

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

23. Gesundheit

23.2. Amt für Gesundheitssteuerung

23.2.1. Beobachtungsstelle für Gesundheit



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - AL

23. Salute

23.2. Ufficio Governo sanitario

23.2.1. Osservatorio per la salute

Specifiche tecniche

per la gestione della

Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera

(N - S.D.O.)

VERSIONE 1.4
(ottobre 2019)

A cura dell'Ufficio Governo Sanitario – Osservatorio per la salute

(in applicazione della Deliberazione della G.P. n. 249 del 07.03.2017)

Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N – S.D.O.)

© Edito dalla:

Ripartizione 23. Salute

23.2. Ufficio Governo sanitario

23.2.1. Osservatorio per la salute

Copie disponibili presso:

Palazzo 12, via Canonico Michael Gamper 1, 39100 Bolzano

Tel. 0471 41 80 42 – Fax 0471 41 80 48

e-mail: osservatoriosalute@provincia.bz.it

Scaricabile dal sito internet:

<http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/>



SCHEDA INFORMATIVA DEL DOCUMENTO

Data creazione	28.03.2017
Data ultimo aggiornamento	04.10.2019
Creto da:	PR / Rip. 23 / OEP
Ultimo aggiornamento effettuato da:	PR / Uff. 23.2 / OSS

STORIA / AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO

VERSIONE	DATA	NOTE / MODIFICHE EFFETTUATE	AUTORE
1.0	28.03.2017	1^ versione ufficiale delle "Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera" (dopo 15 versioni draft).	PR/23.0/OEP
1.1	08.01.2018	- aggiornamento dei riferimenti alla unità operativa che ha redatto il documento (in pagina 2 / retro copertina – modifiche in seguito a riorganizzazione della Ripartizione sanità dell'Assessorato); - corretti i controlli dei campi 25, 26, 27 28 e 29 (obbligo di compilazione dei campi TEAM in caso di TIPO_ID = 4/TEAM); - modificato /specificato maggiormente il controllo sul campo n. 44 (TRAUMATISM); controllo scatta solo su ricoveri per acuti; - sospeso formalmente il controllo sulla obbligatorietà di compilazione dei campi "Indetificativo Anestesista" (dell'intervento chirurgico principale fino all'intervento concomitante n. 10 – campi 144, 151, 158, 165, 172, 179, 187, 195, 203, 211 e 219), e "Check list sala operatoria" (dell'intervento chirurgico principale fino all'intervento concomitante n. 10 – campi n. 145, 152, 159, 166, 173, 180, 188, 196, 204, 212 e 220); controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa; - segnalazione il 15 marzo da parte di NSIS che il controllo sul campo "stadiazione condensata" delle diagnosi secondarie diventa facoltativo nella compilazione; se viene valorizzato, comunque si verifica che si sia in presenza di diagnosi di dimissione secondaria identificata tra 140.0 e 190.9 0, e 193 e 199.1; quindi tolta obbligatorietà per i campi n. 224, 225, 226, 227 e 228; - integrato il controllo sul campo "Data dimissione di reparto (campo n. 78)"; in caso di record SDO con MOD=7 (trasferito ad altro reparto), la data di dimissione reparto deve essere uguale alla data di ricovero reparto della scheda reparto successiva associata allo stesso nosografico; - aggiunto controllo sulla compilazione dei campi data e ora di trasferimento a struttura esterna (campi 110, 113, 116, 119, 122 e 125); se codici strutture dei trasferimenti esterni sono uguali tra di loro in un record SDO, anche i relativi campi di "data e ora di trasferimento" devono essere uguali tra di loro; - aggiunto controllo sulla compilazione dei campi data e ora di rientro struttura esterna (campi 112, 115, 118, 121, 124 e 127); se codici strutture dei trasferimenti esterni sono uguali tra di loro in un record SDO, anche i relativi campi di "data e ora di rientro" devono essere uguali tra di loro; - aggiunto ulteriore controllo sulla compilazione dei campi data e ora di rientro struttura esterna (campi 112, 115, 118, 121, 124 e 127): le prime 8 posizioni del campo (ggmmaaaa) della data	PR/23.2/OSS



di rientro devono coincidere con le prime 8 posizioni dei rispettivi campi della data del trasferimento nella struttura esterna.

- modifica del controllo per il campo n. 32 "Nosografico puerpera", tracciato anagrafica: ammesso anche il valore "999999999" (in caso che il neonato venga dato in adozione);
- modificata indicazione di trasposizione / transcodifica dato dal tracciato provinciale a quello NSIS per il campo "Numero progressivo scheda SDO della puerpera": aggiunta nota "in caso di ricovero con provenienza =1 e campo in tracciato provinciale non compilato, compilare in tracciato SDO nazionale con '99999999' "
- aggiunto in allegato 2 (Vista SDO) il campo GGPERM (posiz. 267), che si distingue dal campo GGPERTOT, in quanto riporta il valore compilato nel campo 43 del tracciato provinciale; il campo 268 GGPERTOT è calcolato e corrisponde alla somma delle giornate di permesso segnate nelle schede reparto, associate al numero nosografico;
- integrata la nota all'allegato n. 2 (Tracciato record della vista); modalità di compilazione e regola di calcolo per le variabili della Vista-SDO che non sono presenti nel tracciato record del flusso provinciale dall'AS verso la Provincia / SIAG.
- modificato il controllo del campo 38 ONER_DEG (Onere della degenza): tolto il controllo "Se TIPO_ID = X allora ONER_DEG = 7".
- modificato il controllo al campo del campo 40 TIPO_RIC (Tipo di ricovero): eliminato "Se TIPO_RIC = 2 allora PROVENIE = 2".
- aggiunto controllo al campo nr. 8 "Data di nascita": Se Provenienza = 1, allora Data di nascita = Data di ricovero; se data di nascita = data di ricovero, provenienza deve essere in range 1, 5, 6, 7, 8.
- aggiunto controllo per il campo n. 32 "Nosografico puerpera", tracciato anagrafica: se compilato, la corrispondente scheda SDO della madre deve avere TIPO_RIC = 1, 2, 5 oppure 7.
- aggiunto controllo per il campo n. 98 "Data prenotazione": se "Data di prenotazione" = "Data di ricovero", "Provenienza" dev'essere uguale a:
 - 5 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico, oppure
 - 6 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato, oppure
 - 7 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato, oppure
 - 8 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura
- Aggiunto controllo sul campo n.2 Nosografico: se in fase di invio / re-invio in archivio provinciale di un record SDO con combinazione campi Nosografico e Istituto uguali, si verifica se record re-inviato ha anche data di ricovero e/o data di dimissione uguale a quello già in archivio; se corrisponde, il record viene accettato (e sovrascrive i dati presenti in archivio), se anche solo una delle date è differente, viene segnalato errore e non accettato in archivio provinciale.
- Aggiunto controllo al campo n. 38 Onere della degenza: se ONER_DEG = 7 / 8 / A, allora C_CITT (campo n. 12 <> "100")
- Aggiunta regola di transcodifica dati dei reparti / uu.oo. diurni multispecialistici dal tracciato SO provinciale a quello nazionale NSIS

1.2	18.04.2018	- modifica a transcodifica del campo "Comune di residenza – COM_RES" in sede invio dati da tracciato provinciale a tracciato NSIS, in caso di pazienti con comune italiano sconosciuto	PR/23.2/OSS
-----	------------	--	-------------



		(999997 nel tracciato provinciale), e in caso di paziente straniero, di cui non si conosce il paese estero (999998); in entrambe le casistiche, il dato va "transcodificato" in "999999" in sede di invio a NSIS (Allegato 3, Tracciato A); - modifica a transcodifica del campo "Comune di nascita – COM_NASC" in sede invio dati da tracciato provinciale a tracciato NSIS, in caso di pazienti con comune italiano sconosciuto (999997 nel tracciato provinciale), e in caso di paziente straniero, di cui non si conosce il paese estero (999998); in entrambe le casistiche, il dato va "transcodificato" in "999999" in sede di invio a NSIS (Allegato 3, Tracciato A); - modifica a transcodifica del campo "Cittadinanza – C_CITT" in sede invio dati da tracciato provinciale a tracciato NSIS, in caso di pazienti con codice = "998" in tracciato provinciale; il dato va "transcodificato" in "999" in sede di invio a NSIS (Allegato 3, Tracciato A); - modificato il controllo sul campo n. 230 "Creatinina serica" (adeguamento a Specifiche funzionali del MdS indicazioni del Gruppo di Lavoro interregionale "Linee guida nuova SDO"); - aggiunta di controlli sulla compilazione dei campi ID_Chirurgo 1, ID_Chirurgo 2 e ID_Chirurgo 3 (medesimo codice fiscale di chirurgo non può essere ripetuto / duplicato in una delle tre posizioni ID_Chirurgo associato a ciascun codice intervento); riguarda i campi: 142 e 143; 149 e 150, 156 e 157; 163 e 164, 170 e 171; 177 e 178; 185 e 186; 193 e 194; 201 e 202; 209 e 210; 217 e 218; - aggiunta di controlli sulla compilazione dei campi "Ora dell'intervento"; campi n. 140, 147, 154, 161, 168, 175, 183, 191, 199, 207 e 215. Se compilati, devono essere uguali o maggiori (successivi) a "data e ora di ricovero" (D_RICOSP) - integrata modalità di compilazione del campo n. 38 "Onere della degenza" per i casi di pazienti cittadini italiani identificati con la TEAM;	
1.3	07.06.2018	- modifica dei controlli sui campi data e ora di intervento secondario di dimissione: la compilazione è obbligatoria per ciascun codice di intervento e/o procedura segnalato; si tenga conto – in sede di trasposizione e trasmissione dato a NSIS – di quanto specificato a pagina 152; Il controllo entra in vigore in maniera vincolante a partire dal 11.06.2018.	PR/23.2/OSS
1.4	04.10.2019	- modifica al campo NOSOGRAFICO: se in fase di invio / reinvio in archivio provinciale di un record SDO con combinazione campi Nosografico e Istituto uguali, il mese di ricovero e il mese di dimissione devono corrispondere a quelli del record SDO già in archivio. - modifica campo n. 39 PROVENIE: eliminato il controllo "se TIPO_RIC = 2, allora PROVENIE <> 4", perché ridondante; - aggiunto controllo al campo n. 97 PESO: verifica compilazione in maniera corretta del campo PESO in caso di pazienti non neonati in ospedale (se compilato, valori > 100, ammessi valori '0' e '0000' per compilazione non significativa del campo – in tal caso in sede di export dati a NSIS, il campo viene inviato "blank"); - modifica controllo al campo n 98 DATA DI PRENOTAZIONE: eliminata la parte relativa alla combinazione dei controlli data di prenotazione, data di ricovero e provenienza; - modifica ai controlli dei campi "Lateralità" delle diagnosi (campi del tracciato record n. 129, 131, 133, 135, 137, e 139); obbligatoria la compilazione per elenco di diagnosi definito dal NUVAS in data 16.11.2018; - modifica ai controlli dei campi "Lateralità" degli interventi/procedure (campi del tracciato record n. 146, 153, 160, 167, 174, 181, 189, 197, 205, 213, 221); obbligatoria la compilazione per elenco di interventi/procedure definito dal NUVAS in data 16.11.2018; - modifica ai controlli dei campi "Check list sala operatoria" (campi n. 145, 152, 159, 166, 172, 180, 188, 196, 204, 212, 220) per gli interventi/procedure: compilazione obbligatoria in	PR/23.2/OSS



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

caso di intervento appartenente alla categoria IV della classificazione AHRQ e possibilità di compilazione con valore = 9 (non applicabile, per intervento non eseguito in sala operatoria);

- modifica al campo n. 38 “Onere della degenza”; previsione della compilazione = 9 (altro) in caso di TIPO_ID del paziente = 9 (mail circolare del Ministero della Salute del 13/07/2018);
- aggiunta “obbligatorietà vincolante di compilazione” del campo n. 40. TIPO_RIC;

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	9
2. OBIETTIVI DELLA RILEVAZIONE.....	10
3. LE STRUTTURE CHE DEVONO COMPILARE LA S.D.O.....	10
4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO SDO PROVINCIALE	11
4.1. RESPONSABILITÀ DELLA COMPILAZIONE DELLA SDO.....	11
4.2. MODALITÀ DI COMPILAZIONE DELLA SDO	12
4.3. COMPILAZIONE SDO IN CASO DI TRASFERIMENTI TRA PIÙ UNITÀ OPERATIVE	13
4.4. LA CHIUSURA DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE	14
4.4.1. IL PASSAGGIO DI ATTIVITÀ (diurno-ordinario-riabilitazione-lungodegenza)	14
4.4.2. I TRASFERIMENTI TEMPORANEI AD ALTRE STRUTTURE PER L'ESECUZIONE DI PRESTAZIONI NON DISPONIBILI	15
4.5. LA COMPILAZIONE DELLA S.D.O. IN REGIME DI RICOVERO DIURNO.....	15
4.6. LE PRESTAZIONI PRE E POST RICOVERO	16
4.7. LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI DELLA S.D.O.	17
5. ELENCO INFORMAZIONI RACCOLTE DALLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA, DA TRASMETTERE ALLA PROVINCIA.....	18
6. SPECIFICAZIONE COMPILAZIONE DELLE VARIABILI PRESENTI NEL TRACCIATO PROVINCIALE SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA.....	22
6.1. TRACCIATO A - VARIABILI ANAGRAFICHE	22
6.2. TRACCIATO B - VARIABILI SANITARIE	30
7. NEONATO SANO.....	60
8. CODIFICA DELLE DIAGNOSI E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE	60
9. TRASMISSIONE DEI DATI.....	61
9.1. TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA	61
9.2. CANCELLAZIONE DI UN RICOVERO PRESENTE NEGLI ARCHIVI DEFINITIVI.....	62
9.3. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO.....	62
10. ASSEGNAZIONE DRG E MODALITÀ DI TARIFFAZIONE DEI RICOVERI	63
10.1. RICOVERI PER ACUTI.....	63
10.2. RICOVERI DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE (CODICE "56.00"), DI NEURORIBILITAZIONE (CODICE "75.00") E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE (CODICE "60.00", "60.01")	63
10.2.1. RIABILITAZIONE POST-ACUZIE (COD. 56.00).....	63
10.2.2. NEURORIBILITAZIONE (COD. 75.00).....	64
10.2.3. LUNGODEGENZA POST-ACUZIE (COD. 60.00, 60.01)	64
11. LA MOBILITÀ SANITARIA.....	64
ALLEGATI.....	65
ALLEGATO 1: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI ALLA PROVINCIA.....	66
TRACCIATO RECORD PER L'INVIO DATI ALLA PROVINCIA – INFORMAZIONI ANAGRAFICHE (ARCHIVIO 1).....	66
TRACCIATO RECORD PER L'INVIO DATI ALLA PROVINCIA – INFORMAZIONI CLINICHE (ARCHIVIO 2).....	69
ALLEGATO 2: TRACCIATO RECORD DELLA VISTA	98
NOTA: MODALITÀ DI CALCOLO DELLE VARIABILI VISTA-SDO:	108
ALLEGATO 3: INVIO DEI DATI DELLA PROVINCIA AL MINISTERO DELLA SALUTE	110
TRACCIATO A – INFORMAZIONI ANAGRAFICHE – DEFINIZIONE DEI CAMPI.....	113
TRACCIATO B – INFORMAZIONI RICOVERO – DEFINIZIONE DEI CAMPI.....	123
ALLEGATO 4: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI (INVIO DALL'AZIENDA SANITARIA ALLA PROVINCIA)	163
ALLEGATO 5: NORMATIVA PROVINCIALE RELATIVA AD ASPETTI RIGUARDANTI LA PROCEDURA INFORMATIVA S.D.O.	219



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)



1. INTRODUZIONE

Con il decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991, è stata ufficialmente istituita su tutto il territorio nazionale la procedura informativa “Scheda di Dimissione Ospedaliera” (S.D.O.). Essa è parte integrante della cartella clinica e rappresenta lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli ospedali pubblici e privati dell'intero territorio nazionale.

Il D.M. del 26 luglio 1993 ha attivato il flusso informativo SDO, prevedendo la trasmissione delle informazioni in esse raccolte dai singoli istituti di cura alle Regioni o Province autonome di appartenenza e, da questa, al Ministero della Salute.

Il D.M. 380 del 27/10/2000 (pubblicato sulla G.U. 19/12/2000 serie generale n.295) “Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati” ha previsto l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, introducendo il sistema di classificazione delle diagnosi e degli interventi ICD-9-CM, oltre a stabilire chiare norme sulle modalità di gestione degli archivi nel rispetto delle disposizioni relative al trattamento dei dati personali, di cui al D.lgs 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche e integrazioni, prevedendo la gestione separata delle informazioni anagrafiche e sanitarie.

Il Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 18/12/2008, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 56 del 09/03/2009 “Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera, e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere”, stabilisce l'adozione della classificazione ICD-9-CM versione italiana 2007 a partire dai dimessi del 1° gennaio 2009, adottando ai fini della remunerazione la versione 24 del sistema di classificazione DRG (Diagnosis Related Groups).

La procedura informativa S.D.O. è stata ufficialmente implementata sul territorio provinciale a partire dal 1° gennaio 1994, secondo modalità specificate da “Linee guida provinciali”, approvate con deliberazione G. P. n. 6171 del 04.10.1993. In relazione a diverse esigenze di modifica, chiarimenti e precisazioni sorti dopo il primo periodo di applicazione, l'Assessorato alla Sanità ha emanato diverse circolari e deliberazioni (vedi allegato 5).

A partire dal 1° aprile 2004 è entrata in vigore la nuova S.D.O. provinciale, la cui gestione è stata regolamentata con la pubblicazione di Linee guida S.D.O., approvate con Deliberazione della Giunta Provinciale del 17.11.2003 n. 4053. Essa è stata successivamente aggiornata dall'Assessorato alla sanità con diverse circolari e deliberazioni, a seguito delle diverse esigenze di modifica, sorte dopo il primo periodo di applicazione e dettate soprattutto dalle disposizioni nazionali modificate nel tempo.

Considerata l'importanza che tale flusso riveste, in quanto rappresenta la base informativa elementare del nuovo sistema di finanziamento, assume una rilevanza notevole l'accuratezza, la completezza e la specificità con cui viene compilata la scheda e vengono attribuiti i codici.

La presente documentazione fornisce agli istituti di cura interessati, tutte le indicazioni necessarie per una corretta compilazione del set di dati a livello provinciale che costituisce la S.D.O..



2. OBIETTIVI DELLA RILEVAZIONE

Il D.M. di istituzione della SDO definisce la procedura quale “strumento ordinario per la raccolta delle informazioni di tipo anagrafico-sanitarie relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di cura pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. ... omissis Fermo restando che, ai sensi dell’articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, 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,”.

Il D.M. 380 riafferma la procedura informativa come unico flusso corrente per gli istituti di ricovero e cura e sottolinea la valenza della qualità delle informazioni e delle procedure di controllo. La SDO infatti “costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa”.

Infine, l’ultimo Decreto del Ministero della salute del 7.12.2016, n. 261, recepito dalle deliberazioni della Giunta provinciale del 7.3.2017 n. 249, integra le informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera e disciplina il relativo flusso informativo al fine di adeguare il contenuto informativo della SDO alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria.

3. LE STRUTTURE CHE DEVONO COMPILARE LA S.D.O.

La Scheda di Dimissione Ospedaliera SDO dev’essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, accreditati e non.

Essa va compilata per ciascuna tipologia di ricovero (acuto / post-acuto riabilitativo / post-acuto neuro-riabilitativo / post-acuto lungodegenza e post-acuto di unità spinale) e per ciascun regime di ricovero (ordinario / day-hospital / day-surgery).

Per istituto di cura si intende l’insieme di tutte le unità operative, individuato da un medesimo codice ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23/12/96 (G.U. n. 22 del 28/01/97) e successive modifiche e integrazioni, relativo ai modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere .

Si precisa che per le unità di recupero e riabilitazione funzionale e di neuroriabilitazione (reparti con codice specialità clinica 56 e 75) la procedura, denominata S.D.O.- F.I.M., presenta delle sostanziali differenze rispetto a quella adottata per i reparti acuti, rilevando informazioni aggiuntive rispetto al tracciato record della SDO.. Le caratteristiche generali del flusso, il contenuto informativo e le modalità di compilazione sono definiti in apposite Linee guida.

Ricapitolando; gli Istituti soggetti alla compilazione della S.D.O. sono quindi:



- gli istituti di ricovero pubblici che effettuano attività di ricovero per acuti e per post-acuti;
- gli istituti di ricovero privati che effettuano attività di ricovero in regime di convenzione con l'Azienda sanitaria sia per acuti che per post-acuti;
- gli istituti di ricovero privati che effettuano attività di ricovero per acuti e per post-acuti a, anche se non in regime di convenzione con l'Azienda Sanitaria.

4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO SDO PROVINCIALE

4.1. RESPONSABILITÀ DELLA COMPILAZIONE DELLA SDO

Una soddisfacente gestione della procedura informativa comporta la delineazione di precisi compiti e responsabilità del personale coinvolto nella rilevazione.

La codifica delle informazioni cliniche riportate nella S.D.O. (diagnosi, interventi, segnalazione dell'eventuale tipo di traumatismo) deve essere effettuata da personale medico adeguatamente formato e deve, comunque, rispettare fedelmente sia l'ordine sia il contenuto delle formulazioni riportate nella stessa scheda di dimissione.

La responsabilità della corretta compilazione della SDO compete al medico responsabile della dimissione del paziente. Esso è generalmente individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso.

