ordinario 2 = Ricovero diurno

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Data di Prenotazione	Anomalia	Datatype errato	Il formato data non è rispettato
	Anomalia	Data Prenotazione compilata quando non necessario/previsto	data valida in Regime di Ricovero = "Ordinario" e "Tipo ricovero non compilato"; data valida in Regime di Ricovero = "Ordinario" e Tipo Ricovero non programmato o parto (Tipo Ricovero = 2, 3 o 5) o Provenienza del Paziente=01
	Anomalia	Data Prenotazione successiva alla Data Ricovero	Data prenotazione > Data Ricovero
	Anomalia	Data Prenotazione uguale alla Data Ricovero	Segnalazione volta a una verifica da parte della regione inviante
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Data Prenotazione" non valorizzata se Regime di Ricovero = "2" o Regime di Ricovero = "1" e Tipo Ricovero = "1" o Tipo Ricovero = "4"
Classe di Priorità	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 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. 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. 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. 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.
	Anomalia	Classe di Priorità compilata quando non necessario/previsto	- campo valido, ma tipo ricovero non compilato se Provenienza Paziente < "01"; - campo valido, ma Tipo Ricovero non programmato o parto (Tipo Ricovero = 2, 3 o 5);
	Anomalia	Classe di Priorità non compilata quando dovuto/previsto	- campo non compilato con Regime di Ricovero =2 - campo non compilato con Tipo di Ricovero = "Ricovero programmato non urgente" oppure = "Ricovero programmato con preospedalizzazione" e regime di ricovero = 1
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Classe di Priorità" non è stato valorizzato con "Data di Prenotazione" valorizzata.

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Data di Ricovero	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Scarto totale	Datatype errato	Il formato data non è rispettato
	Anomalia	Data di Ricovero successiva alla Data di Dimissione	Data ricovero > Data dimissione
	Anomalia	Data di Ricovero non corretta	<ul style="list-style-type: none"> ■ Data non compresa fra il 31/12 dell'anno di riferimento e il 01/01 di cinque anni prima ■ In regime di Ricovero= "2" l'anno della data di ricovero è diverso dall'anno della Data di Dimissione
Ora di Ricovero	Anomalia	Formato errato	Il formato ora non è rispettato.
	Anomalia	Ora di Ricovero incongruente con Ora di Dimissione	In caso di dimissione nello stesso giorno, l'ora di ricovero è successiva all'ora di dimissione
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	Il campo "Ora di Ricovero" è valorizzato con Regime di Ricovero < "1"
Unità operativa di ammissione	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Valori non presenti nell'elenco reparti per struttura desunti dall'anagrafica HSP valida alla data di dimissione
Onere della Degenza	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	<p>Valori diversi da quelli ammessi:</p> <p>1 = ricovero a totale carico del SSN;</p> <p>2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);</p> <p>4 = ricovero senza oneri per il SSN;</p> <p>5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);</p> <p>6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);</p> <p>7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN;</p> <p>8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;</p> <p>A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;</p> <p>9 = altro.</p>
	Anomalia	Onere della Degenza incongruente con Cittadinanza	Con cittadinanza=100 è stato compilato Onere della degenza uguale a 7 o 8 o A

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Provenienza del paziente	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 01 = Ricovero al momento della nascita 02 = Pronto soccorso 03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico 04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato 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 09 = Carcere 10 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) 11 = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso 12 = provenienza OBI 99 = Altro
Tipo di Ricovero	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 1 = ricovero programmato, non urgente; 2 = ricovero urgente; 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO); 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO devono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione. 5 = parto non urgente
	Anomalia	Tipo di Ricovero incongruente con Regime di Ricovero	Tipo Ricovero non programmato [2,3,5] e Regime di Ricovero = "2"
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	"Tipo di Ricovero" non valorizzato se Regime di Ricovero = "1" e Provenienza Paziente < "01"