La codifica delle informazioni sanitarie riportate in SDO è effettuata dal medico responsabile della dimissione, oppure da personale sanitario, individuato dal Direttore sanitario dall'Istituto di cura.

Il personale che si occupa della codifica delle informazioni contenute nella SDO dev'essere adeguatamente formato.

La Direzione sanitaria dell'Azienda sanitaria è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle SDO, nonché dei controlli sulla completezza e coerenza delle informazioni in esse riportate.

Essa dovrà – nell'ambito delle sue attività di coordinamento e supervisione:

- effettuare controlli sui dati raccolti;
- promuovere la qualità della compilazione e della codifica delle informazioni contenute nella scheda;
- verificare che il flusso informativo corrisponda alle direttive provinciali;
- curare la formazione dei codificatori;
- promuovere l'uso dei dati e aggiornare i medici sulle potenzialità informative dei dati nosologici;
- promuovere la revisione periodica delle direttive provinciali.

Ogni scheda di reparto dovrà contenere la firma del responsabile dell'unità operativa e del medico dell'unità operativa che ha esercitato le funzioni di curante nei confronti del paziente.

Ogni responsabile di unità operativa o medico dirigente per gli istituti di cura privati (deliberazione G.P. n. 7963 del 17.12.1990, art. 27), deve assumere le responsabilità della compilazione della scheda di dimissione.



Il responsabile dell'unità operativa, o un suo delegato, deve mantenere i collegamenti con la direzione sanitaria e promuovere l'utilizzo dei dati.

4.2. MODALITÀ DI COMPILAZIONE DELLA SDO

La S.D.O. deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati e deve essere unica per ciascun episodio di ricovero.

Al momento del ricovero del paziente in ospedale va aperta una cartella clinica e una S.D.O. che riportano uno stesso numero identificativo che deve pertanto essere lo stesso per tutta la durata del ricovero indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura.

Per ciascun trasferimento da un'unità operativa ad un'altra deve essere compilata una “**scheda di reparto**” (SR) in cui vengono raccolte le informazioni relative alla condizione morbosa del paziente ed ai trattamenti (interventi chirurgici e/o procedure) effettuati durante la fase del ricovero nella specifica unità operativa di assistenza.

La scheda di reparto, quindi, documenta l'attività erogata dalla singola unità operativa ed è utile per fornire una misura del relativo consumo di risorse. Ciascuna scheda di reparto è contraddistinta da un numero progressivo all'interno dello stesso ricovero ospedale identificato dal numero nosografico. Nel caso di trasferimento del paziente tra unità operative all'interno della medesima struttura, la S.D.O. risulta quindi costituita da più schede di reparto.

Ciò significa che, qualora il paziente subisca uno o più trasferimenti di reparto, internamente alla medesima struttura di ricovero, l'intera documentazione clinica deve seguire il paziente durante la fase del “ricovero-ospedale”.

Nel caso in cui il reparto di ammissione e quello di dimissione coincidano e **non si siano verificati trasferimenti**, la **scheda di dimissione** è composta dalla **sezione relativa ai dati anagrafici e dai dati clinici** (quindi da una sola scheda reparto).

Relativamente al supporto cartaceo o informatico per il personale che si occupa della compilazione della SDO, l'azienda sanitaria potrà adottare il modello che ritiene più idoneo rispetto alle diverse esigenze organizzative. Indipendentemente dal modello informativo scelto e adottato localmente, tutti i dati relativi al ricovero, in modo particolare le informazioni di contenuto clinico, dovranno essere visibili al medico che dimette.

Le informazioni sanitarie che sono contenute nella SDO e per cui viene richiesta la selezione e la codifica da parte del medico responsabile al momento della dimissione sono:

- la diagnosi principale di dimissione da ospedale che rappresenta la diagnosi che ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito all'ospedale la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento nel corso dell'intero episodio di ricovero-ospedale;
- le diagnosi concomitanti, selezionando tra le diagnosi quelle che a giudizio del medico possono aver esercitato il maggior peso in termini di risorse in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento;
- l'eventuale intervento chirurgico/procedura principale di dimissione da ospedale rappresentato dall'intervento maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione di ospedale;



- altri eventuali interventi chirurgici/procedure secondari di dimissione da ospedale, selezionando fra gli interventi/procedure a cui è stato sottoposto il paziente quelli più importanti con riferimento all'intero episodio di ricovero.

4.3. COMPILAZIONE SDO IN CASO DI TRASFERIMENTI TRA PIÙ UNITÀ OPERATIVE

Se durante il medesimo ricovero si verificano **trasferimenti del paziente tra reparti / unità operative del medesimo istituto di ricovero**, la Scheda di Dimissione è composta dalla sezione relativa ai dati anagrafici e dalle sezioni relative ai dati clinici di ricovero e dimissione **e da più schede di reparto**, ognuna relativa alla singola unità operativa di passaggio.

I singoli trasferimenti tra unità operative non devono quindi dare luogo ad una dimissione e ad una successiva riammissione del paziente in un nuovo reparto; come anche il cambio di onere della degenza non deve dare luogo necessariamente ad una nuova scheda di reparto.

L'unità operativa, che trasferisce il paziente, deve compilare la scheda di reparto nella parte di propria competenza, in cui devono essere riportati i dati relativi al reparto e i dati clinici del paziente. Le singole schede di reparto fanno parte della stessa scheda di dimissione ospedaliera.

Nel caso di trasferimento da un reparto ad un altro della stessa struttura nel campo modalità di dimissione dovrà essere riportato la modalità "trasferito ad altro reparto", mentre nel caso di uscita dal reparto corrispondente alla dimissione dall'ospedale deve essere riportata la destinazione del paziente secondo le modalità previste dalla variabile.

Per quanto riguarda le informazioni cliniche, al momento della dimissione del paziente dall'ospedale, il medico dell'unità operativa che effettua la dimissione, deve indicare, nel rispetto delle regole di codifica delle diagnosi presenti nelle Linee guida, per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, deliberate dalla Giunta Provinciale,

- relativamente alla specifica unità operativa da cui viene dimesso:

- la diagnosi principale di reparto ossia la diagnosi che si è rivelata responsabile del ricovero nel determinato reparto;
- le diagnosi concomitanti di reparto, ossia le altre condizioni patologiche rilevanti che hanno determinato l'evoluzione clinica ed il trattamento del paziente nel determinato reparto;
- l'eventuale intervento chirurgico/procedura di reparto, ossia l'intervento maggiormente correlato alla diagnosi principale di reparto;
- altri interventi chirurgici/procedure di reparto, ossia altri eventuali interventi chirurgici effettuati più importanti fra quelli a cui è stato sottoposto il paziente nel corso del ricovero nel reparto.

- relativamente alla dimissione dall'ospedale, tenendo conto di tutte le informazioni cliniche riportate nelle varie schede di reparto:

- la diagnosi principale di dimissione da ospedale che rappresenta la diagnosi che ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito all'ospedale la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento nel corso dell'intero episodio di ricovero-ospedale;



- le diagnosi concomitanti, selezionando tra le diagnosi quelle che a giudizio del medico possono aver esercitato il maggior peso in termini di risorse in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento;
- l'eventuale intervento chirurgico/procedura principale di dimissione da ospedale rappresentato dall'intervento maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione di ospedale;
- altri eventuali interventi chirurgici/procedure secondari di dimissione da ospedale, selezionando fra gli interventi/procedure a cui è stato sottoposto il paziente quelli più importanti con riferimento all'intero episodio di ricovero.

4.4. LA CHIUSURA DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE

La Scheda di Dimissione ospedaliera viene chiusa ogni qualvolta termina l'episodio di ricovero del paziente.

Le modalità di dimissione / trasferimento del paziente sono indicate nella apposita variabile "Modalità di dimissione" del tracciato della SDO.

Vi sono alcune situazioni particolari di gestione della SDO, in caso di pazienti che non terminano il loro reale periodo di degenza, ma che per motivi sanitari devono prolungare la propria degenza nell'Istituto di cura, sebbene sottoposti ad altra tipologia di ricovero o di regime assistenziale.

4.4.1. IL PASSAGGIO DI ATTIVITÀ (diurno-ordinario-riabilitazione-lungodegenza)

Nei casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e di passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa, si dovrà procedere alla chiusura del ricovero e alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova S.D.O..

Come specificato da apposite linee guida provinciali relative all'organizzazione dell'attività di ricovero diurno, medico e chirurgico (deliberazione della G.P. n. 5188 del 30/12/2002 e successive modifiche), e dalle delibere di aggiornamento del tariffario provinciale, nel caso di passaggio da ricovero in regime diurno per intervento chirurgico (day surgery) a regime ordinario determinato da non idoneità al trattamento in regime diurno riscontrata dopo opportuni accertamenti, deve essere chiusa la scheda di dimissione in regime diurno e l'accesso deve essere considerato come un accesso di ricovero diurno medico (day hospital).

Qualora si sospendesse il trattamento diurno per volontà del paziente, risultato comunque idoneo al trattamento, le prestazioni erogate dovranno essere considerate in regime ambulatoriale con conseguente relativa compartecipazione alla spesa da parte del paziente e la S.D.O. in regime diurno (day surgery) dovrà essere annullata.

Nel caso in cui il paziente trattato in regime diurno venga ricoverato in regime ordinario in seguito a complicazioni si deve provvedere alla chiusura della S.D.O. in regime diurno e quindi aprire una nuova S.D.O. in regime ordinario.



4.4.2. I TRASFERIMENTI TEMPORANEI AD ALTRE STRUTTURE PER L'ESECUZIONE DI PRESTAZIONI NON DISPONIBILI

Il trasferimento del paziente da una struttura ad un'altra determina la chiusura della S.D.O. nella struttura che trasferisce il paziente e l'apertura di una nuova S.D.O. nella struttura ricevente.

Fanno eccezione trasferimenti temporanei in altre strutture per l'esecuzione di prestazioni specialistiche erogabili in regime ambulatoriale (ad esempio le prestazioni di medicina nucleare, RMN, TAC, consulenza specialistica) o in regime di ricovero (ad esempio alcune prestazioni di cardiologia invasiva) non disponibili presso la struttura di ricovero. Tali prestazioni devono essere effettuate nell'arco della giornata solare e non devono, comunque, determinare il pernottamento del paziente nella struttura ospedaliera presso la quale vengono eseguiti gli interventi e le procedure.

Nel caso di effettuazione della prestazione erogabile in regime di ricovero al di fuori di atti convenzionali la S.D.O. dovrà essere chiusa prima del trasferimento del paziente ad altra struttura e riaperta se il paziente viene nuovamente trasferito alla struttura.

In caso di traferimenti temporanei nell'ambito di accordi / convenzioni fra strutture, al momento della dimissione, la struttura presso la quale il paziente è ricoverato inserisce le informazioni relative ad interventi/procedure effettuati anche in strutture esterne; in tal caso uno dei campi relativi alle diagnosi secondarie deve anche riportare il codice V63.8 "Indisponibilità di altri servizi medici" come previsto dalle regole di codifica provinciali.

Oltre al codice V63.8 riportato in diagnosi secondaria, devono essere compilate anche le variabili relative a data e ora dei trasferimenti, tipologia e codice della "Struttura erogatrice esterna", oltre al codice dello specifico reparto presso il quale il paziente è stato temporaneamente trasferito.

In caso di complicazioni insorte nel corso dell'intervento che ne precludono il trasferimento del paziente alla struttura inviante, la S.D.O. dovrà essere chiusa al momento del trasferimento. La struttura che ha eseguito l'intervento e che si fa carico dell'assistenza post-intervento dovrà aprire una nuova S.D.O. e riportare i codici relativi agli interventi/procedure eseguiti. In questo specifico caso, quindi, l'intervento effettuato non potrà essere inserito nella S.D.O. della struttura inviante, in quanto la dimissione coincide con il trasferimento del paziente, che è antecedente all'esecuzione dell'intervento stesso.

4.5. LA COMPILAZIONE DELLA S.D.O. IN REGIME DI RICOVERO DIURNO

Il ricovero diurno si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni:

- si tratta di ricoveri, o cicli di ricoveri, programmati;
- 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 multi professionali 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.

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 gior-



naliero del paziente è conteggiato come giornata di degenza e la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale.

Nella scheda relativa ad un paziente ricoverato in regime diurno dovrà essere indicata la data di inizio del trattamento e di dimissione (termine del ciclo o ultimo contatto verificatosi); dovrà altresì essere indicato il motivo del ricovero e specificato il numero di accessi relativo all'intero ciclo assistenziale.

Le cartelle cliniche e le corrispondenti SDO, relative ai ricoveri diurni, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, salvo dar luogo a una nuova cartella, e a una nuova SDO, per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo.

In caso di ricovero in regime diurno, queste sono le ulteriori variabili che devono essere compilate:

- **motivo del ricovero in regime diurno:** in cui viene indicato se si tratta di ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up), di ricovero diurno chirurgico (day surgery), di ricovero diurno terapeutico, o di ricovero diurno riabilitativo.
- **nr. di giornate di presenza in ricovero diurno:** ossia il numero complessivo di accessi, in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale.

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

4.6. LE PRESTAZIONI PRE E POST RICOVERO

Secondo il principio enunciato dall'art. 1 comma 18 della legge n. 662/96 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", stabilito dall'art. 1, comma 6 del D.M. 30.06.97 e riaffermato nel D.lgs n. 124 del 29/04/1998, le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero sono remunerate con tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero stesso e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino.

La Provincia Autonoma di Bolzano ha recepito tale normativa attraverso la deliberazione della G.P. n. 6337 del 01/12/1997, e la Circolare – Linee guida per l'applicazione della deliberazione della G.P. n. 6337 del 01/12/97 - punto 8 - aggiornando le disposizioni con le deliberazioni della G.P. n. 1385 del 19/04/1999, n. 2797 del 27/08/2001 e n. 4560 del 17/12/2001.

Nel caso di effettuazione di prestazioni pre ricovero direttamente correlate al ricovero programmato¹, oggetto delle normative sopracitate, nella S.D.O. deve essere indicato il tipo di ricovero "ricovero programmato con preospedalizzazione" e possono essere riportate le procedure eseguite in

¹ Le prestazioni pre ricovero (oggetto della normativa provinciale deliberazione della G.P. nr. 6337, Circolare provinciale del 14/07/97, deliberazione della G.P. n. 1385) devono essere strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato. Devono, inoltre, essere preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero (dall'ospedale di Bressanone per le specialità di dermatologia e di oculistica per i propri residenti ricoverati successivamente nell'ospedale di Brunico; dall'ospedale di Brunico per le specialità di otorino e di urologia a propri residenti ricoverati successivamente nell'ospedale di Bressanone; da un ospedale della Provincia per i propri residenti che vengono successivamente ricoverati in un altro ospedale facente parte dello stesso comprensorio – Merano, Bressanone, Brunico) ed effettuate di norma entro 30 giorni precedenti il ricovero. Le prestazioni atte a motivare/stabilire la necessità di un ricovero continuano ad essere soggette alla partecipazione di spesa da parte del cittadino.



data precedente al ricovero. I relativi referti devono essere allegati alla cartella clinica. Tali prestazioni sono remunerate con la tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero e non sono pertanto addebitate al paziente².

Secondo la normativa provinciale (deliberazione della G.P. nr. 2797 del 27/08/01; deliberazione della G.P. n. 4560 del 17/12/01) le prestazioni post ricovero in regime ordinario (prima visita specialistica ambulatoriale di controllo post ricovero, prima medicazione ambulatoriale effettuate entro 30 giorni dalla dimissione) vengono considerate come parte integrante del ricovero stesso e confluiscano nella tariffa omnicomprensiva DRG specifica del ricovero, con conseguente gratuità della prestazione per il paziente.

Le prestazioni strumentali (es. TAC, Risonanze magnetiche, EEG, scintigrafie, ecc.) che non sono eseguibili tempestivamente durante l'arco della degenza, ma che rientrano di fatto nello stesso DRG, vengono eseguite come esami cosiddetti "di coda".

Tali prestazioni, necessarie ai fini di una completa formulazione diagnostica, dovranno essere effettuate entro 15 giorni dalla dimissione e dovranno essere specificate nella lettera di dimissione (tipo di esame e data di prenotazione). Tali esami non sono soggetti a ticket (da richiedere semplicemente con proprio modulo interno o altra modalità organizzativa propria della struttura).

4.7. LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI DELLA S.D.O.

La S.D.O. è composta e gestita in due sezioni distinte: una (Tracciato A) contenente i dati anagrafici e l'altra (Tracciato B) contenente i dati clinici.

I dati anagrafici e sanitari sono quindi archiviati separatamente. La ricongiunzione delle due sezioni può essere effettuata attraverso alcune variabili "chiave" rappresentate dal codice nosografico, dal codice dell'istituto, dal numero della scheda del reparto e dal codice sanitario individuale.

Per la natura dei dati da rilevare, si richiama l'attenzione sul rispetto del "Codice in materia di protezione dei dati personali", D.lgs 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche e integrazioni. I dati idonei ad identificare anche indirettamente i soggetti interessati sono comunque trattati nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 22, comma 6 e comma 7 del D.lgs del 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche e integrazioni. Le strutture coinvolte nel flusso dei dati individuano al loro interno i soggetti responsabili e incaricati del trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 29 e 30 del citato decreto legislativo, ed adottano le misure minime di sicurezza individuate ai sensi dell'art. 34 del Codice e dell'allegato B "Disciplinare tecnico". Ai fini delle consultazione dei dati a livello di Assessorato, il codice identificativo dell'assistito viene anonimizzato dalla Società Informatica Alto Adige S.p.A. mediante procedura standard di anonimizzazione.

² Circolare provinciale del 14/07/97 "4.a" Se il ricovero non viene effettuato per decisione motivata dal medico (motivi clinici o organizzativi interni), il paziente non sarà tenuto a pagare la prestazione"; "4.b "Se il ricovero programmato non viene effettuato per esclusiva volontà del paziente, egli sarà tenuto al pagamento delle prestazioni effettuate..."



5. ELENCO INFORMAZIONI RACCOLTE DALLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA, DA TRASMETTERE ALLA PROVINCIA

L'Azienda sanitaria e le gli istituti di ricovero privati devono trasmettere secondo le modalità specificate le sotto elencate informazioni. Esse costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale provinciale. In sede di compilazione delle singole variabili, Azienda sanitaria e Istituti di cura privati devono attenersi alle indicazioni riportate nel paragrafo 6 per la codifica.

Elenco Informazioni del Tracciato A per l'invio dati alla Provincia (informazioni anagrafiche)

1. Istituto/presidio ospedaliero
2. Numero della scheda di dimissione ospedaliera – Nosografico
3. Numero della scheda di reparto
4. Numero della scheda di dimissione ospedaliera – Nosografico della puerpera
5. Cognome
6. Nome
7. Cognome acquisito
8. Sesso
9. Data di nascita
10. Comune di nascita
11. Stato civile
12. Comune di residenza anagrafica
13. Cittadinanza
14. Tipo identificativo utente
15. Codice identificativo utente
16. Codice sanitario individuale - Libretto
17. Regione di residenza
18. Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di residenza
19. Regione di assistenza
20. Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di assistenza
21. Residenza estera
22. Cassa malati estera
23. Indirizzo cassa malati estera
24. CAP cassa malati estera
25. Numero di identificazione della TEAM
26. Codice istituzione competente TEAM
27. Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM
28. Stato che rilascia la TEAM
29. Tipo di assistenza prevista dalla TEAM
30. Data di scadenza della TEAM
31. Livello di istruzione
32. Presenza del Codice identificativo dell'assistito in banca dati di verifica validità



Elenco Informazioni del Tracciato B per l'invio dati alla Provincia (informazioni sanitarie)

33. Regime di ricovero
34. Data ed ora del ricovero in ospedale
35. Unità operativa di ammissione
36. Unità operativa di ricovero fisico per la lungodegenza post acuta
37. Onere della degenza
38. Provenienza del paziente
39. Tipo di ricovero
40. Motivo del ricovero in regime diurno
41. Data ed ora del ricovero nell'unità operativa (reparto)
42. Giorni di permesso
43. Traumatismi e intossicazioni
44. Diagnosi principale di reparto
45. Prima diagnosi concomitante di reparto
46. Seconda diagnosi concomitante di reparto
47. Terza diagnosi concomitante di reparto
48. Quarta diagnosi concomitante di reparto
49. Quinta diagnosi concomitante di reparto
50. Data dell'intervento principale (o procedura o parto) di reparto
51. Intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di reparto
52. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento principale/procedura di reparto
53. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento principale/procedura di reparto
54. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 1 di reparto
55. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 1 di reparto
56. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto
57. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto
58. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 2 di reparto
59. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 2 di reparto
60. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 2 di reparto
61. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 2 di reparto
62. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 3 di reparto
63. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 3 di reparto
64. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 3 di reparto
65. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 3 di reparto
66. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 4 di reparto



67. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 4 di reparto
68. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 4 di reparto
69. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 4 di reparto
70. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 5 di reparto
71. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 5 di reparto
72. Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 5 di reparto
73. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 5 di reparto
74. Numero accessi complessivi in regime diurno
75. Unità operativa di dimissione
76. Modalità di uscita/dimissione
77. Data ed ora di uscita dall'unità operativa (reparto)
78. Data ed ora di dimissione o morte
79. Diagnosi principale di dimissione dall'ospedale
80. Diagnosi secondaria (da 1 a 5) di dimissione dall'ospedale
81. Data dell'intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale
82. Ora inizio intervento principale
83. Intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale
84. Data e ora dell'altro intervento chirurgico (o procedura o parto) – da 1 a 10 - di dimissione dall'ospedale
85. Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) – da 1 a 10 - di dimissione dall'ospedale
86. Riscontro autoptico
87. Tipo di medico proponente il ricovero
88. Codice del medico proponente il ricovero
89. Giornate di degenza derogate
90. Peso alla nascita
91. Data di prenotazione del ricovero
92. Tipo esenzione
93. Codice esenzione
94. Importo del ticket di ricovero
95. Classe
96. Giornate in classe
97. Classe di priorità
98. Classe ASA
99. Pianificazione della dimissione
100. Grado di necessità di supporto post-ricovero
101. Causa esterna
102. Visita anestesiologicala
103. Unità operativa di trasferimento esterno relativamente a intervento chirurgico principale di re-



parto

104. Data e ora di trasferimento a struttura erogatrice esterna relativamente a intervento chirurgico principale di reparto
105. Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna relativamente a intervento chirurgico principale di reparto
106. Unità operativa di trasferimento esterno relativamente a altro intervento chirurgico di reparto (da 1 a 5)
107. Data e ora di trasferimento a struttura erogatrice esterna relativamente a altro intervento chirurgico di reparto (da 1 a 5)
108. Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna relativamente a altro intervento chirurgico di reparto (da 1 a 5)
109. Diagnosi principale di dimissione dall'ospedale presente al ricovero
110. Lateralità della Diagnosi principale di dimissione dall'ospedale
111. Diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale (da 1 a 5) presente al ricovero
112. Lateralità della diagnosi concomitante (da 1 a 5) di dimissione dall'ospedale
113. Identificativo chirurgo 1 intervento principale
114. Identificativo chirurgo 2 intervento principale
115. Identificativo chirurgo 3 intervento principale
116. Identificativo anestesista intervento principale
117. Check list sala operatoria intervento principale
118. Lateralità dell'intervento principale
119. Identificativo chirurgo 1 altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
120. Identificativo chirurgo 2 altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
121. Identificativo chirurgo 3 altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
122. Identificativo anestesista altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
123. Check list sala operatoria altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
124. Lateralità dell'altro intervento chirurgico (da 1 a 10) di dimissione dall'ospedale
125. Rilevazione del dolore
126. Stadiazione condensata della diagnosi principale di dimissione da ospedale
127. Stadiazione condensata della diagnosi concomitante (da 1 a 5) di dimissione ospedale
128. Pressione arteriosa sistolica
129. Creatinina serica
130. Frazione di eiezione



6. SPECIFICAZIONE COMPILAZIONE DELLE VARIABILI PRESENTI NEL TRACCIATO PROVINCIALE SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

6.1. TRACCIATO A - VARIABILI ANAGRAFICHE

1. Istituto/presidio ospedaliero (ISTITUTO)

Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti dai modelli ministeriali HSP.11, HSP.11 bis (codici di cui al D.M. 05.12.2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità del 23 dicembre 1996, detto codice è composto di 8 caratteri, dei quali i primi 3 identificano la Provincia (Provincia di Bolzano '041' - ai sensi del decreto del Ministro della sanità), i successivi 3 sono costituiti da un progressivo numerico all'interno della Provincia, mentre i rimanenti 2 non vengono utilizzati in quanto costituiscono un ulteriore progressivo che individuerrebbe le singole strutture del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP 11-bis non presenti nella Provincia di Bolzano.