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Traumatismi o Intossicazioni	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 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
	Anomalia	Traumatismi o intossicazioni non congruente	Regime di ricovero = "1" valore di Traumatismo o intossicazione valido ma nessuna diagnosi principale di trauma;
	Anomalia	Traumatismi o intossicazioni previsto e non compilato	Regime di ricovero = "1" e campo non compilato in presenza di diagnosi principale di trauma cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89;
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Traumatismi o Intossicazioni" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "1" e diagnosi principale = da codice 800 a codice 904 o da codice 910 a codice 995.89 e <i>Disciplina di Ammissione <> 56, 60, 28 e 75</i>
Codice Causa Esterna	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Codice Causa esterna (che corrisponde alla codifica di maggior dettaglio disponibile per il codice indicato) non presente in anagrafica ICD 9 CM Paragrafo: Classificazione Supplementare Delle Cause Esterne Di Traumatismo E Avvelenamento (E800-E999)
	Anomalia	Codice Causa Esterna compilato in mancanza di diagnosi principale di trauma	Nessuna diagnosi principale di trauma e codice Causa Esterna valido
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Codice Causa Esterna" non è valorizzato con Regime di Ricovero = "1" e diagnosi principale = da codice 800 a codice 904 o da codice 910 a codice 995.89 e <i>Disciplina di Ammissione <> 56, 60, 28 e 75</i>
Data Trasferimento	Anomalia	Datatype errato	Il formato data non è rispettato
	Anomalia	Data Trasferimento incongruente con Data Ricovero e/o Data Dimissione	Data trasferimento non è compresa fra data ricovero e data dimissione
	Anomalia	Data Trasferimento minore di Data Trasferimento precedente	Data trasferimento non successiva a quella del trasferimento precedente in presenza di più trasferimenti. (Inserimento in ordine cronologico dei trasferimenti)
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Data Trasferimento" non è valorizzato se valorizzata Ora Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e il Regime di Ricovero=1

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Ora Trasferimento	Anomalia	Formato errato	Il formato ora non è rispettato.
	Anomalia	Ora Trasferimento incongruente con Ora Ricovero e/o Ora Dimissione	<ul style="list-style-type: none"> ■ Con Data trasferimento =Data ricovero e Ora Trasferimento <Ora Ricovero ■ Con Data trasferimento =Data Dimissione e Ora trasferimento >Ora dimissione
	Anomalia	Ora Trasferimento minore o uguale di Ora Trasferimento precedente	In presenza di trasferimenti che hanno stessa Data di Trasferimento l'Ora del Trasferimento successivo è minore o uguale dell'Ora del Trasferimento precedente
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Ora Trasferimento" non è valorizzato se è valorizzata Data di Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e il Regime di Ricovero=1
Unità operativa Trasferimento	Anomalia	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Unità operativa non presente nell'elenco reparti per struttura desunti dall'anagrafica HSP
	Anomalia	Unità Operativa Trasferimento incongruente	Unità operativa trasferimento uguale all'unità operativa trasferimento precedente
	Anomalia	La prima occorrenza di Unità Operativa Trasferimento è uguale a Unità Operativa di Ammissione	Unità Operativa Trasferimento = Unità operativa di ammissione (Il controllo va effettuato solo sul primo trasferimento)
	Anomalia	L'ultima occorrenza di Unità Operativa Trasferimento è diversa a Unità Operativa di Dimissione	Unità Operativa Trasferimento <>Unità operativa di dimissione (Il controllo va effettuato solo sull'ultimo trasferimento)
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Unità Operativa Trasferimento" non è valorizzato se è valorizzata Data Trasferimento o Ora Trasferimento e il Regime di Ricovero=1
Unità operativa di dimissione	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Unità operativa non presente nell'elenco reparti per struttura desunti dall'anagrafica HSP
	Anomalia	Unità operativa di Dimissione incongruente con Codice Istituto di Cura	I primi 8 caratteri dell'Unità operativa di dimissione sono diversi dal Codice Istituto di Cura
Data di dimissione o morte	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Scarto totale	Datatype errato	Il formato data non è rispettato
	Anomalia	Data di dimissione o morte non appartenente all'anno in corso	Ultime due cifre dell'anno nel campo "Data dimissione o morte" diverso dall'anno dichiarato in fase di invio del flusso al GAF (Gestione accoglienza flussi)
Ora di dimissione o morte	Anomalia	Formato errato	Il formato ora non è rispettato.
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Ora di dimissione o morte" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "1"