Il campo è obbligatorio.

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

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

Il codice da utilizzare è articolato in 10 caratteri di cui i primi 4 identificano l'anno di ricovero; gli altri 6 costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno.

La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.

Il campo è obbligatorio.

3. Numero della scheda di reparto (NR SCHED)

Il "Numero scheda di reparto" di 8 caratteri rappresenta un progressivo all'interno della scheda di ricovero-ospedale (nosografico). Un ricovero con tre trasferimenti di reparto potrà avere il nosografico 02001234 e i numeri delle schede di reparto, rispettivamente, 00000001, 00000002, 00000003.

La numerazione della scheda di reparto per ogni ricovero-ospedale (nosografico) deve essere univoca e progressiva. Essa costituisce, infatti, la chiave per la gestione dei singoli record.

Il campo è obbligatorio.

4. Numero della scheda di dimissione ospedaliera – Nosografico della puerpera (NOS PUE)

Questo campo va compilato solamente nel caso si tratti della SDO di un neonato relativa all'evento della sua nascita. Da compilare con il numero progressivo della scheda SDO della madre relativa al parto.

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

Il campo non è obbligatorio.



5. Cognome (COG)

Indicare il cognome del paziente. Deve essere riportato esclusivamente il cognome, senza l'aggiunta di titoli o simili.

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura "ANONIMO".

Il campo è obbligatorio.

6. Nome (NOME)

Indicare il nome del paziente. Deve essere riportato esclusivamente il nome, senza l'aggiunta di titoli o simili.

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del nome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura "ANONIMO".

Il campo è obbligatorio.

6. Cognome acquisito (NOMEA)

Indicare il cognome acquisito del paziente, che deve essere di sesso femminile.

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome acquisito.

Il campo è non obbligatorio.

8. Sesso (SESSO)

Indicare il sesso del paziente.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = maschio;

2 = femmina;

9 = non rilevato

Il campo è obbligatorio.

9. Data di nascita (DNASCITA)

Indicare il giorno, il mese e l'anno di nascita nel formato: ggmmaaaa. Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, codificare con 0101aaaa.

Il campo è obbligatorio.

10. Comune di nascita (COM NASC)

Il codice da utilizzare è il codice definito dall'ISTAT, i cui primi 3 caratteri individuano la provincia (Provincia di Bolzano = 021) e i successivi 3 un progressivo all'interno della provincia che individua il singolo comune.



Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice ISTAT dello Stato estero.

Se il paziente è nato in Italia, ma non si conosce il comune, codificare 999997.

Se il paziente è nato all'estero, ma non si conosce il paese estero codificare 999998.

Se non si ha alcuna informazione legata al luogo di nascita dell'assistito codificare 999999.

Nel caso di pazienti che chiedono di poter beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, indicare solo i primi 3 caratteri che individuano la provincia, secondo il codice ISTAT (es. nel caso di un paziente anonimo nato in provincia di Bolzano, va inserito '021000'; in caso di provincia sconosciuta o di persona nata all'estero andranno inseriti solo i primi tre caratteri '999' (es. nel caso di un paziente anonimo nato o in una provincia sconosciuta o all'estero, inserire '999000').

Nel caso di pazienti, nati in comuni, che originariamente appartenevano allo Stato italiano (es. comuni dell'Istria), va indicato il codice comune ISTAT specifico, sebbene tale codice oggi non sia più attivo.

Il campo è obbligatorio.

11. Stato civile (S CIVILE)

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

Le modalità da utilizzare sono le seguenti:

1 = celibe/nubile;

2 = coniugato/a;

3 = separato/a;

4 = divorziato/a;

5 = vedovo/a;

6 = non dichiarato.

Il campo è obbligatorio. Nel caso di neonati indicare la modalità 1 oppure 6.

12. Comune di residenza anagrafica (COM RES)

La residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo Stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente al momento del ricovero.

Va utilizzato lo stesso sistema di codifica definito per la variabile (9): "Comune di nascita"; in particolare:

- il codice dei comuni italiani ISTAT a 6 caratteri, nel caso di pazienti residenti in Italia;
- per i residenti in Provincia di Bolzano le prime 3 cifre identificano la Provincia (Provincia di Bolzano = 021 e le successive 3 identificano il comune);
- il codice 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT, nel caso di pazienti residenti all'estero.

Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.

Se il paziente è nato in Italia, ma non si conosce il comune, codificare: 999997

Se straniero e non si conosce il paese estero codificare: 999998

Se non si conosce il comune codificare: 999999 / Per i senza fissa dimora codificare: 999999

Il campo è obbligatorio.



13. Cittadinanza (C CITT)

Se il paziente al momento del ricovero ha più di una cittadinanza inserire il codice di quella scelta dal paziente.

I codici da utilizzare sono:

- cittadinanza italiana = 100;
- cittadinanza estera = codice a 3 cifre paese estero definito dall'ISTAT;
- apolidi = 999;
- sconosciuta = 998.

Nel caso di pazienti che chiedono di poter beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, indicare il codice 998 (cittadinanza sconosciuta).

Il campo è obbligatorio.

14. Tipo di identificativo utente (TIPO ID)

Indicare se il codice contenuto nel campo COD_ID (codice identificativo utente) fa riferimento a:

- 1 = codice fiscale;
- 2 = STP (straniero temporaneamente presente);
- 3 = AA (anonimo);
- 4 = TEAM (codice personale della TEAM);
- 9 = ENI (cittadino temporaneamente assistito)³;
- Z = altro.

Il campo è obbligatorio.

15. Codice identificativo utente (COD ID)

Per i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale, utilizzare il codice fiscale a 16 caratteri.

Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (STP + codice regione + codice ASL + progressivo) ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, e della circolare del Ministero della sanità 24 aprile 2000, n. 5.

Per i neonati prevedere procedura che crei il codice fiscale secondo regole del Ministero delle Finanze.

Per il codice del paziente anonimo: "X" ripetuto 20 volte.

Per i cittadini europei in possesso di Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), va riportato il numero di identificazione personale a 20 caratteri indicato sulla Tessera, e i dati assicurativi dell'assistito devono essere riportati negli appositi campi relativi alla TEAM.

Per i cittadini della Unione Europea, privi di TEAM e di residenza, non iscrivibili al SSN utilizzare il codice ENI.

Se paziente residente a cassa estera va compilato con il codice fiscale ufficiale attribuito dal Ministero delle Finanze, ovvero quello riportato nella tessera sanitaria.

Il campo è obbligatorio.

³ Circolare Assessorato alla Sanità, 7/4/2008, prot. n. 23.2/5507/193474 – "Circolare esplicativa a seguito della comunicazione del Ministero della Salute del 19 febbraio 2008 concernente l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari indigenti dimoranti in Italia".



16. Codice sanitario individuale (LIBRETTO)

Per gli iscritti al Servizio Sanitario Provinciale il codice è rappresentato dal libretto sanitario limitatamente alle cifre del numero racchiuso dai due slash (simbolo “/”) escludendo le ultime due cifre che rappresentano la data di nascita.

Se il paziente non è iscritto al Servizio Sanitario Provinciale e viene ricoverato presso un ospedale pubblico, il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatica che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche.

Nel caso di pazienti che richiedono di poter beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, verrà generato un codice fittizio.

Il campo non è obbligatorio.

17. Regione di residenza (REG RES)

È la regione in cui il soggetto è residente.

La codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86) o al codice del Ministero degli Interni per i paesi esteri.

La regione di residenza può essere diversa dalla regione di assistenza.

Nel caso il paziente sia residente all'estero, va indicato il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.

Se il comune di residenza è sconosciuto (COM_RES = 999999 o 999998 o 999997) porre il codice 999.

Il campo è obbligatorio.

18. Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di residenza (ASL RES)

È il comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria (per i non residenti) che comprende il comune in cui risiede il paziente.

La codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero compilare con “999”.

Per i residenti in Italia qualora questo campo non venga compilato dal comprensorio sanitario verrà inserito dalla Provincia basandosi sul campo del comune di residenza.

Se il comune di residenza è sconosciuto (es. senza fissa dimora o anonimo) porre il codice 999.

Il campo non è obbligatorio. Il campo è obbligatorio per i residenti in Italia.

19. Regione di assistenza (REG ASS)

È la regione di appartenenza dell'ASL di assistenza.

La regione di assistenza può essere diversa dalla regione di residenza.

La codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero non compilare.

Per i residenti in Italia, ma assicurati all'estero inserire il codice 999 (regione sconosciuta) come regione di assistenza e codice 997 (iscrizione/scelta del medico presso Stato estero) come comprensorio sanitario/azienda sanitaria di assistenza.

Il campo non è obbligatorio.



20. Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di iscrizione (ASL ASS)

È il comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria (per i non residenti) in cui è iscritto il paziente.

La codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero non compilare.

Per i residenti in Italia, ma assicurati all'estero inserire il codice 999 (regione sconosciuta) come regione di assistenza e codice 997 (iscrizione/scelta del medico presso Stato estero) come comprensorio sanitario/azienda sanitaria di assistenza.

Il campo non è obbligatorio.

21. Residenza estera (RES EST)

Descrizione del luogo di residenza del paziente estero.

Il campo non è obbligatorio.

22. Cassa malati estera (CAS EST)

Descrizione della cassa malati estera dalla quale è assistito il paziente estero.

Il campo non è obbligatorio.

23. Indirizzo cassa malati estera (I CASEST)

Descrizione dell'indirizzo della cassa malati estera dalla quale è assistito il paziente estero.

Il campo non è obbligatorio.

24. CAP cassa malati estera (C CASEST)

Codice di avviamento postale della città sede della cassa malati estera.

Il campo non è obbligatorio.

25. Numero di identificazione della TEAM (N TEAM)

Numero di identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia: codice progressivo regionale. Il codice regionale è relativo alla regione della ASL di residenza dell'assistito al momento della emissione della Tessera Sanitaria.

Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM oppure se residente a cassa estera.

Il campo non è obbligatorio.

26. Codice istituzione competente TEAM (COD IST)

Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM oppure se residente a cassa estera.

Il campo non è obbligatorio.



27. Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM (DEN IST)

Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM oppure se residente a cassa estera.

Il campo non è obbligatorio.

28. Stato che rilascia la TEAM (ST ESTERO)

Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM oppure se residente a cassa estera.

Il campo non è obbligatorio.

29. Tipo di assistenza prevista dalla TEAM (TIPO TEAM)

Valorizzare con “E111” o con “E106” in base al tipo di assistenza, solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM oppure residente a cassa estera.

Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM oppure se residente a cassa estera.

Il campo non è obbligatorio.

30. Data di scadenza della TEAM (DATA SCAD)

Va riportato il giorno, mese ed anno nel formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM oppure se residente a cassa estera.

Il campo non è obbligatorio.

31. Livello di istruzione (TITOLO)

Va riportato il titolo di studio al momento del ricovero.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

0 = Nessuno

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.

Il campo è obbligatorio.



32. Presenza del Codice Identificativo dell'assistito in banca dati di verifica validità (PRES COD ID)

Informazione relativa alla presenza del codice identificativo dell'Assistito nella banca dati di verifica (Sistema Tessera Sanitaria, nelle more dell'Attivazione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti, istituita ai sensi dell'articolo 62-ter del CAD).

Va compilato con:

0 = Codice identificativo valido (presente in banca dati);

1 = Codice identificativo errato (non presente in banca dati).

Il campo è obbligatorio.



6.2. TRACCIATO B - VARIABILI SANITARIE

33. Regime di ricovero (REGRIC)

Il regime di ricovero distingue tra il “ricovero ordinario” ed il “ricovero diurno”.

1 = ricovero ordinario;

2 = ricovero diurno (day hospital);

Quando si utilizza il codice 2, è necessario riportare anche le informazioni relative alle variabili “Motivo del ricovero in regime diurno” e “Numero di accessi complessivi in regime diurno”.

Il campo è obbligatorio.

34. Data ed ora del ricovero in ospedale (D_RICOSP)

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 in regime di day-hospital a ciclo programmato è la data del primo accesso.

Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita la data e l'ora di ricovero coincidono con la data di nascita.

Va riportato il giorno, mese ed anno, con l'indicazione dell'ora del ricovero nell'ospedale, nel formato ggmmaaaahhmm. L'inizio del ricovero coincide con l'ora e la data di assegnazione effettiva del posto letto nel reparto di ricovero.

Il campo è obbligatorio.

35. Unità operativa di ammissione (REP_AMM)

L'unità operativa di ammissione individua l'unità operativa presso la quale il paziente viene ricoverato all'accettazione. Per i ricoveri in discipline specialistiche collocate presso altre unità operative deve essere utilizzato il codice della disciplina specialistica che eroga la prestazione e non dell'unità operativa presso la quale è collocata ..

Il codice da utilizzare per le unità operative di ammissione (Codici Ministero della Sanità del D.M. 19/03/88) corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12. I primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.

Devono pertanto essere esclusivamente utilizzati i codici ministeriali delle specialità cliniche o discipline ospedaliere previste dal Piano sanitario provinciale o istituite da apposita deliberazione provinciale se previste e costituite successivamente.

Per le case di cura private vanno utilizzati i codici del modello HSP13: i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; per gli altri due caratteri utilizzare il codice “00”.

Per i ricoveri di lungodegenza post acuta in posti letto collocati in diverse unità operative, deve essere riportato nell'apposito campo anche il codice dell'unità operativa in cui sono fisicamente collo-



cati i posti letto. I ricoveri in terapia sub intensiva vanno, invece, attribuiti all'unità operativa a cui tale specialità risulta annessa.

Il campo è obbligatorio.

36. Unità operativa di ricovero fisico per la lungodegenza post acuta (REP LUNG)

Tale campo deve essere esclusivamente utilizzato per specificare l'unità operativa in cui è fisicamente ricoverato il paziente lungodegente post acuto nel caso in cui sia prevista dall'atto aziendale o da apposita deliberazione una dislocazione dei posti letto cod. 60 nelle diverse unità operative per acuti.

Il codice da utilizzare per l'unità operativa fisica di ricovero sono i codici Ministero della Sanità del D.M. 19/03/88 utilizzati anche per indicare l'unità operativa di ricovero.

37. Onere della degenza (ONER DEG)

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.

Si ricorda che il ricovero con onere della degenza a totale carico dell'utente si configura come una prestazione che non comporta nessun onere a carico del SSN e come tale non viene assoggettato alle procedure di compensazione della mobilità.

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

1 = ricovero a totale carico del SSN;

2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);

3 = ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN;

4 = ricovero senza oneri per il SSN;

5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);

6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);

7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN;

8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;

9 = altro;

A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza.

Si precisa che i detenuti o internati stranieri o senza fissa dimora iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ricevono l'assistenza sanitaria a carico del Servizio sanitario pubblico nel cui territorio ha sede l'istituto di assegnazione del soggetto interessato (DPR 230/2000). Secondo il D.Lgs 22/06/99, n. 230, i detenuti e gli internati conservano l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico-generica. Sono iscritti al SSN gli stranieri limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia. I detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal SSN.

Il cambio di onere durante il ricovero non deve determinare il trattamento delle informazioni come se si trattasse di un trasferimento e generare un ulteriore record. *Il campo è obbligatorio.*



38. Provenienza del paziente (PROVENIE)

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

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

1 = Ricovero al momento della nascita

2 = Pronto soccorso

3 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico

4 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura

5 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico

6 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato

7 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato

8 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura

9 = Carcere

0 = paziente proveniente da struttura residenziale ter-ritoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)

S = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso

O = provenienza OBI

A = Altro

Il campo è obbligatorio.

39. Tipo di ricovero (TIPO RIC)

Il tipo di ricovero individua, per tutti i ricoveri in regime ordinario (codice 1 alla variabile (32): "regime di ricovero"), 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. In caso di ricovero in regime diurno (codice 2 alla variabile (32): "regime di ricovero"), il campo non va compilato con "2".

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1 = ricovero programmato, non urgente;

2 = ricovero urgente;

3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);

4 = ricovero per trattamento sanitario volontario (TSV);

5 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella S.D.O. possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione;

6 = neonato sano;

7 = ricovero per parto non urgente.

Il campo è obbligatorio.



40. Motivo del ricovero in regime diurno (MOTIV DH)

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 alla variabile (32) “regime di ricovero”).

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

- 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up);
- 2 = ricovero diurno chirurgico (day surgery);
- 3 = ricovero diurno terapeutico;
- 4 = ricovero diurno riabilitativo.

Nel caso di tecniche PMA (Procreazione medicalmente assistita) di II livello, trattandosi di un ricovero in day surgery con due accessi, va indicato il codice 2.

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero diurno.

41. Data ed ora del ricovero nell'unità operativa (D RICREP)

E' la data in cui è avvenuto l'ingresso nell'unità operativa. In caso di ricovero in regime di day-hospital a ciclo programmato è la data del primo accesso.

In caso di assenza di trasferimenti interni, il campo deve comunque essere compilato e deve coincidere con la data dell'ammissione nell'ospedale.

Va riportato il giorno, mese ed anno con l'indicazione dell'ora dell'ingresso nell'unità operativa nel formato (ggmmaaaahhmm).

Il campo è obbligatorio.

42. Giorni di permesso (GGPERM)

Con il termine “permesso” si intende il periodo di tempo in cui il paziente può lasciare temporaneamente l'istituto di cura senza dar luogo ad un nuovo evento di ricovero. Tale periodo di tempo deve coincidere con festività o tempi “morti” del ricovero, non può superare le 72 ore o andare oltre il periodo festivo. Le responsabilità medico legali del medico che rilascia il permesso sono legate alle eventuali complicazioni cliniche che si possono verificare durante il permesso. Esse sono dello stesso tipo di quelle collegate con la decisione di dimissione.

I giorni di permesso sono associati al reparto di ricovero, ossia per ogni ricovero-reparto vanno indicati i giorni di permesso.

I giorni di permesso sono cumulativi relativamente a ciascun reparto.

Se un paziente è ricoverato 30 giorni in un reparto e ogni fine settimana (per 4 settimane) va a casa, nel campo ‘giorni di permesso’ va indicato il numero di giorni di permesso cumulativi, ossia 8 giorni. Tuttavia, i giorni di permesso consecutivi non possono essere più di 3, per il singolo permesso concesso. Solo in casi eccezionali, in presenza di particolari ponti (Pentecoste), si possono concedere fino ad un massimo di 4 giorni. Tutti gli altri casi danno luogo ad un nuovo ricovero.