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Modalità di dimissione	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = nel caso in cui il paziente sia deceduto; 2 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente; 3 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) 4 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal d.m. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"; 5 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato); 6 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti; 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; 8 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione. 9 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI
Riscontro autoptico	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = autopsia eseguita 2 = autopsia non eseguita
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionate	Il campo "Riscontro autoptico" non è valorizzato se modalità di dimissione = "1"
Motivo del ricovero in regime diurno	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up) 2 = ricovero diurno chirurgico 3 = ricovero diurno terapeutico 4 = ricovero diurno riabilitativo
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionate	Il campo "Motivo del ricovero in regime diurno" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "2"
Numero di giornate di presenza in ricovero diurno	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionate	Il campo "Numero di giornate di presenza in ricovero diurno" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "2"
	Anomalia	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno incongruenti con data ricovero e/o dimissione	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno maggiori di "Data di dimissione o morte" - "Data di Ricovero" + 1

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Peso alla nascita	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Peso alla Nascita" non è valorizzato se Provenienza paziente = "01"
	Anomalia	Peso alla nascita incongruente	valore errato se < 100
	Anomalia	Peso alla nascita compilato non richiesto	compilato se Provenienza Paziente > "01"
Diagnosi principale di dimissione	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza alla tabella di riferimento per un campo obbligatorio	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9 oppure "V"]
Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo obbligatorio	Valori diversi da quelli ammessi : 0 = No 1 = Sì
Lateraltà	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo obbligatorio	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
Stadiazione condensata	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli 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
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Stadiazione condensata" non è valorizzato in presenza di diagnosi di dimissione principale identificata dai codici ICD-9-CM da 140.0 a 190.9 e da 193 a 199.1
Diagnosi secondarie di dimissione	Anomalia	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9 oppure "V"]
Diagnosi secondarie presenti al ricovero	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Diagnosi secondarie presenti al ricovero" non è valorizzato per ogni campo di diagnosi secondaria di dimissione compilata

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Lateralità	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo obbligatorio	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
Stadiazione condensata	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli 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
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	"Stadiazione condensata" non è valorizzato in presenza di diagnosi di dimissione secondaria identificata dai codici ICD-9-CM da 140.0 a 190.9 e da 193 a 199.1
Intervento Principale	Anomalia	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9]
Intervento principale esterno	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	Il campo "Intervento principale esterno" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale
	Anomalia	Intervento principale esterno non congruente con trasferimenti	Intervento principale esterno = "1" in assenza di un trasferimento con codice unità operativa (<i>primi 6 caratteri</i>) < da unità operativa di ammissione (<i>primi 6 caratteri</i>)
Data intervento principale	Anomalia	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	Il campo "Data intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale
	Anomalia	Data intervento principale incongruente con data ricovero e/o data dimissione	<ul style="list-style-type: none"> ■ data formalmente corretta ma maggiore di data dimissione ■ Data Intervento Principale < Data Ricovero o Data Intervento Principale > Data Dimissione o Morte

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Ora inizio intervento principale	Anomalia	Formato errato	Il formato ora non è rispettato.
	Anomalia	Data Ora Intervento Principale incongruente con data/ora ricovero e/o data/ora dimissione	Data e Ora intervento Principale non è compresa fra data/ora ricovero e data/ora dimissione solo con date [Il controllo data/ora viene effettuato solo se la Data dell'intervento Principale coincide con Data di Ammissione e Tipo ricovero <4 oppure se coincide con Data Dimissione]
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Ora intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale
Identificativo Chirurgo intervento principale	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Identificativo Chirurgo intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale
	Anomalia	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai caratteri attesi
Identificativo Anestesista intervento principale	Anomalia	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai caratteri attesi
Check List Sala Operatoria intervento principale	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Check List Sala Operatoria intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale
Lateraltà	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo obbligatorio	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
Interventi secondari	Anomalia	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9]
Interventi secondari esterni	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Interventi secondari esterni" non è valorizzato se valorizzato Intervento secondario
	Anomalia	Intervento secondario esterno non congruente con trasferimenti	Intervento secondario esterno = "1" in assenza di trasferimento con codice unità operativa (primi 6 caratteri) < da unità operativa di ammissione (primi 6 caratteri)

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Data intervento secondario	Anomalia	Datatype errato	Il formato data non è rispettato
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	“Data intervento secondario” non è valorizzato se valorizzato intervento secondario
	Anomalia	Data intervento secondario incongruente con data ricovero e/o data dimissione	<ul style="list-style-type: none"> ■ data formalmente corretta ma maggiore di data dimissione ■ Tipo Ricovero < “4” e Data Intervento Secondario < Data Ricovero
Ora inizio intervento secondario	Anomalia	Formato errato	Il formato ora non è rispettato.
	Anomalia	Data Ora Intervento Secondario incongruente con data/ora ricovero e data/ora dimissione	<p>Data e Ora intervento Secondario non è compresa fra data/ora ricovero e Tipo Ricovero <” 4”e data/ora dimissione</p> <p>[Il controllo data/ora viene effettuato solo se la Data dell'intervento Secondario coincide con Data di Ammissione e Tipo ricovero <4 oppure se coincide con Data Dimissione]</p>
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	“Ora intervento secondario” non è valorizzato se valorizzato Intervento Secondario
Identificativo Chirurgo intervento Secondario	Anomalia	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai caratteri attesi
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	“Identificativo Chirurgo intervento secondario” non è valorizzato se valorizzato Intervento Secondario
Identificativo Anestesista intervento secondario	Anomalia	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai caratteri attesi
Check List Sala Operatoria intervento secondario	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile
	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	“Check List Sala Operatoria intervento secondario” non è valorizzato se valorizzato intervento secondario
Lateralità	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo obbligatorio	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
Rilevazione del dolore	Scarto totale	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Campo vuoto
	Anomalia	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 0 = No 1 = Sì

CAMPO	Esito errore	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Pressione arteriosa sistolica	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	“Pressione arteriosa sistolica” non è valorizzato in presenza di diagnosi principale o secondaria valorizzata con codice ICD9-CM 410.xx
	Anomalia	Valore non consentito	Inserito un valore < 30 o > 300
Creatinina serica	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	[Viene segnalato errore se non vengono rispettati i seguenti criteri di compilazione: 1) intervento chirurgico principale o secondario con codice ICD9-CM = 36.1x o codice ICD9-CM da 35.1x a 35.2x 2) diagnosi principale o secondaria con codice ICD9-CM = 820.xx e Data Ricovero-Data di nascita >= 65 anni 3) intervento chirurgico principale o secondario con codici ICD-9 CM = a: 81.51, 81.52, 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55)]
	Anomalia	Valore non consentito	Inserito un valore > di 99,99
Frazione di eiezione	Anomalia	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	“Frazione di eiezione” non è valorizzato in presenza di interventi chirurgici principali o secondari con codice ICD9-CM = 36.1x o con codice ICD9-CM da 35.1x a 35.2x
	Anomalia	Valore non consentito	Inserito un valore non compreso tra 0 e 99

7. Tracciato record

I dati devono essere trasmessi rispettando il seguente tracciato record:

Tracciato A – Informazioni anagrafiche

NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO	LUNGHEZZA	OBBLIG.
Codice istituto di cura	001-008	AN	8	OBB
Numero progressivo della scheda	009-018	AN	10	OBB
Codice individuale	019-025	AN	7	NBB
Cognome	026-045	AN	20	OBB
Nome	046-060	AN	15	OBB
Campo vuoto (ex codice fiscale)	061-076		16	
Sesso	077-077	AN	1	OBB
Comune di nascita	078-083	AN	6	OBB
Data di nascita	084-091	AN	8	OBB
Stato civile	092-092	AN	1	OBB