Il calcolo dei giorni di permesso concessi ad un paziente in caso di festività, ponti o “tempi morti” del ricovero avviene nello stesso modo del calcolo delle giornate di degenza, ossia (Giorni di permesso = data di fine permesso – data di inizio permesso, se = 0 allora il numero totale di giorni di permesso sarà posto uguale a un giorno). Non si tiene in considerazione l'ora. Se un paziente en-



tra in permesso il venerdì 3 dicembre e la fine del permesso è lunedì 6 dicembre, il totale dei giorni di permesso è 3.

I giorni di permesso saranno utilizzati nel calcolo della durata di degenza.

Il campo non è obbligatorio.

43. Traumatismi e intossicazioni (TRAUMATI)

Questa variabile deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione. Va compilata nel caso di ricoveri in regime ordinario (codice 1 alla variabile (32) "Regime di ricovero").

Il campo va quindi compilato se i codici del campo "Diagnosi principale di dimissione da ospedale" sono compresi nei range 800.00 – 904.9 e 910.0 - 995,94.

Considerata la rilevanza dell'informazione a fini medico legali ed epidemiologici essa deve essere compilata dal medico responsabile del ricovero e che compila le altre informazioni cliniche. I codici, ad un carattere, da utilizzare sono i seguenti:

1 = in ambiente di lavoro;

2 = in ambiente domestico;

3 = incidente stradale;

4 = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);

5 = auto lesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);

6 = incidente sportivo;

9 = altro tipo di incidente o intossicazione.

Il campo non è obbligatorio.

44. Diagnosi principale di reparto (DIAG REP)

La diagnosi principale di reparto deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di reparto e correttamente codificata utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della "International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification", versione correntemente in uso). Nel caso non si verifichino trasferimenti interni la diagnosi principale di reparto deve coincidere con la diagnosi principale di dimissione dall'ospedale.

Essa è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che è risultata essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

Se la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con "spazio".

Il campo è obbligatorio.

45. Prima diagnosi concomitante di reparto (C DIAG1)

Le diagnosi concomitanti (o secondarie) di dimissione da reparto sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento rice-



vuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate.

L'eventuale prima diagnosi concomitante di reparto va codificata utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso).

Nel caso non si verifichino trasferimenti interni la prima diagnosi concomitante di reparto deve coincidere con la prima diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale.

Se la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con “spazio”.

Il campo non è obbligatorio.

46. Seconda diagnosi concomitante di reparto (C DIAG2)

L'eventuale seconda diagnosi concomitante di reparto va codificata utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso).

Nel caso non si verifichino trasferimenti interni la prima diagnosi concomitante di reparto deve coincidere con la prima diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale.

Se la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con “spazio”.

Il campo non è obbligatorio.

47. Terza diagnosi concomitante di reparto (C DIAG3)

L'eventuale terza diagnosi concomitante di reparto va codificata utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso).

Nel caso non si verifichino trasferimenti interni la prima diagnosi concomitante di reparto deve coincidere con la prima diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale.

Se la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con “spazio”.

Il campo non è obbligatorio.

48. Quarta diagnosi concomitante di reparto (C DIAG4)

L'eventuale quarta diagnosi concomitante di reparto va codificata utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso).

Nel caso non si verifichino trasferimenti interni la prima diagnosi concomitante di reparto deve coincidere con la prima diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale.



Se la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con "spazio".

Il campo non è obbligatorio.

49. Quinta diagnosi concomitante di reparto (C DIAG5)

L'eventuale quinta diagnosi concomitante di reparto va codificata utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della "International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification", versione correntemente in uso).

Nel caso non si verifichino trasferimenti interni la prima diagnosi concomitante di reparto deve coincidere con la prima diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale.

Se la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con "spazio".

Il campo non è obbligatorio.

50. Data dell'intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di reparto (DINTCP R)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento chirurgico principale di reparto, secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

Il campo è obbligatorio in presenza di intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di reparto.

Il campo non è obbligatorio.

51. Intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di reparto (CINTCP R)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico principale (o procedura o parto) utilizzando i codici a quattro caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della "International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification", versione correntemente in uso).

Poiché attualmente la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con "spazio".

Il campo è obbligatorio in presenza della data di intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di reparto.

52. Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico principale/procedura di reparto (SINTCPR)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento chirurgico principale/procedura di reparto in una struttura diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

L'effettuazione della prestazione specialistica erogata nella struttura indicata in questo campo deve avvenire nell'arco delle 24 ore e non deve dar luogo a pernottamento e, se erogabile in regime di ricovero, deve essere regolamentata da appositi accordi/convenzioni.



I codici da utilizzare sono:

1 = istituto di cura della Provincia;

2 = istituto di cura austriaco convenzionato;

3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano;

4 = altro istituto estero.

Il campo non è obbligatorio.

53. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico principale/procedura di reparto (CSINTCPR)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento chirurgico principale/procedura di reparto in una struttura provinciale, nazionale o austriaca convenzionata diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

In caso di istituto di cura della Provincia o di istituto di cura presente nel territorio italiano, il campo deve essere valorizzato con i codici previsti dai modelli ministeriali HSP.11, HSP.11 bis (codici di cui al D.M. 05.12.2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità del 23 dicembre 1996, detto codice è composto di 8 caratteri, dei quali i primi 3 identificano la Provincia / Regione, i successivi 3 sono costituiti da un progressivo numerico all'interno della Provincia / Regione, mentre i rimanenti 2 costituiscono un ulteriore progressivo che individuerrebbe le singole strutture del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP 11-bis.

In caso di istituto di cura austriaco convenzionato, utilizzare i corrispettivi codici.

Il campo è obbligatorio in presenza di intervento chirurgico principale/procedura eseguito in un istituto della Provincia diverso da quello di ricovero, in un istituto di cura nel territorio nazionale italiano oppure in un istituto austriaco convenzionato.

54. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 1 di reparto (DINTC1 R)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

Il campo è obbligatorio in presenza di altro intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto.

55. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 1 di reparto (CINTC1 R)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 utilizzando i codici a quattro caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso).

Poiché attualmente la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con “spazio”.

Il campo è obbligatorio in presenza della data di altro intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto.



56. Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto (SINTC1R)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto, in una struttura diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

L'effettuazione della prestazione specialistica erogata nella struttura indicata in questo campo deve avvenire nell'arco delle 24 ore e non deve dar luogo a pernottamento e, se erogabile in regime di ricovero, deve essere regolamentata da appositi accordi/convenzioni.

I codici da utilizzare sono:

- 1 = istituto di cura della Provincia;
- 2 = istituto di cura austriaco convenzionato;
- 3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano;
- 4 = altro istituto estero.

Il campo non è obbligatorio.

57. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto (CSINTC1R)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto in una struttura provinciale, nazionale o austriaca convenzionata diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

In caso di istituto di cura della Provincia o di istituto di cura presente nel territorio italiano, il campo deve essere valorizzato con i codici previsti dai modelli ministeriali HSP.11, HSP.11 bis (codici di cui al D.M. 05.12.2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità del 23 dicembre 1996, detto codice è composto di 8 caratteri, dei quali i primi 3 identificano la Provincia / Regione, i successivi 3 sono costituiti da un progressivo numerico all'interno della Provincia / Regione, mentre i rimanenti 2 costituiscono un ulteriore progressivo che individuerrebbe le singole strutture del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP 11-bis.

In caso di istituto di cura austriaco convenzionato, utilizzare i corrispettivi codici.

Il campo è obbligatorio in presenza chirurgico secondario/procedura 1 di reparto eseguito in un istituto della Provincia diverso da quello di ricovero, in un istituto di cura nel territorio nazionale italiano oppure in un istituto austriaco convenzionato.

58. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 2 di reparto (DINTC2 R)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

Il campo è obbligatorio in presenza di altro intervento chirurgico secondario/procedura 2 di reparto.



59. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 2 di reparto (CINTC2 R)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondario/procedura 2 utilizzando i codici a quattro caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso).

Poiché attualmente la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con “spazio”.

Il campo è obbligatorio in presenza della data di altro intervento chirurgico secondario/procedura 2 di reparto.

60. Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 2 di reparto (SINTC2R)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto, in una struttura diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

L'effettuazione della prestazione specialistica erogata nella struttura indicata in questo campo deve avvenire nell'arco delle 24 ore e non deve dar luogo a pernottamento e, se erogabile in regime di ricovero, deve essere regolamentata da appositi accordi/convenzioni.

I codici da utilizzare sono:

- 1 = istituto di cura della Provincia;
- 2 = istituto di cura austriaco convenzionato;
- 3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano;
- 4 = altro istituto estero.

Il campo non è obbligatorio.

61. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 2 di reparto (CSINTC2R)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 2 di reparto in una struttura provinciale, nazionale o austriaca convenzionata diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

In caso di istituto di cura della Provincia o di istituto di cura presente nel territorio italiano, il campo deve essere valorizzato con i codici previsti dai modelli ministeriali HSP.11, HSP.11 bis (codici di cui al D.M. 05.12.2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità del 23 dicembre 1996, detto codice è composto di 8 caratteri, dei quali i primi 3 identificano la Provincia / Regione, i successivi 3 sono costituiti da un progressivo numerico all'interno della Provincia / Regione, mentre i rimanenti 2 costituiscono un ulteriore progressivo che individuerrebbe le singole strutture del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP 11-bis.

In caso di istituto di cura austriaco convenzionato, utilizzare i corrispettivi codici.



Il campo è obbligatorio in presenza chirurgico secondario/procedura 2 di reparto eseguito in un istituto della Provincia diverso da quello di ricovero, in un istituto di cura nel territorio nazionale italiano oppure in un istituto austriaco convenzionato.

62. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 3 di reparto (DINTC3 R)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

Il campo è obbligatorio in presenza di altro intervento chirurgico secondario/procedura 3 di reparto.

63. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 3 di reparto (CINTC3 R)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondario/procedura 3 utilizzando i codici a quattro caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso).

Poiché attualmente la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con “spazio”.

Il campo è obbligatorio in presenza della data di altro intervento chirurgico secondario/procedura 3 di reparto.

64. Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 3 di reparto (SINTC3R)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento dell'intervento chirurgico secondario/procedura 3 di reparto, in una struttura diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

L'effettuazione della prestazione specialistica erogata nella struttura indicata in questo campo deve avvenire nell'arco delle 24 ore e non deve dar luogo a pernottamento e, se erogabile in regime di ricovero, deve essere regolamentata da appositi accordi/convenzioni.

I codici da utilizzare sono:

- 1 = istituto di cura della Provincia;
- 2 = istituto di cura austriaco convenzionato;
- 3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano;
- 4 = altro istituto estero.

Il campo non è obbligatorio.

65. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 3 di reparto (CSINTC3R)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 3 di reparto in una struttura provinciale, nazionale o austriaca convenzionata diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.



In caso di istituto di cura della Provincia o di istituto di cura presente nel territorio italiano, il campo deve essere valorizzato con i codici previsti dai modelli ministeriali HSP.11, HSP.11 bis (codici di cui al D.M. 05.12.2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità del 23 dicembre 1996, detto codice è composto di 8 caratteri, dei quali i primi 3 identificano la Provincia / Regione, i successivi 3 sono costituiti da un progressivo numerico all'interno della Provincia / Regione, mentre i rimanenti 2 costituiscono un ulteriore progressivo che individuerrebbe le singole strutture del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP 11-bis.

In caso di istituto di cura austriaco convenzionato, utilizzare i corrispettivi codici.

Il campo è obbligatorio in presenza chirurgico secondario/procedura 3 di reparto eseguito in un istituto della Provincia diverso da quello di ricovero, in un istituto di cura nel territorio nazionale italiano oppure in un istituto austriaco.

66. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 4 di reparto (DINTC4 R)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

Il campo è obbligatorio in presenza di altro intervento chirurgico secondario/procedura 4 di reparto.

67. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 4 di reparto (CINTC4 R)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondario/procedura 4 utilizzando i codici a quattro caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso).

Poiché attualmente la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con “spazio”.

Il campo è obbligatorio in presenza della data di altro intervento chirurgico secondario/procedura 4 di reparto.

68. Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 4 di reparto (SINTC4R)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento dell'intervento chirurgico secondario/procedura 4 di reparto, in una struttura diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

L'effettuazione della prestazione specialistica erogata nella struttura indicata in questo campo deve avvenire nell'arco delle 24 ore e non deve dar luogo a pernottamento e, se erogabile in regime di ricovero, deve essere regolamentata da appositi accordi/convenzioni.

I codici da utilizzare sono:

1 = istituto di cura della Provincia;

2 = istituto di cura austriaco convenzionato;

3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano;



4 = altro istituto estero.

Il campo non è obbligatorio.

69. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 4 di reparto (CSINTC4R)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 4 di reparto in una struttura provinciale, nazionale o austriaca convenzionata diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

In caso di istituto di cura della Provincia o di istituto di cura presente nel territorio italiano, il campo deve essere valorizzato con i codici previsti dai modelli ministeriali HSP.11, HSP.11 bis (codici di cui al D.M. 05.12.2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità del 23 dicembre 1996, detto codice è composto di 8 caratteri, dei quali i primi 3 identificano la Provincia / Regione, i successivi 3 sono costituiti da un progressivo numerico all'interno della Provincia / Regione, mentre i rimanenti 2 costituiscono un ulteriore progressivo che individuerrebbe le singole strutture del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP 11-bis.

In caso di istituto di cura austriaco convenzionato, utilizzare i corrispettivi codici.

Il campo è obbligatorio in presenza chirurgico secondario/procedura 4 di reparto eseguito in un istituto della Provincia diverso da quello di ricovero, in un istituto di cura nel territorio nazionale italiano oppure in un istituto austriaco convenzionato.

70. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 5 di reparto (DINTC5 R)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

Il campo è obbligatorio in presenza di altro intervento chirurgico secondario/procedura 5 di reparto.

71. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 5 di reparto (CINTC5 R)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondario/procedura 5 utilizzando i codici a quattro caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso).

Poiché attualmente la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con “spazio”.

Il campo è obbligatorio in presenza della data di altro intervento chirurgico secondario/procedura 5 di reparto.



72. Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 5 di reparto (SINTC5R)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento dell'intervento chirurgico secondario/procedura 5 di reparto, in una struttura diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

L'effettuazione della prestazione specialistica erogata nella struttura indicata in questo campo deve avvenire nell'arco delle 24 ore e non deve dar luogo a pernottamento e, se erogabile in regime di ricovero, deve essere regolamentata da appositi accordi/convenzioni.

I codici da utilizzare sono:

- 1 = istituto di cura della Provincia;
- 2 = istituto di cura austriaco convenzionato;
- 3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano;
- 4 = altro istituto estero.

Il campo non è obbligatorio.

73. Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 5 di reparto (CSINTC5R)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 5 di reparto in una struttura provinciale, nazionale o austriaca convenzionata diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

In caso di istituto di cura della Provincia o di istituto di cura presente nel territorio italiano, il campo deve essere valorizzato con i codici previsti dai modelli ministeriali HSP.11, HSP.11 bis (codici di cui al D.M. 05.12.2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità del 23 dicembre 1996, detto codice è composto di 8 caratteri, dei quali i primi 3 identificano la Provincia / Regione, i successivi 3 sono costituiti da un progressivo numerico all'interno della Provincia / Regione, mentre i rimanenti 2 costituiscono un ulteriore progressivo che individuerrebbe le singole strutture del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP 11-bis.

In caso di istituto di cura austriaco convenzionato, utilizzare i corrispettivi codici.

Il campo è obbligatorio in presenza chirurgico secondario/procedura 5 di reparto eseguito in un istituto della Provincia diverso da quello di ricovero, in un istituto di cura nel territorio nazionale italiano oppure in un istituto austriaco convenzionato.

74. Numero accessi complessivi in regime diurno (GGANNODH)

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 alla variabile (32) "regime di ricovero") e indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di ricovero nell'arco di uno stesso 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 e va riportato il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha accesso presso l'Istituto di cura fino al 31 dicembre.

Il campo è obbligatorio per regime di ricovero diurno.



75. Unità operativa di dimissione (REP DIM)

L'unità operativa di dimissione individua l'unità operativa dalla quale il paziente viene dimesso dall'ospedale o dalla quale viene trasferito ad altra unità operativa presso lo stesso istituto.

L'unità operativa di dimissione va sempre indicata anche nel caso in cui coincida con l'unità operativa di ammissione in assenza di trasferimenti interni o nel caso in cui si verifichino più trasferimenti interni e il paziente venga trasferito nell'unità operativa della precedente ammissione.

Il codice da utilizzare per le unità operative di dimissione (Codici Ministero della Sanità del D.M. 19/03/88) corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12. I primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.

Per le case di cura private vanno utilizzati i codici del modello HSP13: i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00".

Devono pertanto essere esclusivamente utilizzati i codici ministeriali delle specialità cliniche o discipline ospedaliere previste dal Piano sanitario provinciale o istituite da apposita deliberazione provinciale se previste e costituite successivamente.

Il campo è obbligatorio.

76. Modalità di uscita/dimissione (MOD DIM)

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

La codifica da utilizzare è la seguente:

1 = deceduto;

2 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente;

3 = dimissione ordinaria presso strutture extraospedaliere (RSA, case di riposo, centri di degenza, case protette,..);

4 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare;

5 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia rappresentato durante il ciclo programmato);

6 = trasferito ad altro istituto di cura pubblico o privato per acuti;

7 = trasferito ad altro reparto della stessa struttura;

8 = dimissione ordinaria ai reparti '56.01' o '60.01' o '60.02' o '75.01' ubicati all'interno della stessa struttura;

9 = dimissione ordinaria ai reparti '56.01' o '60.01' o '60.02' o '75.01' ubicati in altra struttura;

10 = dimissione ordinaria presso struttura di riabilitazione extraospedaliera in regime residenziale;

11 = dimissione ordinaria con attivazione dei servizi territoriali;

12 = trasferito ad altro regime di ricovero (da diurno ad ordinario o viceversa).

Il campo è obbligatorio.

Il codice 11 (dimissione ordinaria con attivazione dei servizi territoriali) deve essere utilizzato ogni qualvolta viene richiesta l'attivazione di un Servizio di Assistenza Domiciliare (ADI) o l'attivazione



dei servizi territoriali quali ad esempio il dipartimento di salute mentale, il Servizio per il recupero dei tossicodipendenti, il servizio infermieristico (ADP), o i centri di Neuropsichiatria Infantile, ecc..

Il codice 11 (dimissione ordinaria con attivazione dei servizi territoriali) va utilizzato anche se il paziente proviene da struttura protetta e ritorna, al termine del ricovero, nella stessa struttura di provenienza, con attivazione o ri-attivazione del regime di assistenza protetta.

Se il ricovero avviene in reparto 56.01, 60.01, 60.02 e 75.01 il campo MOD_DIM non può assumere codice 7.

77. Data ed ora di uscita dall'unità operativa (D DIMREP)

La data di uscita dall'unità operativa coincide con la data di dimissione dall'ospedale in assenza di trasferimenti.

Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre, la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ogni anno.

In caso di uscita del paziente dal reparto per trasferimento ad altra unità operativa interna va sempre riportata la data di trasferimento nella forma: ggmmaaaahhmm.

Il campo è obbligatorio.

78. Data ed ora di dimissione o morte (D DIMOSP)

La data di dimissione, o di morte, del paziente va sempre riportata nella forma: ggmmaaaahhmm.

Nel caso di ricovero in regime diurno, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso presso la struttura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre, la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno.

Il campo è obbligatorio.

79. Diagnosi principale di dimissione dall'ospedale (DIAG OSP)

La diagnosi principale di dimissione dall'ospedale deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di reparto e correttamente codificata utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso). Nel caso non si verificano trasferimenti interni la diagnosi principale di reparto deve coincidere con la diagnosi principale di dimissione dall'ospedale.

Essa è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che è risultata essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

Nel caso si verificano trasferimenti interni la diagnosi principale di dimissione deve essere identificata secondo le regole di codifica provinciali. La diagnosi identificata deve essere una delle diagnosi presenti nelle varie schede di reparto

Se la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con “spazio”. *Il campo è obbligatorio.*



80. Diagnosi secondaria/concomitante (da 1 a 5) di dimissione dall'ospedale (CDIAG1 O / CDIAG2 O / CDIAG3 O / CDIAG4 O / CDIAG5 O)

L'eventuale diagnosi concomitante di dimissione (da una a massimo cinque) va compilata dal medico che dimette il paziente e va identificata secondo le regole di codifica provinciali.

Le diagnosi concomitanti (o secondarie) di dimissione da reparto sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate.

L'eventuale diagnosi concomitante di reparto va codificata utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della "International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification", versione correntemente in uso).

In ogni caso la diagnosi identificata deve essere una delle diagnosi presenti nelle varie schede di reparto indipendentemente dalla posizione.

Se la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con "spazio".

Il campo non è obbligatorio.

81. Data dell'intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale (DINTCP O)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento chirurgico principale di dimissione, secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

Il campo è obbligatorio in presenza di intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale.

Il campo non è obbligatorio.

82. Ora di inizio dell'intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale (HINTCP O)

Deve essere riportata l'ora dell'inizio dell'intervento principale, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione (così come definito dalla circolare del Ministero della sanità n. 900.2 / 2.7 / 117 del 14.03.1996). 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 di dimissione"

Il campo è obbligatorio in presenza di intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale, solo per procedure del gruppo IV della Classificazione AHRQ.

83. Intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale (CINTCP O)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale utilizzando i codici a quattro caratteri riportati nella Classificazione internazio-



nale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso).

Nel caso si verifichino trasferimenti interni l'intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale deve essere identificato secondo le regole di codifica provinciali. L'intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale identificato deve essere uno di quelli principali presenti nelle varie schede di reparto.

Poiché attualmente la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con “spazio”.

Il campo è obbligatorio in presenza della data dell'intervento chirurgico principale/procedura di dimissione da ospedale.

Il campo non è obbligatorio.

84. Data e Ora di inizio dell'altro intervento chirurgico (o procedura o parto) - da 1 a 10 - di dimissione dall'ospedale (HINTC1 O / HINTC2 O / HINTC3 O... / HINTC10 O)

Deve essere riportata l'ora dell'inizio dell'altro intervento chirurgico (o procedura o parto) – da 1 a 10 - di dimissione dall'ospedale, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione (così come definito dalla circolare del Ministero della sanità n. 900.2 / 2.7 / 117 del 14.03.1996). Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l'ora di inizio della procedura riportata nel campo “Intervento chirurgico secondario 1”

Il campo è obbligatorio in presenza di altro intervento chirurgico secondario corrispondente da 1 a 10 (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale. E' obbligatorio solamente per le procedure terapeutiche maggiori del gruppo IV. della classificazione AHRQ.

Il campo non è obbligatorio.

85. Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) – da 1 a 10 - di dimissione dall'ospedale (CINTC1 O / CINTC2 O / CINTC3 O / ... / CINTC10 O)

Deve essere riportato il codice di altro intervento chirurgico (o procedura o parto) - da 1 a 10 - di dimissione dall'ospedale utilizzando i codici a quattro caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, versione correntemente in uso).

Nel caso si verifichino trasferimenti interni l'intervento deve essere identificato secondo le regole di codifica provinciali.

Poiché attualmente la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con “spazio”.

Il campo non è obbligatorio.

86. Riscontro autoptico (R AUTOPT)

Il riscontro autoptico individua i casi nei quali sia stata effettuata l'autopsia.



Il codice, ad un carattere, deve essere utilizzato solo se la modalità di dimissione è “deceduto” (codice 1 alla variabile (75), “modalità di uscita/dimissione”), secondo la seguente codifica:

1 = sì, riscontro autoptico effettuato;

2 = no, riscontro autoptico non effettuato.

Il campo è obbligatorio per i deceduti.

87. Tipo di medico proponente il ricovero (TIP PROP)

Identifica la tipologia del medico che ha proposto il ricovero.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = medico di base;

2 = medico ospedaliero / della struttura di ricovero;

3 = medico specialista ambulatoriale convenzionato;

4 = medico fuori Provincia.

Il campo è obbligatorio nel caso il “Tipo di ricovero” sia un ricovero programmato, non urgente oppure un ricovero programmato con preospedalizzazione.

88. Codice del medico proponente il ricovero (MED PROP)

Identifica il medico di base o dello specialista ambulatoriale convenzionato operante nel territorio della Provincia che ha proposto il ricovero.

Per i medici di base o specialisti ambulatoriali convenzionati deve essere indicato il codice a 4 cifre provinciale identificativo del medico.

Il campo è obbligatorio per i ricoveri proposti dal medico di base o dallo specialista convenzionato.

89. Giornate di degenza derogate (GGDEROGA)

Tale campo verrà utilizzato in tutti quei casi di ricovero in reparto di riabilitazione post-acuzie o lungodegenza post-acuzie in cui verrà ammessa una deroga all’abbattimento tariffario previsto per tale tipologia di ricoveri dopo la soglia.

Per la riabilitazione sono state stabilite soglie diverse per MDC, mentre per la lungodegenza la soglia è indifferenziata ed è pari a 60 giorni.

Ad esempio: nel caso di ricoveri di 75 giorni nel reparto lungodegenza post-acuzie i primi 60 giorni vengono valorizzati a tariffa intera, invece i successivi ad una tariffa abbattuta. Indicando nel campo in oggetto il numero “10” (10 giornate), i primi 60 giorni continueranno ad essere valorizzati a tariffa piena, i successivi 10 giorni saranno valorizzati a tariffa intera e 5 giorni a tariffa abbattuta.

Il numero delle “giornate di degenza derogate” (cioè quelle per cui è prevista la deroga all’abbattimento tariffario), sommato ai primi 60 giorni e ad eventuali altre giornate di degenza abbattute, non può mai superare il totale delle giornate di ricovero del paziente.

Il campo non è obbligatorio.

90. Peso alla nascita (PESO)

Indica il peso rilevato al momento della nascita e riportato nella SDO relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita. Va rilevato il peso in grammi. *Il campo è obbligatorio per i nati nell’ospedale.*



91. Data di prenotazione del ricovero (D PRENOT)

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 d'attesa. Per la raccolta di tale informazione dovrà essere attivo un sistema di gestione delle liste d'attesa per i ricoveri ospedalieri programmati e delle prenotazioni dei ricoveri⁴.

Il campo è obbligatorio per i ricoveri ordinari non urgenti e per i ricoveri in regime diurno.

92. Tipo esenzione (TP ESENZ)

Campo attualmente da non valorizzare (Deliberazione della G.P. n. 2545 del 14.07.2008)

93. Codice esenzione (CD ESENZ)

Campo attualmente da non valorizzare (Deliberazione della G.P. n. 2545 del 14.07.2008)

94. Importo del ticket di ricovero (I TICKET)

Campo attualmente da non valorizzare (Deliberazione della G.P. n. 2545 del 14.07.2008)

95. Classe (CLASSE)

Indica se vi sono spese a carico del paziente per la differenza alberghiera.

Le spese possono riguardare tutto il ricovero (il ricovero avviene completamente in classe) o parte dello stesso (solo alcune giornate avvengono in classe).

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = sì;

2 = no.

Il campo è obbligatorio.

96. Giornate in classe (GGCLASSE)

Indica quante giornate complessivamente il paziente ha trascorso in classe.

Il campo è obbligatorio per i ricoveri in classe.

97. Classe di priorità (CL PRIORITA)

Indica la classificazione nazionale delle classi di priorità per i pazienti in lista d'attesa per un intervento chirurgico di elezione, secondo i criteri definiti dall'Advisory Committee on Elective Surgery.

⁴ Legge 23/12/94 n. 724, articolo 3, comma 8 ... "Ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, le Unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prenotazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari..."



La stessa classificazione può essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico. I codici da utilizzare sono i seguenti:

Classe 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. In tale classe sono compresi gli interventi chirurgici per patologia oncologica e i ricoveri per trattamenti radio/chemioterapici;

Classe 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;

Classe 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;

Classe D: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Il campo è obbligatorio per i ricoveri non urgenti.

98. Classe ASA (CL ASA)

La classe ASA (American Society of Anesthesiologists) individua l'indice di gravità del paziente e pertanto valuta il rischio anestesilogico. I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = ASA I - paziente sano;

2 = ASA II - presenza di una lieve malattia sistemica senza nessuna limitazione funzionale (bronchite cronica, obesità moderata, diabete ben controllato, infarto miocardico di vecchia data, ipertensione moderata);

3 = ASA III - presenza di una malattia sistemica grave con limitazione funzionale di grado moderato (angina pectoris ben controllata dalla terapia, diabete insulinodipendente, obesità patologica, insufficienza respiratoria moderata);

4 = ASA IV - presenza di una malattia sistemica grave che costituisce un pericolo costante per la sopravvivenza (insufficienza cardiaca severa, angina pectoris "instabile" poco sensibile al trattamento, insufficienza respiratoria, renale, epatica od endocrina di grado avanzato);

5 = ASA V - paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita per 24 ore, con o senza l'intervento chirurgico (shock da rottura di aneurisma, politraumatizzato grave).

Il campo è obbligatorio per i ricoveri con codice "Visita anestesilogica".

99. Pianificazione della dimissione (DIM PROT)⁵

Indica l'attuazione di una dimissione pianificata. Per dimissione pianificata si intende la definizione ed attuazione di un piano di dimissione concordato di assistenza post-ricovero allo scopo di garantire un'assistenza adeguata dal punto di vista infermieristico, medico e sociale nella fase immediata di post-ricovero. I codici da utilizzare sono i seguenti:

⁵ L'inserimento delle variabili 110 e 111 rientrano nelle modifiche suggerite dalla Circolare ministeriale di raccomandazioni del 23.10.2008, a cui è seguita la deliberazione della G.P. n. 4828 del 15.12.2008 "Approvazione dei criteri minimi per la continuità assistenziale".



1 = sì;

2 = no.

Il campo è obbligatorio per i ricoveri ordinari con dimissione ordinaria al domicilio del paziente, dimissione ordinaria presso strutture extraospedaliere, dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare, dimissione volontaria, trasferimento ad altro istituto di cura pubblico o privato per acuti, dimissione ordinaria ai reparti '56.00' o '60.00' o '60.01' o '60.02' o '75.00' ubicati all'interno della stessa struttura, dimissione ordinaria ai reparti '56.00' o '60.00' o '60.01' o '60.02' o '75.00' ubicati in altra struttura, dimissione ordinaria presso struttura di riabilitazione extraospedaliera in regime residenziale e attivazione di ADI.

100. Grado di necessità di supporto post-ricovero (GRADO DIM PROT)

Indica il grado di necessità di supporto post-ricovero in caso di dimissione pianificata.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = grado di supporto leggero;

2 = grado di supporto contenuto;

3 = grado di supporto complesso.

Il campo è obbligatorio per i ricoveri con "Pianificazione della dimissione".

101. Causa esterna (CAU EST)

Deve essere riportata la causa esterna dei traumatismi, degli avvelenamenti e di altri effetti avversi, quando il ricovero è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione. La causa va correttamente codificata utilizzando i codici E "Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (E800-E999) a cinque caratteri riportati nella Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della "International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification").

Questi codici non possono mai essere utilizzati nei campi relativi alle diagnosi o interventi/procedure.

Se la lunghezza del codice è inferiore a 5 caratteri, i rimanenti caratteri non significativi devono essere valorizzati con "spazio".

Il campo è obbligatorio, se è compilata la variabile "Traumatismi e intossicazioni".

102. Visita anestesiologicala (VISITA ANEST)

Deve essere indicato se il ricovero prevede una visita anestesiologicala.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = sì;

2 = no.

Il campo è obbligatorio.

103. Unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione relativa a intervento chirurgico principale di reparto (REP ST INCPR)



Deve essere riportata l'unità operativa / reparto della struttura esterna – qualora l'intervento principale di reparto sia stato eseguito presso una struttura esterna – della struttura stessa presso cui è stato effettuato l'intervento principale di reparto.

Il codice da utilizzare per le unità operative di ammissione delle struttura di ricovero italiane, provinciali ed extraprovinciali, corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12 (Codici Ministero della Sanità del D.M. 19/03/88). I primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.

In caso di struttura di ricovero austriaca, va codificata con utilizzo codice previsto dall'anagrafe delle strutture di ricovero e reparti convenzionati austriaci.

Il campo è obbligatorio in caso di campi SINTCPR (Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione intervento chirurgico principale di reparto) e CSINTCPR (Codice della struttura esterna) compilati.

104. Data e ora di trasferimento a struttura erogatrice esterna della prestazione relativa a intervento chirurgico principale di reparto (D TR ST INTCPR)

Deve essere riportata la data e l'ora in cui è avvenuto il trasferimento all'unità operativa / reparto della struttura esterna – qualora l'intervento principale di reparto sia stato eseguito presso una struttura esterna.

Il campo è obbligatorio in caso di campi SINTCPR (Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione intervento chirurgico principale di reparto) e CSINTCPR (Codice della struttura esterna) compilati.

105. Data e ora di rientro dalla struttura erogatrice esterna della prestazione relativa a intervento chirurgico principale di reparto (D RIENTRO INTCPR)

Deve essere riportata la data e l'ora in cui è avvenuto il rientro dall'unità operativa / reparto della struttura esterna – qualora l'intervento principale di reparto sia stato eseguito presso una struttura esterna.

Il campo è obbligatorio in caso di campi SINTCPR (Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione intervento chirurgico principale di reparto) e CSINTCPR (Codice della struttura esterna) compilati.

106. Unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione relativa ad altro intervento chirurgico di reparto da 1 a 5 (REP ST INC1R - ... - REP ST INC5R)

Deve essere riportata l'unità operativa / reparto della struttura esterna – qualora l'altro intervento chirurgico secondario (da 1 a 5) di reparto sia stato eseguito presso una struttura esterna – della struttura stessa presso cui è stato effettuato l'altro intervento chirurgico secondario (da 1 a 5) di reparto.

Il codice da utilizzare per le unità operative di ammissione delle struttura di ricovero italiane, provinciali ed extraprovinciali, corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende



ospedaliera ed in particolare nel modello HSP.12 (Codici Ministero della Sanità del D.M. 19/03/88). I primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.

In caso di struttura di ricovero austriaca, va codificata con utilizzo codice previsto dall'anagrafe delle strutture di ricovero e reparti convenzionati austriaci.

Il campo è obbligatorio in caso di compilazione corrispettiva dei campi SINTCxR (Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione intervento chirurgico secondario da 1 a 5 di reparto) e CSINTCxR (Codice della struttura esterna da 1 a 5).

107. Data e ora di trasferimento a struttura erogatrice esterna della prestazione relativa a altro intervento chirurgico – da 1 a 5 - di reparto (D TR ST INTC1R - ... - D TR ST INTC5R)

Deve essere riportata la data e l'ora in cui è avvenuto il trasferimento all'unità operativa / reparto della struttura esterna – qualora l'altro intervento chirurgico da 1 a 5 di reparto sia stato eseguito presso una struttura esterna.

Il campo è obbligatorio in caso di compilazione dei campi SINTCxR (Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione intervento chirurgico secondario da 1 a 5 di reparto) e CSINTCxR (Codice della struttura esterna da 1 a 5).

108. Data e ora di rientro dalla struttura erogatrice esterna della prestazione relativa a altro intervento chirurgico – da 1 a 5 - di reparto (D RIENTRO INTC1R - ... - D RIENTRO INTC5R)

Deve essere riportata la data e l'ora in cui è avvenuto il rientro dall'unità operativa / reparto della struttura esterna – qualora l'altro intervento chirurgico da 1 a 5 di reparto sia stato eseguito presso una struttura esterna.

Il campo è obbligatorio in caso di compilazione dei campi SINTCxR (Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione intervento chirurgico secondario da 1 a 5 di reparto) e CSINTCxR (Codice della struttura esterna da 1 a 5).

109. Codice diagnosi principale di dimissione ospedale presente al ricovero (DIAG OSP PRES)

Indica se la diagnosi principale rilevata alla di 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.

Va compilata con:

0 = No,

1 = Sí.

Il campo è obbligatorio



110. Lateralità diagnosi principale di dimissione ospedale (DIAG OSP LAT)

Ove applicabile, specificare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro o al lato sinistro, oppure è bilaterale. Va compilata con:

- 1 = Destra,
- 2 = Sinistra,
- 3 = Bilaterale.

Obbligatorio se DIAG_OSP è compilato e appartiene ad elenco delle diagnosi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018.

111. Codice diagnosi concomitante / secondario di dimissione ospedale (da 1 a 5) presente al ricovero (CDIAG1 O PRES / CDIAG2 O PRES / CDIAG3 O PRES / CDIAG4 O PRES / CDIAG5 O PRES)

Indica se la diagnosi concomitante 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.

I campi vanno compilati con:

- 0 = No,
- 1 = Sí.

Campo è obbligatorio se i rispettivi campi CDIAG1_O fino a CDIAG5_O (diagnosi concomitante di dimissione da ospedale da 1 a 5) sono compilati

112. Lateralità diagnosi concomitante (da 1 a 5) di dimissione ospedale (CDIAG1 O LAT / CDIAG2 O LAT / CDIAG3 O LAT / CDIAG4 O LAT / CDIAG5 O LAT)

Ove applicabile, specificare se la diagnosi concomitante rilevata alla dimissione si riferisce al lato destro o al lato sinistro, oppure è bilaterale. Va compilata con:

- 1 = Destra,
- 2 = Sinistra,
- 3 = Bilaterale.

Obbligatorio se i corrispettivi campi CDIAG1_O fino a CDIAG5_O sono compilati e i cui valori appartengono ad elenco delle diagnosi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018.

113. Identificativo Chirurgo 1 dell'intervento principale di dimissione da ospedale (ID1 CHIR INTCP O)

È possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio. Questa variabile individua il primo chirurgo responsabile dell'intervento principale..

Va compilato con il codice fiscale del primo chirurgo responsabile dell'intervento principale.

Il campo è obbligatorio se CINTCP_O (codice intervento chirurgico principale di dimissione) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.



114. Identificativo Chirurgo 2 dell'intervento principale di dimissione da ospedale (ID2 CHIR INTCP O)

È possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio. Questa variabile individua il secondo chirurgo responsabile dell'intervento principale.

Va compilato con il codice fiscale del secondo chirurgo responsabile dell'intervento principale.

Il campo non è obbligatorio.

115. Identificativo Chirurgo 3 dell'intervento principale di dimissione da ospedale (ID3 CHIR INTCP O)

È possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio. Questa variabile individua il terzo chirurgo responsabile dell'intervento principale.

Va compilato con il codice fiscale del terzo chirurgo responsabile dell'intervento principale.

Il campo non è obbligatorio.

116. Identificativo Anestesista dell'intervento principale di dimissione da ospedale (ID ANEST INTCP O)

Individua l'anestesista dell'intervento principale.

Va compilato con il codice fiscale dell'anestesista dell'intervento principale.

Il campo è obbligatorio se CINTCP_O (codice intervento chirurgico principale di dimissione) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.

117. Check list sala operatoria intervento principale di dimissione da ospedale (CHECK LIST INTCP O)

Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria⁶.

Il campo è obbligatorio se CINTCP_O (codice intervento chirurgico principale di dimissione) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.

118. Lateralità dell'intervento principale di dimissione da ospedale (LAT INTCP O)

Ove applicabile specificare se l'intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.

Obbligatorio se INTCP_O è compilato e appartiene ad elenco degli interventi/procedure per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018.

⁶ 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.



119. Identificativo Chirurgo 1 dell'altro intervento chirurgico – da 1 a 10 - di dimissione da ospedale (ID1 CHIR CINTC1 O / ID1 CHIR CINTC2 O / ID1 CHIR CINTC3 O / ... / ID1 CHIR CINTC10 O)

È possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio. Questa variabile individua il primo chirurgo responsabile dell'altro intervento chirurgico – da 1 a 10 - di dimissione.

Va compilato con il codice fiscale del primo chirurgo responsabile dell'altro intervento chirurgico corrispondente.

Il campo è obbligatorio se i rispettivi campi CINTC1_O fino a CINTC10_O (codice altro intervento chirurgico da 1 a 10 di dimissione) sono compilati e contengono codice relativo a procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ.

120. Identificativo Chirurgo 2 dell'altro intervento chirurgico – da 1 a 10 - di dimissione da ospedale (ID2 CHIR CINTC1 O / ID2 CHIR CINTC2 O / ID2 CHIR CINTC3 O / ... / ID2 CHIR CINTC10 O)

È possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio. Questa variabile individua il secondo chirurgo responsabile dell'altro intervento chirurgico – da 1 a 10 - di dimissione.

Va compilato con il codice fiscale del secondo chirurgo responsabile dell'altro intervento chirurgico corrispondente.

Il campo non è obbligatorio.

121. Identificativo Chirurgo 3 dell'altro intervento chirurgico – da 1 a 10 - di dimissione da ospedale (ID3 CHIR CINTC1 O / ID3 CHIR CINTC2 O / ID3 CHIR CINTC3 O / ... / ID3 CHIR CINTC10 O)

È possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio. Questa variabile individua il terzo chirurgo responsabile dell'altro intervento chirurgico – da 1 a 10 - di dimissione.

Va compilato con il codice fiscale del terzo chirurgo responsabile dell'altro intervento chirurgico corrispondente.

Il campo non è obbligatorio.

122. Identificativo Anestesista dell'altro intervento chirurgico – da 1 a 10 - di dimissione da ospedale (ID ANEST CINTC1 O / ID ANEST CINTC2 O / ... ID ANEST CINTC10 O)

Individua l'anestesista dell'altro intervento chirurgico – da 1 a 10 - di dimissione.

Va compilato con il codice fiscale dell'anestesista.

Il campo è obbligatorio se i rispettivi campi CINTC1_O fino a CINTC10_O (codice altro intervento chirurgico da 1 a 10 di dimissione) sono compilati e contengono codice relativo a procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ.



123. Check list sala operatoria altro intervento chirurgico – da 1 a 10 - di dimissione da ospedale (CHECK LIST CINTC1 O / CHECK LIST CINTC2 O / CHECK LIST CINTC3 O / ... / CHECK LIST CINTC10 O)

Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria.

Il campo è obbligatorio se i rispettivi campi CINTC1_O fino a CINTC10_O (codice altro intervento chirurgico da 1 a 10 di dimissione) sono compilati e contengono codice relativo a procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ.

124. Lateralità dell' altro intervento chirurgico – da 1 a 10 - di dimissione da ospedale (LAT CINTC1 O / LAT CINTC2 O / LAT CINTC3 O / ... / LAT CINTC10 O)

Ove applicabile specificare se l'intervento secondario – da 1 a 10 - si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.

Obbligatorio se campi CINTC1_O fino a CINTC10_O sono compilati e i cui valori appartengono ad elenco degli interventi/procedure per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018.

125. Rilevazione del dolore (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.

Va compilato con:

0 = No,

1 = Sì.

Il campo è obbligatorio

126. Stadiazione condensata della Diagnosi principale di dimissione (STAD COND DIAG OSP)

Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale.