Cittadinanza	093-095	AN	3	OBB
Comune di residenza	096-101	AN	6	OBB
Regione di residenza	102-104	AN	3	OBB
Azienda unità sanitaria locale di residenza	105-107	AN	3	OBB
Livello di istruzione	108-108	AN	1	OBB
Numero progressivo SDO della puerpera	109-118	AN	10	NBB
Codice identificativo del paziente	119-138	AN	20	OBB
Tipologia del codice identificativo	139-140	AN	2	FAC

Tracciato B – Informazioni ricovero

NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO	LUNGHEZZA	OBBLIG.
Codice istituto	001-008	AN	8	OBB
Numero progressivo della scheda	009-018	AN	10	OBB
Regime di ricovero	019-019	AN	1	OBB
Data di ricovero	020-027	AN	8	OBB
Unità operativa di ammissione	028-031	AN	4	OBB
Onere della degenza	032-032	AN	1	OBB
Campo vuoto (ex Provenienza del paziente)	033-033		1	
Tipo di ricovero	034-034	AN	1	NBB
Traumatismi o intossicazioni	035-035	AN	1	NBB
Data trasferimento 1	036-043	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 1	044-047	AN	4	NBB
Data trasferimento 2	048-055	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 2	056-059	AN	4	NBB
Data trasferimento 3	060-067	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 3	068-071	AN	4	NBB
Unità operativa di dimissione	072-075	AN	4	OBB
Data di dimissione o morte	076-083	AN	8	OBB
Modalità di dimissione	084-084	AN	1	OBB
Riscontro autoptico	085-085	AN	1	NBB
Motivo del ricovero in regime diurno	086-086	AN	1	NBB
N. giornate di presenza in ricovero diurno	087-089	AN	3	NBB
Peso alla nascita	090-093	AN	4	NBB
Allattamento del neonato	094-094	AN	1	NBB
Diagnosi principale di dimissione	095-099	AN	5	OBB
Diagnosi secondaria 1	100-104	AN	5	FAC
Diagnosi secondaria 2	105-109	AN	5	FAC
Diagnosi secondaria 3	110-114	AN	5	FAC
Diagnosi secondaria 4	115-119	AN	5	FAC
Diagnosi secondaria 5	120-124	AN	5	FAC
Data intervento principale	125-132	AN	8	NBB
Intervento principale	133-136	AN	4	FAC
Data intervento secondario 1	137-144	AN	8	NBB
Intervento secondario 1	145-148	AN	4	FAC
Data intervento secondario 2	149-156	AN	8	NBB

Intervento secondario 2	157-160	AN	4	FAC
Data intervento secondario 3	161-168	AN	8	NBB
Intervento secondario 3	169-172	AN	4	FAC
Data intervento secondario 4	173-180	AN	8	NBB
Intervento secondario 4	181-184	AN	4	FAC
Data intervento secondario 5	185-192	AN	8	NBB
Intervento secondario 5	193-196	AN	4	FAC
DRG	197-199	AN	3	OBB
Data di prenotazione del ricovero	200-207	AN	8	NBB
Classe di priorità	208-208	AN	1	NBB
Codice causa esterna	209-213	AN	5	NBB
Importo del ricovero	214-222	AN	9	OBB
Data trasferimento 4	223-230	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 4	231-234	AN	4	NBB
Data trasferimento 5	235-242	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 5	243-246	AN	4	NBB
Data trasferimento 6	247-254	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 6	255-258	AN	4	NBB
Data trasferimento 7	259-266	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 7	267-270	AN	4	NBB
Data trasferimento 8	271-278	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 8	279-282	AN	4	NBB
Data trasferimento 9	283-290	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 9	291-294	AN	4	NBB
Data trasferimento 10	295-302	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 10	303-306	AN	4	NBB
Data trasferimento 11	307-314	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 11	315-318	AN	4	NBB
Data trasferimento 12	319-326	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 12	327-330	AN	4	NBB
Data trasferimento 13	331-338	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 13	339-342	AN	4	NBB
Data trasferimento 14	343-350	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 14	351-354	AN	4	NBB
Data trasferimento 15	355-362	AN	8	NBB
Unità operativa trasferimento 15	363-366	AN	4	NBB
Ora trasferimento 1	367-370	AN	4	NBB
Ora trasferimento 2	371-374	AN	4	NBB
Ora trasferimento 3	375-378	AN	4	NBB
Ora trasferimento 4	379-382	AN	4	NBB
Ora trasferimento 5	383-386	AN	4	NBB
Ora trasferimento 6	387-390	AN	4	NBB
Ora trasferimento 7	391-394	AN	4	NBB
Ora trasferimento 8	395-398	AN	4	NBB
Ora trasferimento 9	399-402	AN	4	NBB
Ora trasferimento 10	403-406	AN	4	NBB
Ora trasferimento 11	407-410	AN	4	NBB

Ora trasferimento 12	411-414	AN	4	NBB
Ora trasferimento 13	415-418	AN	4	NBB
Ora trasferimento 14	419-422	AN	4	NBB
Ora trasferimento 15	423-426	AN	4	NBB
Data intervento secondario 6	427-434	AN	8	NBB
Intervento secondario 6	435-438	AN	4	FAC
Data intervento secondario 7	439-446	AN	8	NBB
Intervento secondario 7	446-450	AN	4	FAC
Data intervento secondario 8	451-458	AN	8	NBB
Intervento secondario 8	459-462	AN	4	FAC
Data intervento secondario 9	463-470	AN	8	NBB
Intervento secondario 9	471-474	AN	4	FAC
Data intervento secondario 10	475-482	AN	8	NBB
Intervento secondario 10	483-486	AN	4	FAC
Ora di ricovero	487-490	AN	4	OBB
Provenienza del paziente	491-492	AN	2	OBB
Ora di dimissione o morte	493-496	AN	4	NBB
Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	497-497	AN	1	OBB
Lateralità della diagnosi principale	498-498	AN	1	FAC
Stadiazione condensata diagnosi principale	499-499	AN	1	NBB
Diagnosi secondaria 1 presente al ricovero	500-500	AN	1	NBB
Lateralità della diagnosi secondaria 1	501-501	AN	1	FAC
Stadiazione condensata diagnosi secondaria 1	502-502	AN	1	NBB
Diagnosi secondaria 2 presente al ricovero	503-503	AN	1	NBB
Lateralità della diagnosi secondaria 2	504-504	AN	1	FAC
Stadiazione condensata diagnosi secondaria 2	505-505	AN	1	NBB
Diagnosi secondaria 3 presente al ricovero	506-506	AN	1	NBB
Lateralità della diagnosi secondaria 3	507-507	AN	1	FAC
Stadiazione condensata diagnosi secondaria 3	508-508	AN	1	NBB
Diagnosi secondaria 4 presente al ricovero	509-509	AN	1	NBB
Lateralità della diagnosi secondaria 4	510-510	AN	1	FAC
Stadiazione condensata diagnosi secondaria 4	511-511	AN	1	NBB
Diagnosi secondaria 5 presente al ricovero	512-512	AN	1	NBB
Lateralità della diagnosi secondaria 5	513-513	AN	1	FAC
Stadiazione condensata diagnosi secondaria 5	514-514	AN	1	NBB
Intervento principale esterno	515-515	AN	1	NBB
Ora inizio intervento principale	516-519	AN	4	NBB
Identificativo chirurgo 1 intervento principale	520-535	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 2 intervento principale	536-551	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 3 intervento principale	552-567	AN	16	NBB
Identificativo anestesista intervento principale	568-583	AN	16	FAC
Check list sala operatoria intervento principale	584-584	AN	1	NBB
Lateralità dell'intervento principale	585-585	AN	1	FAC
Intervento secondario 1 esterno	586-586	AN	1	NBB
Intervento secondario 2 esterno	587-587	AN	1	NBB
Intervento secondario 3 esterno	588-588	AN	1	NBB