Va quindi compilata in presenza di diagnosi principale codificata con codici ICD-9-CM 140.0 fino a 190.0 e 193 fino a 199.1.

Va utilizzata la seguente codifica:

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



127. Stadiazione condensata della diagnosi secondaria / concomitante (da 1 a 5) di dimissione ospedale (STAD COND DIAG1 O / STAD COND DIAG2 O / STAD COND DIAG3 O / STAD COND DIAG4 O / STAD COND DIAG5 O)

Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi concomitante (da 1 a 5) di dimissione ospedale.

Se valorizzato, si verifica compilazione in presenza di diagnosi concomitante codificata con codici ICD-9-CM 140.0 fino a 190.0 e 193 fino a 199.1.

Va utilizzata la seguente codifica:

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

Il campo non è obbligatorio.

128. Pressione arteriosa sistolica (PRESS ART)

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.

Il campo dev'essere compilato solo se in qualsiasi campo di diagnosi (principale o secondarie) è riportato il codice dell'infarto acuto del miocardio (codice ICD-9-CM 410.xx)

Il campo non è obbligatorio.

129. Creatinina serica (CREAT)

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

Deve essere compilato solo per casistica di ricoveri per acuti, per pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni, e nei seguenti casi:

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);

2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx);

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).

Il campo non è obbligatorio.

130. Frazione di eiezione (FRAZ EI)



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

Il campo deve essere compilato solo per gli interventi chirurgici principali o se-condari di by-pass aorto-coronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o per quelli sulle val-vole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x).

Il campo non è obbligatorio.



7. NEONATO SANO

Con riferimento alla deliberazione della G.P. n. 6337 del 01.12.1997, emanata in applicazione del D.M. 30 giugno 1997 “Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al D.M. del 14 dicembre 1994”, è stato stabilito l'estensione dell'obbligo di compilazione della scheda di dimissione ospedaliera anche ai neonati sani ospitati nel nido.

Per il neonato sano il reparto di ammissione e di assistenza è il nido (codice “31.00”), indipendentemente dal fatto che il nido sia funzionalmente legato ad una divisione di Pediatria o di Ostetricia.

L'identificazione certa del neonato è indispensabile per la validità della scheda di dimissione ospedaliera anche ai fini della compensazione intra ed extraprovinciale.

Per ogni nato deve essere compilata una S.D.O..

È obbligatoria l'indicazione della data di nascita del neonato.

Il Comune di residenza del neonato è quello della madre.

È obbligatoria, in base al decreto del 26 luglio 1993, nel caso di ricovero per parto, la segnalazione dell'esito secondo il codice V27._ che ne segnala l'esito della sezione “*Persone che ricorrono ai servizi sanitari in circostanze connesse alla riproduzione e allo sviluppo*” della Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (codici V) allegata alla classificazione ICD-9 CM versione 2007.

8. CODIFICA DELLE DIAGNOSI E DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE

La codifica delle diagnosi e degli interventi deve avvenire attraverso l'utilizzo della Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 2007 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification).

La scelta dei codici si deve basare sulle regole di codifica delle diagnosi e degli interventi contenuti nella versione corrente delle Linee guida per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Esse vengono deliberate dalla Giunta provinciale⁷. Nell'elaborazione delle Linee guida sono state considerate le esperienze già realizzate a livello nazionale.

⁷ La versione corrente – al momento della stesura delle presenti Linee guida – corrisponde alla quinta edizione delle Linee guida per la selezione e la codifica delle variabili cliniche nella SDO provinciale, approvata con deliberazione della G.P. n. 561 del 04.04.2011

9. TRASMISSIONE DEI DATI

9.1. TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA

Gli Istituti soggetti all'invio della S.D.O. alla Provincia sono:

- gli istituti di ricovero pubblici che effettuano attività di ricovero per acuti e per post-acuti;
- gli istituti di ricovero privati che effettuano attività di ricovero in regime di convenzione con l'Azienda sanitaria, sia per acuti che per post-acuti;
- gli istituti di ricovero privati che effettuano attività di ricovero per acuti e per post-acuti, anche se non in regime di convenzione con l'Azienda Sanitaria, ma in regime di assistenza indiretta per il paziente.

Tutti i dati relativi a ciascun ricovero devono essere inviati alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. secondo il tracciato descritto nell'Allegato 1, in modo che i dati possano essere controllati.

I dati da trasmettere alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. devono essere contenuti in due archivi disgiunti:

- il primo contenente i dati anagrafici (Tracciato A),
- il secondo, i dati clinici (Tracciato B).

Il collegamento dei due archivi è garantito da variabili chiave, quali il codice nosografico, il codice dell'istituto, il numero della scheda del reparto e il codice sanitario individuale.

I dati, prima di essere caricati nella banca dati provinciale, vengono sottoposti ad una procedura di controllo logico formale secondo quanto previsto nell'Allegato 4 delle presenti Linee guida.

I dati risultanti errati al controllo, non vengono caricati nella banca dati provinciale finché non vengono corretti dall'Azienda.

L'ultimo invio di dati da parte dei comprensori sanitari e di tutte le strutture private di ricovero viene considerato quello valido.

Sulla base del Decreto del Ministero della Salute n. 261 del 7.12.2016, e considerati i tempi tecnici utili all'Assessorato per effettuare i controlli ed eventuali controdeduzioni sui dati inviati, sono stati stabiliti i seguenti termini di invio per l'Azienda sanitaria:

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

La chiusura della cartella clinica e della relativa S.D.O. deve avvenire non appena possibile e comunque entro i termini indicati per l'invio.



Se un ricovero giungerà “fuori tempo massimo”:

- viene data comunicazione attraverso un codice errore;
- il ricovero non entrerà più nella banca dati SDO provinciale;
- non viene considerato per il calcolo e la gestione della mobilità;

Restano valide comunque le disposizioni di inviare eventuali correzioni ai dati, anche dopo il rispettivo termine.

Il CED aziendale dovrà inviare sempre e comunque tutti i dati, anche dopo il termine. Ciò allo scopo di verificare e monitorare eventuali disallineamenti tra gli archivi provinciali ed aziendali.

La modalità di spedizione dei dati alla Provincia avviene attraverso l'utilizzo del servizio Web accessibile al seguente URL:

<https://www.sis.bz.it/apps/newsdoupload> .

Questo servizio, attivo ed accessibile dagli utenti all'interno della Rete Sanitaria, prevede 2 tipologie di utenza riservate agli enti invianti:

- Utente di tipo CED Azienda Sanitaria: in grado di caricare i dati, accedere ai logfile di errore, richiedere l'import della spedizione (limitatamente ai soli dati corretti) negli archivi definitivi provinciali, oppure la sua cancellazione
- Utente di tipo “Casa di Cura”: in grado di caricare i dati, accedere ai logfile di errore e richiedere la cancellazione della spedizione. NB: per far importare i dati negli archivi definitivi provinciali, le Case di Cura dovranno inviare i dati ai CED aziendali di competenza. Le modalità di invio sono regolate da accordi specifici CED-Casa di Cura. I CED tratteranno poi queste spedizioni come se fossero invii propri (invio, verifica errori, opzione di cancellazione o richiesta import in definitivo)

Questa è la sola modalità di invio dati accettata dalla Provincia (attraverso SIAG). In nessun caso verranno accolti e/o elaborate spedizioni inviate con modalità diverse (mail, FTP o altro)⁸.

9.2. CANCELLAZIONE DI UN RICOVERO PRESENTE NEGLI ARCHIVI DEFINITIVI

Qualora fosse necessario cancellare i dati di un ricovero già presenti negli archivi definitivi, l'Ente inviante dell'Ospedale/Casa di cura interessato dovrà far pervenire a SIAG richiesta scritta (attraverso mail o altro mezzo equivalente). SIAG chiederà autorizzazione ad Osservatorio Epidemiologico e, in caso di parere positivo, procederà alla cancellazione del dato.

9.3. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO

La Provincia invia al Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione, i dati secondo il tracciato SDO nazionale previsto all'Allegato 3 delle presenti Specifiche tecniche, secondo le modalità e le tempistiche stabilite nell'ambito del NSIS.

⁸ Per dettagli tecnici inerenti il servizio Web di invio e controllo dei dati, per attivazione del servizio presso nuove postazioni o altro, si prega di fare riferimento al Servizio di supporto attivo presso SIAG.



10. ASSEGNAZIONE DRG E MODALITÀ DI TARIFFAZIONE DEI RICOVERI

10.1. RICOVERI PER ACUTI

Ogni singola scheda di dimissione contiene tutte le informazioni richieste dal software di attribuzione (DRG-Grouper) per la determinazione automatica del Raggruppamento Omogeneo di diagnosi (ROD o DRG). Il sistema di classificazione DRG è per sua natura particolarmente idoneo per essere utilizzato come riferimento ai fini della remunerazione dell'attività ospedaliera per acuti, per specificare le prestazioni di ricovero alle quali attribuire tariffe predeterminate specifiche. Esso definisce definisce categorie di ricoveri omogenei rispetto alle risorse assorbite e ai costi complessivi dell'assistenza erogata.

Ad ogni ricovero-ospedale è attribuito un solo DRG-ospedale.

Il calcolo del DRG-ospedale e l'attribuzione della relativa tariffa avviene a livello provinciale.

Allo scopo di effettuare analisi epidemiologiche, valutazioni della casistica e della produzione a livello di reparto **per ogni ricovero-reparto** può essere attribuito anche **il DRG-reparto**. Esso rappresenta, similmente al DRG ospedale, il raggruppamento omogeneo rispetto alle risorse di reparto assorbite. Tuttavia, nel trattare i DRG-reparto, va tenuto sempre presente che sono casi originati da trasferimenti interni e pertanto il calcolo delle giornate di degenza, della produzione in termini equivalenti, del peso medio di un ricovero assumono significati differenti rispetto al DRG-ospedale.

Mediante l'attribuzione ad ogni singolo ricovero del relativo DRG, viene determinata la tariffa corrispondente.

Le tariffe delle prestazioni, differenziate con riguardo alla complessità organizzativa e funzionale dei vari enti erogatori, sono, infatti, specifiche per DRG.

Le tariffe sono determinate da appositi atti deliberativi della Giunta provinciale⁹ e prevedono modalità distinte di assegnazione tariffa in base a regime di ricovero e durata della degenza.

10.2. RICOVERI DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE (CODICE “56.xx”), DI NEURO-RIABILITAZIONE (CODICE “75.xx”) E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE (CODICE “60.xx”)

10.2.1. RIABILITAZIONE POST-ACUZIE (COD. 56.xx)

I ricoveri-ospedale di pazienti dimessi dal reparto di riabilitazione post-acuzie '56.xx' (sia in regime di ricovero ordinario che di degenza in day-hospital) sono remunerati secondo apposite tariffe per giornata di degenza definite per categoria diagnostica principale (MDC) differenziate con riguardo alla complessità organizzativa e funzionale dei vari enti erogatori secondo quanto stabilito dalla normativa in vigore.

⁹ La versione corrente del tariffario provinciale dei ricoveri per acuti – al momento della stesura delle presenti Linee guida – è determinato dalle Deliberazioni della Giunta provinciale n. 1039 del 04.07.2011 e n. 228 del 13.02.2012.



10.2.2. NEURORIABILITAZIONE (COD. 75.xx)

I ricoveri-ospedale di pazienti dimessi dal reparto di neuroriabilitazione '75.xx' (sia in regime di ricovero ordinario che di degenza in day-hospital) sono remunerati secondo apposite tariffe per giornata di degenza, secondo quanto stabilito dalla normativa in vigore.

10.2.3. LUNGODEGENZA POST-ACUZIE (COD. 60.xx)

I ricoveri-ospedale di pazienti dimessi dal reparto di lungodegenza post-acuzie '60.xx' sono remunerati a giornata di degenza differenziate con riguardo alla complessità organizzativa e funzionale dei vari enti erogatori, secondo quanto stabilito dalla normativa in vigore.

11. LA MOBILITÀ SANITARIA

E' stato realizzato a livello provinciale un sistema informativo per la gestione dei dati della mobilità interregionale passiva e attiva dei ricoveri.

La mobilità sanitaria attiva è relativa ai ricoveri di pazienti residenti nel resto d'Italia effettuati in strutture pubbliche provinciali e private accreditate e convenzionate dalla Provincia, viceversa la mobilità passiva è generata dai ricoveri dei residenti nella Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura pubblici e privati accreditati e convenzionati del resto d'Italia.

L'archivio provinciale dei ricoveri S.D.O. viene chiuso inderogabilmente entro il 10 febbraio dell'anno successivo.

Ai fini della mobilità sanitaria, solo i ricoveri, rilevati in modo completo e corretto a quella data vengono opportunamente tariffati.

Successivamente vengono estratti i record relativi a pazienti non residenti e vengono trasformati secondo il tracciato record della mobilità sanitaria definito, in sede di Conferenza Stato-Regioni, in modo da poter dar luogo alla compensazione interregionale.

Per quanto riguarda la mobilità sanitaria passiva ogni regione invia i dati dei ricoveri di pazienti residenti in Provincia effettuati nel resto d'Italia. Questi vengono caricati nell'archivio provinciale e sottoposti ad una serie di controlli allo scopo di identificare l'assistito e segnalare eventuali errori da contestare poi in sede di Conferenza Stato-Regioni.



ALLEGATI

Allegato 1: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI ALLA PROVINCIA

Allegato 2: TRACCIATO RECORD DELLA VISTA

Allegato 3: INVIO DEI DATI DELLA PROVINCIA AL MINISTERO DELLA SALUTE

**Allegato 4: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI (INVIO AS
verso PROVINCIA)**

**Allegato 5: NORMATIVA PROVINCIALE RELATIVA AD ASPETTI RIGUARDAN-
TI LA PROCEDURA INFORMATIVA S.D.O.**



ALLEGATO 1: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI ALLA PROVINCIA

TRACCIATO RECORD PER L'INVIO DATI ALLA PROVINCIA – INFORMAZIONI ANAGRAFICHE (ARCHIVIO 1)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
1	ISTITUTO	Istituto/presidio ospedaliero	AN	8	1	8	NN		DM 19/3/88, DM 6/9/88; DM 23/12/96 (i.e. BZ = 041001)
2	NOSOGRAF	Nosografico	AN	10	9	18	NN		AAAA+NNNNNN
3	NR_SCHED	Nr. scheda del reparto	N	8	19	26	NN		NNNNNNNN
4	COG	Cognome	AN	30	27	56	NN		
5	NOME	Nome	AN	20	57	76	NN		
6	NOMEA	Cognome acquisito	AN	20	77	96			
7	SESSO	Sesso	AN	1	97	97	NN	1, 2	1 = maschio 2 = femmina 9 = non definito
8	DNASCITA	Data di nascita	Data	8	98	105	NN		GGMMAAAA
9	COM_NASC	Comune di nascita	AN	6	106	111	NN		Codice comune ISTAT (i.e. Bolzano = 021008) Comune sconosciuto Italia: 999997 Straniero e paese sconosciuto: 999998 Sconosciuto: 999999
10	S_CIVILE	Stato civile	AN	1	112	112	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6	1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato Per i neonati indicare 1 o 6
11	COM_RES	Comune di residenza anagrafica	AN	6	113	118	NN		Codice comune ISTAT (i.e. Bolzano = 021008) Res. estero: 999+cod.stato Straniero e paese sconosciuto: 999998 Sconosciuto o senza fissa dimora: 999999 Comune sconosciuto Italia: 999997 Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.
12	C_CITT	Cittadinanza	AN	3	119	121	NN		Codice ISTAT a tre cifre al momento della dimissione



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
13	LIBRETTO	Codice sanitario individuale	AN	16	122	137			Obbligatorietà se TIPO_ID è uguale a 2 / 4 / 5 / 9 / Z Se compilato, verifica della presenza in banca dati anagrafica assistibili.
14	FISCALE	Codice fiscale	AN	16	138	153			DA NON COMPILARE
15	REG_RES	Regione di residenza	AN	3	154	156	NN		Per gli stranieri residenti all'estero codice ISTAT del paese estero. Se sconosciuta = 999 Codici DM 17/09/86
16	ASL_RES	Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di residenza	AN	3	157	159	NN		Il campo è obbligatorio. Per pazienti con comune di residenza sconosciuto o anonimo: 999 Se sconosciuta = 999 Per i residenti all'estero = 999
17	REG_ASS	Regione di assistenza	AN	3	160	162			Codici DM 17/09/86 Non compilare per i residenti all'estero Se sconosciuta = 999 Se residente in Italia, ma assicurato all'estero = 999
18	ASL_ASS	Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di iscrizione	AN	3	163	165			Se residente in Italia, ma assicurato all'estero = 997 Codici DM 17/09/86
19	RES_EST	Residenza estera	AN	25	166	190			
20	CAS_EST	Cassa malati estera	AN	40	191	230			
21	I_CASEST	Indirizzo cassa malati estera	AN	40	231	270			
22	C_CASEST	CAP cassa malati estera	AN	10	271	280			
23	TIPO_ID	Tipo di identificativo utente	AN	1	281	281	NN	1, 2, 3, 4, 9, Z	1 = codice fiscale 2 = STP (straniero temporaneamente presente) 3 = AA (anonimo) 4 = TEAM (codice personale della TEAM) 9 = ENI (cittadini della Unione Europea, privi di TEAM e di residenza, non iscrivibili al SSN) Z = Altro



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
24	COD_ID	Codice identificativo utente	AN	20	282	301	NN		○ Codice fiscale per pazienti residenti in Italia e assistiti SSN ○ Codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri composto da STP+codice regione +codice ASL+ progressivo ○ Codice fiscale per i neonati (non obbligatorio secondo LG nazionali) ○ Per i pazienti anonimi e per TIPO_ID = Z, inserire 20 "X" ○ Codice personale indicato sulla tessera TEAM per soggetti assicurati da istituzioni estere ○ Codice ENI (Europei Non Iscritti - cittadini della Unione Europea, privi di TEAM e di residenza, non iscrivibili al SSN)
25	N_TEAM	Numero di identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM)	AN	20	302	321			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM o residente a cassa estera
26	COD_IST	Nome istituzione competente TEAM	AN	15	322	336			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM o residente a cassa estera
27	DEN_IST	Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM	AN	30	337	366			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM o residente a cassa estera
28	ST_ESTERO	Stato che rilascia la TEAM	AN	2	367	368			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM o residente a cassa estera
29	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza previsto dalla TEAM	AN	4	369	372			Valorizzare solamente con E106 o E111 in base al tipo di assistenza, solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
30	DATA_SCAD	Data di scadenza della TEAM	data	8	373	380			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM o residente a cassa estera



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
31	TITOLO	Livello di istruzione (titolo di studio al momento del ricovero)	AN	1	381	381	NN	1, 2, 3, 4, 5, 9	0 = nessuno 1 = licenza elementare 2 = Diploma di scuola media inferiore 3 = Diploma di scuola media superiore 4 = Diploma universitario e Laurea breve 5 = Laurea o superiore 9 = non dichiarato
32	NOS_PUE	Nosografico puerpera	AN	10	382	391			Da compilare in caso di SDO relativa a evento nascita
33	PRES_COD_ID	Presenza codice identificativo dell'assistito in banca dati di verifica validità	N	1	392	393	NN	0; 1	0 = Codice identificativo valido (presente in Banca dati) 1 = Codice identificativo errato (non presente in Banca dati)

TRACCIATO RECORD PER L'INVIO DATI ALLA PROVINCIA – INFORMAZIONI CLINICHE (ARCHIVIO 2)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
1	ISTITUTO	Istituto/presidio ospedaliero	AN	8	1	8	NN		DM 19/3/88, DM 6/9/88, DM 23/12/96 (i.e. BZ = 041001)
2	NOSOGRF	Nosografico	AN	10	9	18	NN		AAAA+NNNNNN
3	NR_SCHED	Nr. Scheda del reparto	N	8	19	26	NN		NNNNNNNN
34	REGRIC	Regime di ricovero	AN	1	27	27	NN	1, 2,	1 = ordinario 2 = diurno
35	D_RICOSP	Data ed ora ricovero osp.	Data	12	28	39	NN		GGMMAAAAHHMM



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
36	REP_AMM	Unità operativa di ammissione	AN	4	40	43	NN		UO presso la quale il paziente viene ricoverato al momento dell'accettazione. Il codice corrisponde ai primi 4 caratteri utilizzati per identificare l'UO nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle UUSLL e della AOO ed in particolare nel modello HSP.12: i primi 2 caratteri identificano specialità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri 2 caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta UO nell'ambito della stessa disciplina. Per le case di cura private vanno utilizzati i codici del modello HSP13: i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00".
37	REP_LUNG	Unità operativa di ricovero fisico per lung. post acuta	AN	4	44	47			Il codice corrisponde ai primi 4 caratteri utilizzati per identificare l'UO nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle UUSLL e della AOO ed in particolare nel modello HSP.12: i primi 2 caratteri identificano specialità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri 2 caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta UO nell'ambito della stessa disciplina
38	ONER_DEG	Onere della degenza	AN	1	48	48	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, A	1 = SSN 2 = SSN+diff. alberghiera 3 = rimborso 4 = solvente 5 = libera prof. 6 = libera prof.+diff.alberghiera 7 = stranieri paesi convenz. 8 = stranieri + dich. indig. 9 = altro A = Ministero Interno



Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
39	PROVENIE	Provenienza	AN	1	49	49	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 0, S, O, A	1 = Ricovero al momento della nascita 2 = Pronto soccorso 3 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico 4 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura 5 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico 6 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato 7 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato 8 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura 9 = Carcere 0 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) S = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso O = provenienza OBI A = Altro
40	TIPO_RIC	Tipo di ricovero	AN	1	50	50	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	1 = programmato, non urgente 2 = urgente 3 = TSO 4 = TSV 5 = programm.+preosp. 6 = neonato sano 7 = ricovero per parto non urgente
41	MOTIV_DH	Motivo del ricovero in regime diurno	AN	1	51	51		1, 2, 3, 4	Obbligatorio se REGRIC = 2: 1 = diagnostico 2 = chirurgico 3 = terapeutico 4 = riabilitativo
42	D_RICREP	Data ed ora ricovero nell'unità operativa	Data	12	52	63	NN		GGMMAAAHHMM



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
43	GGPERM	Giorni di permesso	N	2	64	65			Da indicare per ogni reparto
44	TRAUMATI	Traumatismi e intossicazioni	AN	1	66	66		1, 2, 3, 4, 5, 6, 9	1 = lavoro 2 = domestico 3 = incid.stradale 4 = violenza altrui 5 = autolesione 6 = incidente sportivo 9 = altro
45	DIAG_REP	Cod. diagn. principale reparto	AN	5	67	71	NN		(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
46	C_DIAG1	Cod. diagn. concom. 1 reparto	AN	5	72	76			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
47	C_DIAG2	Cod. diagn. concom. 2 reparto	AN	5	77	81			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
48	C_DIAG3	Cod. diagn. concom. 3 reparto	AN	5	82	86			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
49	C_DIAG4	Cod. diagn. concom. 4 reparto	AN	5	87	91			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
50	C_DIAG5	Cod. diagn. concom. 5 reparto	AN	5	92	96			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
51	DINTCP_R	Data interv. chir. principale reparto	Data	8	97	104			GGMMAAAA
52	CINTCP_R	Cod. interv. chirurgico principale reparto	AN	5	105	109			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
53	SINTCPR	Tipo struttura erogatrice esterna interv. chirurgico principale reparto	AN	1	110	110		1, 2, 3, 4	1 = istituto di cura della Provincia 2 = istituto di cura austriaco convenzionato 3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano 4 = altro istituto estero
54	CSINTCPR	Codice struttura erogatrice esterna interv. chirurgico principale reparto	AN	6	111	116			Obbligatorio se SINTCPR = 1, 2 oppure 3. Allineato a sinistra
55	DINTC1_R	Data altro interv. chir. 1 reparto	Data	8	117	124			GGMMAAAA
56	CINTC1_R	Cod. altro interv. chir. 1 reparto	AN	5	125	129			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
57	SINTC1R	Tipo struttura erogatrice esterna altro interv. chir. 1 reparto	AN	1	130	130			Come SINTCPR
58	CSINTC1R	Codice struttura erogatrice esterna altro interv. chir. 1 reparto	AN	6	131	136			Obbligatorio se SINTC1R = 1, 2 oppure 3. Allineato a sinistra
59	DINTC2_R	Data altro interv. chir. 2 reparto	Data	8	137	144			GGMMAAAA
60	CINTC2_R	Cod. altro interv. chir. 2 reparto	AN	5	145	149			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
61	SINTC2R	Tipo di struttura erogatrice esterna altro interv. chir. 2 reparto	AN	1	150	150			Come SINTCPR
62	CSINTC2R	Codice struttura erogatrice esterna altro interv. chir. 2 reparto	AN	6	151	156			Obbligatorio se SINTC2R = 1, 2 oppure 3. Allineato a sinistra
63	DINTC3_R	Data altro interv. chir. 3 reparto	Data	8	157	164			GGMMAAAA
64	CINTC3_R	Cod. altro interv. chir. 3 reparto	AN	5	165	169			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
65	SINTC3R	Tipo struttura erogatrice esterna altro interv. chir. 3 reparto	AN	1	170	170			Come SINTCPR
66	CSINTC3R	Codice struttura erogatrice esterna altro interv. chir. 3 reparto	AN	6	171	176			Obbligatorio se SINTC3R = 1, 2 oppure 3. Allineato a sinistra
67	DINTC4_R	Data altro interv. chir. 4 reparto	Data	8	177	184			GGMMAAAA
68	CINTC4_R	Cod. altro interv. chir. 4 reparto	AN	5	185	189			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
69	SINTC4R	Tipo di struttura erogatrice esterna altro interv. chir. 4 reparto	AN	1	190	190			Come SINTCPR



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
70	CSINTC4R	Codice struttura erogatrice esterna altro interv. chir. 4 reparto	AN	6	191	196			Obbligatorio se SINTC4R = 1, 2 oppure 3. Allineato a sinistra
71	DINTC5_R	Data altro interv. chir. 5 reparto	Data	8	197	204			GGMMAAAA
72	CINTC5_R	Cod. altro interv. chir. 5 reparto	AN	5	205	209			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
73	SINTC5R	Tipo di struttura erogatrice esterna altro interv. chir. 5 reparto	AN	1	210	210			Come SINTCPR
74	CSINTC5R	Codice struttura erogatrice esterna altro interv. chir. 5 reparto	AN	6	211	216			Obbligatorio se SINTC5R = 1, 2 oppure 3. Allineato a sinistra
75	GGANNODH	Numero accessi complessivi in diurno	N	3	217	219			Obbligatorio per RE-GRIC=2
76	REP_DIM	Unità operativa di dimissione	AN	4	220	223	NN		Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12. Per le case di cura private vanno utilizzati i codici del modello HSP13: i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00".



Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
77	MOD_DIM	Modalità uscita/dimissione	AN	2	224	225	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1 = deceduto 2 = domicilio 3 = CR, CD o RSA 4 = a domicilio con attiv. osped. domiciliare 5 = volontaria 6 = trasf. altro istituto 7 = trasf. ad altro reparto stessa struttura 8 = dim. a rep. rep.56.01,60.01,60.02, 75.01 nella stessa struttura 9 = rep.56.01, 60.01, 60.02, 75.01 in altra struttura 10 = dim presso struttura di riabilitazione extraospedaliera residenziale 11 = dim con attivazione servizi territoriali 12 = trasferito ad altro regime di ricovero (da diurno ad ordinario o viceversa).
78	D_DIMREP	Data ed ora di uscita dall'unità operativa	Data	12	226	237	NN		GGMMAAAAHHMM
79	D_DIMOSP	Data ed ora di dimissione o morte	Data	12	238	249	NN		GGMMAAAAHHMM
80	DIAG_OSP	Codice diagnosi principale di dimissione ospedale	AN	5	250	254	NN		(Vedi tabella codici ICD9) allineato a sinistra
81	CDIAG1_O	Codice prima diagnosi concomitante di dimissione ospedale	AN	5	255	259			(Vedi tabella codici ICD9) allineato a sinistra
82	CDIAG2_O	Codice seconda diagnosi concomitante di dimissione ospedale	AN	5	260	264			(Vedi tabella codici ICD9) allineato a sinistra
83	CDIAG3_O	Codice terza diagnosi concomitante di dimissione ospedale	AN	5	265	269			(Vedi tabella codici ICD9) allineato a sinistra



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
84	CDIAG4_O	Codice quarta diagnosi concomitante di dimissione ospedale	AN	5	270	274			(Vedi tabella codici ICD9) allineato a sinistra
85	CDIAG5_O	Codice quinta diagnosi concomitante di dimissione ospedale	AN	5	275	279			(Vedi tabella codici ICD9) allineato a sinistra
86	DINTCP_O	Data interv. chir. princ. dimissione ospedale	Data	8	280	287			GGMMAAAA
87	CINTCP_O	Cod. interv. chir. princ. dimissione ospedale	AN	5	288	292			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
88	CINTC1_O	Cod. altro interv. chir. 1 dimissione ospedale	AN	5	293	297			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
89	CINTC2_O	Cod. altro interv. chir. 2 dimissione ospedale	AN	5	298	302			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
90	CINTC3_O	Cod. interv. chir. 3 dimissione ospedale	AN	5	303	307			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
91	CINTC4_O	Cod. altro interv. chir. 4 dimissione ospedale	AN	5	308	312			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
92	CINTC5_O	Cod. altro interv. chir. 5 dimissione ospedale	AN	5	313	317			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
93	R_AUTOPT	Riscontro autotico	AN	1	318	318		1, 2	Obbligatorio se MOD_DIM = 1 1 = sì 2 = no
94	TIP_PROP	Tipo di medico proponente il ricovero	AN	1	319	319		1, 2, 3, 4	1 = medico di base 2 = medico ospedaliero 3 = medico specialista ambulatoriale 4 = medico fuori Provincia
95	MED_PROP	Codice medico proponente il ricovero	AN	4	320	323			Obbligatorio se TIP_PROP = 1 o 3 Codice provinciale medico di base e del medico specialista convenzionato
96	GG_DEROGA	Giornate di degenza derogate	N	3	324	326			Verifica congruità con REP_DIM = 56.00 o 60.00 o 60.01



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
97	PESO	Peso del neonato alla nascita	N	4	327	330			Espresso in grammi Obbligatorio per nati in ospedale
98	D_PRENOT	Data di prenotazione del ricovero	data	8	331	338			GGMMAAAA Obbligatorio se REGRIC=1 e TIPO_RIC = 1 o 5 Obbligatorio se REGRIC = 2
99	TP_ESENZ	Tipo esenzione	AN	1	339	339		A, R, P, C, N, I	NON COMPILARE
100	CD_ESENZ	Codice esenzione	AN	2	340	341			NON COMPILARE
101	I_TICKET	Importo del ticket di ricovero	N	8	342	349			NON COMPILARE
102	CLASSE	Classe	AN	1	350	350		1, 2	1 = sì 2 = no
103	GGCLASSE	Giornate di degenza in classe	N	3	351	353			Obbligatorio se CLASSE=1
104	CL_PRIORITÀ	Classe di priorità	AN	1	354	354		A, B, C, D	Obbligatorio se TIPO_RIC=1 o 5 A=ricovero entro 30 giorni B=ricovero entro 60 giorni C=ricovero entro 180 giorni D=ricovero entro 12 mesi
105	CL_ASA	Classe ASA (rischio anestesilogico)	AN	1	355	355		1, 2, 3, 4, 5	Obbligatorio se VISITA_ANEST=1; 1 = sano 2 = lieve malattia sistemica 3 = grave malattia sistemica 4 = grave malattia sistemica con pericolo per la sopravvivenza 5 = moribondo
106	DIM_PROT	Pianificazione della dimissione	AN	1	356	356		1, 2	Obbligatorio se REGRIC = 1 e MOD_DIM = 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 1 = sì 2 = no
107	GRADO_DIM_PROT	Grado di necessità di supporto post-ricovero in caso di dimissione pianificata	AN	1	357	357		1, 2, 3	Obbligatorio se DIM_PROT=1 1 = grado di supporto leggero 2 = grado di supporto contenuto 3 = grado di supporto complesso



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
108	CAU_EST	Causa esterna	AN	5	358	362			Obbligatorio se TRAUMATI è compilato Vedi tabella codici ICD9) allineato a sinistra
109	VISITA_ANEST	Visita anestesiológica	AN	1	363	363	NN	1, 2	1 = sì 2 = no
110	D_TR_ST_INT CPR	Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a interv. chir. principale di reparto	AN	12	364	375			AAAAMMGG+HHMM
111	REP_ST_INTCPR	unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione relativa a interv. chir. principale di reparto	N	4	376	379			Se SINTCPR = 1 oppure 3, Il codice corrisponde a quelli utilizzati per identificare l'UO nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle UUSLL e della AOO ed in particolare nel modello HSP.12: i primi 2 caratteri identificano specificità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri 2 caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta UO nell'ambito della stessa disciplina.
112	D_RIENTRO_ST_INTCPR	Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a interv. chir. principale di reparto	N	12	380	391			AAAAMMGG+HHMM
113	D_TR_ST_INT C1R	Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 1 reparto	AN	12	392	403			AAAAMMGG+HHMM



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
114	REP_ST_INTC1R	unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione altro interv. chir. 1 di reparto	N	4	404	407			Se SINTC1R = 1 oppure 3, Il codice corrisponde a quelli utilizzati per identificare l'UO nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle UUSLL e della AOO ed in particolare nel modello HSP.12: i primi 2 caratteri identificano specificità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri 2 caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta UO nell'ambito della stessa disciplina.
115	D_RIENTRO_ST_INTC1R	Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 1 reparto	N	12	408	419			AAAAMMGG+HHMM
116	D_TR_ST_INTC2R	Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 2 reparto	AN	12	420	431			AAAAMMGG+HHMM
117	REP_ST_INTC2R	unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione altro interv. chir. 2 di reparto	N	4	432	435			Se SINTC2R = 1 oppure 3, Il codice corrisponde a quelli utilizzati per identificare l'UO nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle UUSLL e della AOO ed in particolare nel modello HSP.12: i primi 2 caratteri identificano specificità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri 2 caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta UO nell'ambito della stessa disciplina.
118	D_RIENTRO_ST_INTC2R	Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 2 reparto	AN	12	436	447			AAAAMMGG+HHMM



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
119	D_TR_ST_INT C3R	Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 3 reparto	AN	12	448	459			AAAAMMGG+HHMM
120	REP_ST_INTC 3R	unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione altro interv. chir. 3 di reparto	N	4	460	463			Se SINTC3R = 1 oppure 3, Il codice corrisponde a quelli utilizzati per identificare l'UO nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle UUSLL e della AOO ed in particolare nel modello HSP.12: i primi 2 caratteri identificano specificità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri 2 caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta UO nell'ambito della stessa disciplina.
121	D_RIENTRO_ST_INTC3R	Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 3 reparto	AN	12	464	475			AAAAMMGG+HHMM
122	D_TR_ST_INT C4R	Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 4 reparto	AN	12	476	487			AAAAMMGG+HHMM
123	REP_ST_INTC 4R	unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione altro interv. chir. 4 di reparto	N	4	488	491			Se SINTC4R = 1 oppure 3, Il codice corrisponde a quelli utilizzati per identificare l'UO nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle UUSLL e della AOO ed in particolare nel modello HSP.12: i primi 2 caratteri identificano specificità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri 2 caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta UO nell'ambito della stessa disciplina.



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
124	D_RIENTRO_ST_INTC4R	Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 4 reparto	AN	12	492	503			AAAAMMGG+HHMM
125	D_TR_ST_INTC5R	Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 5 reparto	AN	12	504	515			AAAAMMGG+HHMM
126	REP_ST_INTC5R	unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione altro interv. chir. 5 di reparto	N	4	516	519			Se SINTC5R = 1 oppure 3, Il codice corrisponde a quelli utilizzati per identificare l'UO nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle UUSLL e della AOO ed in particolare nel modello HSP.12: i primi 2 caratteri identificano specificità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri 2 caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta UO nell'ambito della stessa disciplina.
127	D_RIENTRO_ST_INTC5R	Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 5 reparto	AN	12	520	531			AAAAMMGG+HHMM
128	DIAG_OSP_PRES	Codice diagnosi principale di dimissione ospedale presente al ricovero	N	1	532	532	NN		0= No, 1 = Sí
129	DIAG_OSP_LAT	Lateralità diagnosi principale di dimissione ospedale	AN	1	533	533		1, 2, 3	1 = Destra 2 = Sinistra 3= Bilaterale
130	CDIAG1_O_PRES	Codice prima diagnosi concomitante di dimissione ospedale presente al ricovero	N	1	534	534			0= No, 1 = Sí



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
131	CDIAG1_O_LA T	Laterali� prima diagnosi con-comitante di dimissione ospedale	AN	1	535	535		1, 2, 3	1 = Destra 2 = Sinistra 3= Bilaterale
132	CDIAG2_O_P RES	Codice se- conda dia- gnosi conco- mitante di di- missione ospedale pre- sente al rico- vero	N	1	536	536			0= No, 1 = S�
133	CDIAG2_O_LA T	Laterali� se- conda dia- gnosi con- comitante di dimissione ospedale	AN	1	537	537		1, 2, 3	1 = Destra 2 = Sinistra 3= Bilaterale
134	CDIAG3_O_P RES	Codice terza diagnosi con- comitante di dimissione ospedale pre- sente al rico- vero	N	1	538	538			0= No, 1 = S�
135	CDIAG3_O_LA T	Laterali� terza diagnosi con- comitante di dimissione ospedale	AN	1	539	539		1, 2, 3	1 = Destra 2 = Sinistra 3= Bilaterale
136	CDIAG4_O_P RES	Codice quarta diagnosi con- comitante di dimissione ospedale pre- sente al rico- vero	N	1	540	540			0= No, 1 = S�
137	CDIAG4_O_LA T	Laterali� quar- ta diagnosi con-comitante di dimissione ospedale	AN	1	541	541		1, 2, 3	1 = Destra 2 = Sinistra 3= Bilaterale
138	CDIAG5_O_P RES	Codice quinta diagnosi con- comitante di dimissione ospedale pre- sente al rico- vero	N	1	542	542			0= No, 1 = S�
139	CDIAG5_O_LA T	Laterali� quin- ta diagnosi con-comitante di dimissione ospedale	AN	1	543	543		1, 2, 3	1 = Destra 2 = Sinistra 3= Bilaterale



Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
140	HINTCP_O	Ora interv. chir. princ. dimissione ospedale	Ora	4	544	547			HHMM da collegare con Registro operatorio (da compilare se CINTCP_O contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)
141	ID1_CHIR_INTCP_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE	AN	16	548	563			Codice fiscale del chirurgo 1 responsabile dell'intervento chirurgico principale (Il campo è obbligatorio se CINTCP_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
142	ID2_CHIR_INTCP_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE	AN	16	564	579			Codice fiscale del chirurgo 2 responsabile dell'intervento chirurgico principale
143	ID3_CHIR_INTCP_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE	AN	16	580	595			Codice fiscale del chirurgo 3 responsabile dell'intervento chirurgico principale
144	ID_ANEST_INTCP_O	IDENTIFICATIVO ANESTESISTA INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE	AN	16	596	611			Codice fiscale dell'anestesista responsabile dell'intervento chirurgico principale (Il campo è obbligatorio se CINTCP_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
145	CHECK_LIST_INTCP_O	CHECK LIST SALA OPERATORIA INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE	N	1	612	612		0, 1, 9	0= No, 1 = Sí, 9 = Non Applicabile (Il campo è obbligatorio se CINTCP_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
146	LAT_INTCP_O	LATERALITÀ INTERVENTO PRINCIPALE	N	1	613	613		1, 2, 3	Specificare – ove applicabile -a quale lato si riferisce l'intervento (Destra, Sinistra o Bilaterale)
147	DCINTC1_O	Data e ora altro interv. chirurgico 1 di dimissione ospedale	Data ed ora.	12	614	625			GGMMAAAHHMM (da compilare se CINTC1_O contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)
148	ID1_CHIR_CINTC1_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN	16	626	641			Codice fiscale del chirurgo 1 responsabile dell'altro intervento chirurgico 1 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC1_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
149	ID2_CHIR_CINTC1_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN	16	642	657			Codice fiscale del chirurgo 2 responsabile dell'altro intervento chirurgico 1 di dimissione da ospedale
150	ID3_CHIR_CINTC1_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN	16	658	673			Codice fiscale del chirurgo 3 responsabile dell'altro intervento chirurgico 1 di dimissione da ospedale
151	ID_ANEST_CINTC1_O	IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN	16	674	689			Codice fiscale dell'anestesista responsabile dell'altro intervento chirurgico 1 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC1_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
152	CHECK_LIST_CINTC1_O	CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	N	1	690	690			0= No, 1 = Sí, 9 = Non Applicabile (Il campo è obbligatorio se CINTC1_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
153	LAT_CINTC1_O	LATERALITÀ ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	N	1	691	691		1, 2, 3	Specificare – ove applicabile -a quale lato si riferisce l'intervento (Destra, Sinistra o Bilaterale)
154	DCINTC2_O	Data e ora altro interv. chirurgico 2 di dimissione ospedale	Data ed ora.	12	692	703			GGMMAAAHHMM (da compilare se CINTC2_O contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)
155	ID1_CHIR_CINTC2_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 2	AN	16	704	719			Codice fiscale del chirurgo 1 responsabile dell'altro intervento chirurgico 2 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC2_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
156	ID2_CHIR_CINTC2_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 2	AN	16	720	735			Codice fiscale del chirurgo 2 responsabile dell'altro intervento chirurgico 2 di dimissione da ospedale
157	ID3_CHIR_CINTC2_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 2	AN	16	736	751			Codice fiscale del chirurgo 3 responsabile dell'altro intervento chirurgico 2 di dimissione da ospedale



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
158	ID_ANEST_CINTC2_O	IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 2	AN	16	752	767			Codice fiscale dell'anestesista responsabile dell'altro intervento chirurgico 2 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC2_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
159	CHECK_LIST_CINTC2_O	CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 2	N	1	768	768			0= No, 1 = Sí, 9 = Non Applicabile (Il campo è obbligatorio se CINTC2_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
160	LAT_CINTC2_O	LATERALITÀ ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 2	N	1	769	769		1, 2, 3	Specificare – ove applicabile -a quale lato si riferisce l'intervento (Destra, Sinistra o Bilaterale)
161	DCINTC3_O	Data e ora altro interv. chirurgico 3 di dimissione ospedale	Data ed ora.	12	770	781			GGMMAAAHHMM (da compilare se CINTC3_O contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)
162	ID1_CHIR_CINTC3_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN	16	782	797			Codice fiscale del chirurgo 1 responsabile dell'altro intervento chirurgico 3 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC3_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
163	ID2_CHIR_CINTC3_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN	16	798	813			Codice fiscale del chirurgo 2 responsabile dell'altro intervento chirurgico 3 di dimissione da ospedale