Intervento secondario 4 esterno	589-589	AN	1	NBB
Intervento secondario 5 esterno	590-590	AN	1	NBB
Intervento secondario 6 esterno	591-591	AN	1	NBB
Intervento secondario 7 esterno	592-592	AN	1	NBB
Intervento secondario 8 esterno	593-593	AN	1	NBB
Intervento secondario 9 esterno	594-594	AN	1	NBB
Intervento secondario 10 esterno	595-595	AN	1	NBB
Ora inizio intervento secondario 1	596-599	AN	4	NBB
Ora inizio intervento secondario 2	600-603	AN	4	NBB
Ora inizio intervento secondario 3	604-607	AN	4	NBB
Ora inizio intervento secondario 4	608-611	AN	4	NBB
Ora inizio intervento secondario 5	612-615	AN	4	NBB
Ora inizio intervento secondario 6	616-619	AN	4	NBB
Ora inizio intervento secondario 7	620-623	AN	4	NBB
Ora inizio intervento secondario 8	624-627	AN	4	NBB
Ora inizio intervento secondario 9	628-631	AN	4	NBB
Ora inizio intervento secondario 10	632-635	AN	4	NBB
Identificativo chirurgo 1 intervento secondario 1	636-651	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 2 intervento secondario 1	652-667	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 3 intervento secondario 1	668-683	AN	16	NBB
Identificativo anestesista intervento secondario 1	684-699	AN	16	FAC
Identificativo chirurgo 1 intervento secondario 2	700-715	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 2 intervento secondario 2	716-731	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 3 intervento secondario 2	732-747	AN	16	NBB
Identificativo anestesista intervento secondario 2	748-763	AN	16	FAC
Identificativo chirurgo 1 intervento secondario 3	764-779	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 2 intervento secondario 3	780-795	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 3 intervento secondario 3	796-811	AN	16	NBB
Identificativo anestesista intervento secondario 3	812-827	AN	16	FAC
Identificativo chirurgo 1 intervento secondario 4	828-843	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 2 intervento secondario 4	844-859	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 3 intervento secondario 4	860-875	AN	16	NBB
Identificativo anestesista intervento secondario 4	876-891	AN	16	FAC
Identificativo chirurgo 1 intervento secondario 5	892-907	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 2 intervento secondario 5	908-923	AN	16	NBB
Identificativo chirurgo 3 intervento secondario 5	924-939	AN	16	NBB
Identificativo anestesista intervento secondario 5	940-955	AN	16	FAC
Check list sala operatoria intervento secondario 1	956-956	AN	1	NBB
Check list sala operatoria intervento secondario 2	957-957	AN	1	NBB
Check list sala operatoria intervento secondario 3	958-958	AN	1	NBB
Check list sala operatoria intervento secondario 4	959-959	AN	1	NBB
Check list sala operatoria intervento secondario 5	960-960	AN	1	NBB
Check list sala operatoria intervento secondario 6	961-961	AN	1	NBB
Check list sala operatoria intervento secondario 7	962-962	AN	1	NBB
Check list sala operatoria intervento secondario 8	963-963	AN	1	NBB
Check list sala operatoria intervento secondario 9	964-964	AN	1	NBB
Check list sala operatoria intervento secondario 10	965-965	AN	1	NBB

Laterali� dell'intervento secondario 1	966-966	AN	1	FAC
Laterali� dell'intervento secondario 2	967-967	AN	1	FAC
Laterali� dell'intervento secondario 3	968-968	AN	1	FAC
Laterali� dell'intervento secondario 4	969-969	AN	1	FAC
Laterali� dell'intervento secondario 5	970-970	AN	1	FAC
Rilevazione del dolore	971-971	AN	1	OBB
Pressione arteriosa sistolica	972-974	AN	3	NBB
Creatinina serica	975-979	AN	5	NBB
Frazione di eiezione	980-981	AN	2	NBB

IL COMPILATORE

Paola BULLIO

PATRIZIA VITTORI

Struttura gestione della spesa, bilancio di cassa e regolarità contabile

Atto non soggetto a visto regolarità contabile

IL DIRIGENTE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DEL CONTROLLO CONTABILE

REFERTO PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia del presente provvedimento è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal 03/11/2016 per quindici giorni consecutivi.

IL SEGRETARIO REFERTO