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
164	ID3_CHIR_CINTC3_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 3	AN	16	814	829			Codice fiscale del chirurgo 3 responsabile dell'altro intervento chirurgico 3 di dimissione da ospedale
165	ID_ANEST_CINTC3_O	IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 3	AN	16	829	845			Codice fiscale dell'anestesista responsabile dell'altro intervento chirurgico 3 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC3_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
166	CHECK_LIST_CINTC3_O	CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 3	N	1	846	846			0= No, 1 = Sí, 9 = Non Applicabile (Il campo è obbligatorio se CINTC3_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
167	LAT_CINTC3_O	LATERALITÀ ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 3	N	1	847	847		1, 2, 3	Specificare – ove applicabile -a quale lato si riferisce l'intervento (Destra, Sinistra o Bilaterale)
168	DCINTC4_O	Data e ora altro interv. chirurgico 4 di dimissione ospedale	Data ed ora.	12	848	859			GGMMAAAHHMM (da compilare se CINTC4_O contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)
169	ID1_CHIR_CINTC4_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 4	AN	16	860	875			Codice fiscale del chirurgo 1 responsabile dell'altro intervento chirurgico 4 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC4_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
170	ID2_CHIR_CINTC4_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 4	AN	16	876	891			Codice fiscale del chirurgo 2 responsabile dell'altro intervento chirurgico 4 di dimissione da ospedale
171	ID3_CHIR_CINTC4_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 4	AN	16	892	907			Codice fiscale del chirurgo 3 responsabile dell'altro intervento chirurgico 4 di dimissione da ospedale
172	ID_ANEST_CINTC4_O	IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 4	AN	16	908	923			Codice fiscale dell'anestesista responsabile dell'altro intervento chirurgico 4 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC4_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
173	CHECK_LIST_CINTC4_O	CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 4	N	1	924	924			0= No, 1 = Sí, 9 = Non Applicabile (Il campo è obbligatorio se CINTC4_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
174	LAT_CINTC4_O	LATERALITÀ ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 4	N	1	925	925		1, 2, 3	Specificare – ove applicabile -a quale lato si riferisce l'intervento (Destra, Sinistra o Bilaterale)
175	DCINTC5_O	Data e ora altro interv. chirurgico 5 di dimissione ospedale	Data ed ora.	12	926	937			GGMMAAAHHMM (da compilare se CINTC5_O contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
176	ID1_CHIR_CINTC5_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 5 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN	16	938	953			Codice fiscale del chirurgo 1 responsabile dell'altro intervento chirurgico 5 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC5_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
177	ID2_CHIR_CINTC5_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 5	AN	16	954	969			Codice fiscale del chirurgo 2 responsabile dell'altro intervento chirurgico 5 di dimissione da ospedale
178	ID3_CHIR_CINTC5_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 5	AN	16	970	985			Codice fiscale del chirurgo 3 responsabile dell'altro intervento chirurgico 5 di dimissione da ospedale
179	ID_ANEST_CINTC5_O	IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 5	AN	16	986	1001			Codice fiscale dell'anestesista responsabile dell'altro intervento chirurgico 5 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC5_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
180	CHECK_LIST_CINTC5_O	CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 5	N	1	1002	1002			0= No, 1 = Sì, 9 = Non Applicabile (Il campo è obbligatorio se CINTC5_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
181	LAT_CINTC5_O	LATERALITÀ ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 5	N	1	1003	1003		1, 2, 3	Specificare – ove applicabile -a quale lato si riferisce l'intervento (Destra, Sinistra o Bilaterale)
182	CINTC6_O	Cod. altro interv. chir. 6 dimissione ospedale	AN	5	1004	1008			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
183	DCINTC6_O	Data e ora altro interv. chirurgico 6 di dimissione ospedale	Data ed ora.	12	1009	1020			GGMMAAAHHMM (da compilare se CINTC6_O contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)
184	ID1_CHIR_CINTC6_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 6	AN	16	1021	1036			Codice fiscale del chirurgo 1 responsabile dell'altro intervento chirurgico 6 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC6_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
185	ID2_CHIR_CINTC6_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 6	AN	16	1037	1052			Codice fiscale del chirurgo 2 responsabile dell'altro intervento chirurgico 6 di dimissione da ospedale
186	ID3_CHIR_CINTC6_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 6	AN	16	1053	1068			Codice fiscale del chirurgo 3 responsabile dell'altro intervento chirurgico 6 di dimissione da ospedale
187	ID_ANEST_CINTC6_O	IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 6	AN	16	1069	1084			Codice fiscale dell'anestesista responsabile dell'altro intervento chirurgico 6 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC6_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
188	CHECK_LIST_CINTC6_O	CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 6	N	1	1085	1085			0= No, 1 = Sí, 9 = Non Applicabile (Il campo è obbligatorio se CINTC6_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
189	LAT_CINTC6_O	LATERALITÀ ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 6	N	1	1086	1086		1, 2, 3	Specificare – ove applicabile -a quale lato si riferisce l'intervento (Destra, Sinistra o Bilaterale)
190	CINTC7_O	Cod. altro interv. chir. 7 dimissione ospedale	AN	5	1087	1091			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
191	DCINTC7_O	Data e ora altro interv. chirurgico 7 di dimissione ospedale	Data ed ora.	12	1092	1103			GGMMAAAHHMM (da compilare se CINTC7_O contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)
192	ID1_CHIR_CINTC7_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 7	AN	16	1104	1119			Codice fiscale del chirurgo 1 responsabile dell'altro intervento chirurgico 7 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC7_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
193	ID2_CHIR_CINTC7_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 7	AN	16	1120	1135			Codice fiscale del chirurgo 2 responsabile dell'altro intervento chirurgico 7 di dimissione da ospedale
194	ID3_CHIR_CINTC7_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 7	AN	16	1136	1151			Codice fiscale del chirurgo 3 responsabile dell'altro intervento chirurgico 7 di dimissione da ospedale
195	ID_ANEST_CINTC7_O	IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 7	AN	16	1152	1167			Codice fiscale dell'anestesista responsabile dell'altro intervento chirurgico 7 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC7_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
196	CHECK_LIST_CINTC7_O	CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 7	N	1	1168	1168			0= No, 1 = Sí, 9 = Non Applicabile (Il campo è obbligatorio se CINTC7_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
197	LAT_CINTC7_O	LATERALITÀ ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 7	N	1	1169	1169		1, 2, 3	Specificare – ove applicabile -a quale lato si riferisce l'intervento (Destra, Sinistra o Bilaterale)
198	CINTC8_O	Cod. altro interv. chir. 1 dimissione ospedale	AN	5	1170	1174			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
199	DCINTC8_O	Data e ora altro interv. chirurgico 8 di dimissione ospedale	Data ed ora.	12	1175	1186			GGMMAAAHHMM (da compilare se CINTC8_O contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)
200	ID1_CHIR_CINTC8_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 8	AN	16	1187	1202			Codice fiscale del chirurgo 1 responsabile dell'altro intervento chirurgico 8 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC8_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
201	ID2_CHIR_CINTC8_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 8	AN	16	1203	1218			Codice fiscale del chirurgo 2 responsabile dell'altro intervento chirurgico 8 di dimissione da ospedale
202	ID3_CHIR_CINTC8_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 8	AN	16	1219	1234			Codice fiscale del chirurgo 3 responsabile dell'altro intervento chirurgico 8 di dimissione da ospedale



Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
203	ID_ANEST_CINTC8_O	IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 8	AN	16	1235	1250			Codice fiscale dell'anestesista responsabile dell'altro intervento chirurgico 8 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC8_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
204	CHECK_LIST_CINTC8_O	CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 8	N	1	1251	1251			0= No, 1 = Sí, 9 = Non Applicabile (Il campo è obbligatorio se CINTC8_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
205	LAT_CINTC8_O	LATERALITÀ ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 8	N	1	1252	1252		1, 2, 3	Specificare – ove applicabile -a quale lato si riferisce l'intervento (Destra, Sinistra o Bilaterale)
206	CINTC9_O	Cod. altro interv. chir. 1 dimissione ospedale	AN	5	1253	1257			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
207	DCINTC9_O	Data e ora altro interv. chirurgico 9 di dimissione ospedale	Data ed ora.	12	1258	1269			GGMMAAAHHMM (da compilare se CINTC9_O contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)
208	ID1_CHIR_CINTC9_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 9	AN	16	1270	1285			Codice fiscale del chirurgo 1 responsabile dell'altro intervento chirurgico 9 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC9_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
209	ID2_CHIR_CINTC9_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 9	AN	16	1286	1301			Codice fiscale del chirurgo 2 responsabile dell'altro intervento chirurgico 9 di dimissione da ospedale



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
210	ID3_CHIR_CINTC9_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 9	AN	16	1302	1317			Codice fiscale del chirurgo 3 responsabile dell'altro intervento chirurgico 9 di dimissione da ospedale
211	ID_ANEST_CINTC9_O	IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 9	AN	16	1318	1333			Codice fiscale dell'anestesista responsabile dell'altro intervento chirurgico 9 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC9_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
212	CHECK_LIST_CINTC9_O	CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 9	N	1	1334	1334			0= No, 1 = Sì, 9 = Non Applicabile (Il campo è obbligatorio se CINTC9_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
213	LAT_CINTC9_O	LATERALITÀ ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 9	N	1	1335	1335		1, 2, 3	Specificare – ove applicabile -a quale lato si riferisce l'intervento (Destra, Sinistra o Bilaterale)
214	CINTC10_O	Cod. altro interv. chir. 1 dimissione ospedale	AN	5	1336	1340			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
215	DCINTC10_O	Data e ora altro interv. chirurgico 10 di dimissione ospedale	Data ed ora.	12	1341	1352			GGMMAAAAHHMM (da compilare se CINTC10_O contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)
216	ID1_CHIR_CINTC10_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 10	AN	16	1353	1368			Codice fiscale del chirurgo 1 responsabile dell'altro intervento chirurgico 10 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC10_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)



Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
217	ID2_CHIR_CINTC10_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 10	AN	16	1369	1384			Codice fiscale del chirurgo 2 responsabile dell'altro intervento chirurgico 10 di dimissione da ospedale
218	ID3_CHIR_CINTC10_O	IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 10	AN	16	1385	1400			Codice fiscale del chirurgo 3 responsabile dell'altro intervento chirurgico 10 di dimissione da ospedale
219	ID_ANEST_CINTC10_O	IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 10	AN	16	1401	1416			Codice fiscale dell'anestesista responsabile dell'altro intervento chirurgico 10 di dimissione da ospedale (Il campo è obbligatorio se CINTC10_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
220	CHECK_LIST_CINTC10_O	CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 10	N	1	1417	1417			0= No, 1 = Sí, 9 = Non Applicabile (da non compilare per le procedure diagnostiche o terapeutiche; quindi non compilare per i codici ICD9CM da 87.xx a 99.xx) (Il campo è obbligatorio se CINTC10_O è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ.)
221	LAT_CINTC10_O	LATERALITÀ ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 10	N	1	1418	1418		1, 2, 3	Specificare – ove applicabile -a quale lato si riferisce l'intervento (Destra, Sinistra o Bilaterale)
222	DOLORE	RILEVAZIONE DEL DOLORE	N	1	1419	1419	NN		0= No, 1 = Sí
223	STAD_COND_DIAG_OSP	STADIAZIONE CONDENSATA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE	N	1	1420	1420		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	deve essere compilato in presenza diagnosi principale di dimissione da ospedale 140.0x - 190.9 e 193.xx - 199.1



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
224	STAD_COND_CDIAG1_O	STADIAZIONE CONDENSATA DELLA PRIMA DIAGNOSI CONCOMITANTE DI DIMISSIONE	N	1	1421	1421		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	facoltativo; se valorizzato, deve essere in presenza prima diagnosi concomitante di dimissione da ospedale 140.0x - 190.9 e 193.xx - 199.1
225	STAD_COND_CDIAG2_O	STADIAZIONE CONDENSATA DELLA SECONDA DIAGNOSI CONCOMITANTE DI DIMISSIONE	N	1	1422	1422		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	facoltativo; se valorizzato, deve essere in presenza prima diagnosi concomitante di dimissione da ospedale 140.0x - 190.9 e 193.xx - 199.1
226	STAD_COND_CDIAG3_O	STADIAZIONE CONDENSATA DELLA TERZA DIAGNOSI CONCOMITANTE DI DIMISSIONE	N	1	1423	1423		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	facoltativo; se valorizzato, deve essere in presenza prima diagnosi concomitante di dimissione da ospedale 140.0x - 190.9 e 193.xx - 199.1
227	STAD_COND_CDIAG4_O	STADIAZIONE CONDENSATA DELLA QUARTA DIAGNOSI CONCOMITANTE DI DIMISSIONE	N	1	1424	1424		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	facoltativo; se valorizzato, deve essere in presenza prima diagnosi concomitante di dimissione da ospedale 140.0x - 190.9 e 193.xx - 199.1
228	STAD_COND_CDIAG5_O	STADIAZIONE CONDENSATA DELLA QUINTA DIAGNOSI CONCOMITANTE DI DIMISSIONE	N	1	1425	1425		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	facoltativo; se valorizzato, deve essere in presenza prima diagnosi concomitante di dimissione da ospedale 140.0x - 190.9 e 193.xx - 199.1
229	PRESS_ART	PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA	N	3	1426	1428			deve essere compilato in presenza diagnosi 410.xx



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val.a m.	Note
230	CREAT	CREATININA SERICA	N	5	1429	1433			deve essere compilato in ricoveri per acuti e pazienti con età ≥ 65 anni, in presenza di: a) Int. = 36.1x (by-pass aortocoronarico) opp. 35.1x-35.2x, opp. b) Diag = 820.xx (frattura collo del femore), opp. c) Int. = 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
231	FRAZ_EI	FRAZIONE DI EIEZIONE	N	2	1434	1435			deve essere compilato in presenza di Int. = 36.1x (by-pass aortocoronarico) opp. 35.1x-35.2x



ALLEGATO 2: TRACCIATO RECORD DELLA VISTA

L'archivio VISTA è costituito dal collegamento in sequenza degli archivi 1 (informazioni anagrafiche) e 2 (informazioni cliniche) riportati nell'Allegato 1.

Inoltre:

A) nell'archivio 2, i campi contenenti Data e ora (p.e.: Data e ora ricovero ospedaliero, Data e ora ricovero nell'unità operativa, Data e ora di uscita dall'unità operativa, Data e ora di dimissione o di morte, ecc.) sono stati modificati, separando le informazioni sulle ore da quelle relative alla data; ciò ha portato alla creazione nuovi campi rispetto a quello del tracciato record originale.

B) i dati dell'archivio provinciale verranno messi a disposizione secondo ordine definito dal presente Allegato.

C) all'Archivio di cui sopra si aggiungono ulteriori variabili:

- quelle relative alla classificazione dei ricoveri secondo le specifiche del Grouper nella versione vigente (quindi i campi: MDC, Categoria diagnostica principale; DRG, Diagnosis Related Groups; DRG_TIPO, Tipo Diagnosis Related Groups; APR_DRG, DRG specifico APR; APR_TIPO, APR – Tipo; APR_MDC, MDC specifico APR; APR_SOI, APR – Severità malattia; APR_ROM, APR – Rischio di morte; TARPPO_E, Tariffa provinciale DRG in Euro; TARNAZ_E, Tariffa nazionale DRG in Euro; TARIND_E, Tariffa indiretta DRG in Euro; PESO_DRG, Peso DRG;), e queste specificate di seguito:
- ASS_SESSO, Sesso (omogeneizzato); ASS_DATA_NA, Data di nascita (omogeneizzato); ASS_CITT, (Cittadinanza (omogeneizzato); ASS_COM_RES, Comune di residenza (omogeneizzato); ASS_REG_RES, Regione di residenza (omogeneizzato), ASS_ASL_RES, Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di residenza (omogeneizzato); ASS_PROVENIENZA, Provenienza dei campi omogeneizzati; ETA_ANNO, Etá (anno di prestazione - anno di nascita); e ETA_PRES, (Etá (data di prestazione - data di nascita).

Questo è il tracciato record della Vista SDO¹⁰:

N.	Nome	Etichetta	Tipo	Lung.	N. campo progressivo tracciato provinciale	Campo N-SDO (n = nuova introduzione)
1	ISTITUTO	Istituto/presidio ospedaliero	Alfanumerico	8	1	
2	NOSOGRAF	Numero della scheda di dimissione ospedaliera	Alfanumerico	10	2	
3	NOS_PUE	Nosografico puerpera	Alfanumerico	10	AN 32	n
4	NR_SCHED	Numero della scheda di reparto	Alfanumerico	8	3	
5	SESSO	Sesso	Alfanumerico	1	AN 7	
6	DNASCITA	Data di nascita	Data	8	AN 8	
7	COM_NASC	Comune di nascita	Alfanumerico	6	AN 9	
8	S_CIVILE	Stato civile	Alfanumerico	1	AN 10	

¹⁰ Non sono presenti in Vista-SDO i seguenti campi del tracciato SDO provinciale: Nome, Cognome, Nomea, Libretto, Fiscale



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

N.	Nome	Etichetta	Tipo	Lung.	N. campo progressivo tracciato provinciale	Campo N-SDO (n = nuova introduzione)
9	COM_RES	Comune di residenza	Alfanumerico	6	AN 11	
10	C_CITT	Cittadinanza	Alfanumerico	3	AN 12	
11	COD_ID	Codice sanitario	Alfanumerico	32	AN 24	
12	REG_RES	Regione di residenza	Alfanumerico	3	AN 15	
13	ASL_RES	Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di residenza	Alfanumerico	3	AN 16	
14	REG_ASS	Regione di assistenza	Alfanumerico	3	AN 17	
15	ASL_ASS	Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di assistenza	Alfanumerico	3	AN 18	
16	RES_EST	Residenza estera	Alfanumerico	25	AN 19	
17	CAS_EST	Cassa malati estera	Alfanumerico	40	AN 20	
18	I_CASEST	Indirizzo cassa malati estera	Alfanumerico	40	AN 21	
19	C_CASEST	CAP cassa malati estera	Alfanumerico	10	AN 22	
20	TIPO_ID	Tipo di identificativo utente	Alfanumerico	1	AN 23	
21	N_TEAM	Numero di identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM)	Alfanumerico	20	AN 25	
22	PRES_COD_ID	Presenza codice identificativo dell'assistito in banca dati di verifica validità	Numerico	1	AN 33	n
23	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	Alfanumerico	15	AN 26	
24	DEN_IST	Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM	Alfanumerico	30	AN 27	
25	ST_ESTERO	Stato che rilascia la TEAM	Alfanumerico	2	AN 28	
26	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza previsto dalla TEAM	Alfanumerico	4	AN 29	
27	DATA_SCAD	Data di scadenza della TEAM	Data	8	AN 30	
28	TITOLO	Livello di istruzione	Alfanumerico	1	AN 31	
29	REGRIC	Regime di ricovero	Alfanumerico	1	34	
30	D_RICOSP	Data del ricovero in ospedale	Data	8	35	
31	T_RICOSP	Ora del ricovero in ospedale	Ora	8	35	
32	REP_AMM	Unità operativa di ammissione	Alfanumerico	4	36	
33	REP_LUNG	Unità operativa di ricovero fisico per la lungodegenza post acuta	Alfanumerico	4	37	
34	ONER_DEG	Onere della degenza	Alfanumerico	1	38	
35	PROVENIE	Provenienza del paziente	Alfanumerico	1	39	
36	TIPO_RIC	Tipo di ricovero	Alfanumerico	1	40	
37	MOTIV_DH	Motivo del ricovero in regime diurno	Alfanumerico	1	41	
38	D_RICREP	Data del ricovero nell'unità operativa	Data	8	42	
39	T_RICREP	Ora del ricovero nell'unità operativa	Ora	8	42	
40	TRAUMATI	Traumatismi e intossicazioni	Alfanumerico	1	44	
41	DIAG_REP	Diagnosi principale di reparto	Alfanumerico	5	45	
42	C_DIAG1	Prima diagnosi concomitante di reparto	Alfanumerico	5	46	
43	C_DIAG2	Seconda diagnosi concomitante di reparto	Alfanumerico	5	47	
44	C_DIAG3	Terza diagnosi concomitante di reparto	Alfanumerico	5	48	
45	C_DIAG4	Quarta diagnosi concomitante di reparto	Alfanumerico	5	49	
46	C_DIAG5	Quinta diagnosi concomitante di reparto	Alfanumerico	5	50	
47	DINTCP_R	Data dell'intervento chirurgico principale di reparto	Data	8	51	
48	CINTCP_R	Intervento chirurgico principale di reparto	Alfanumerico	5	52	
49	SINTCPR	Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuate	Alfanumerico	1	53	



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

N.	Nome	Etichetta	Tipo	Lung.	N. campo progressivo tracciato provinciale	Campo N-SDO (n = nuova introduzione)
		dell'intervento chirurgico principale				
50	CSINTCPR	Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico principale	Alfanumerico	6	54	
51	D_TR_ST_INTCPR	Data trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a intervento chirurgico principale di reparto	Data	8	110	n
52	H_TR_ST_INTCPR	Ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a intervento chirurgico principale di reparto	Data	4	110	n
53	REP_ST_INTCPR	reparto nella struttura esterna erogatrice della prestazione relativa a intervento chirurgico principale di reparto	Alfanumerico	4	111	n
54	D_RIENTRO_ST_INTCPR	Data di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a intervento chirurgico principale di reparto	Data	8	112	n
55	H_RIENTRO_ST_INTCPR	Ora di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a intervento chirurgico principale di reparto	Data	4	112	n
56	DINTC1_R	Data altro intervento chirurgico secondario 1 di reparto	Data	8	55	
57	CINTC1_R	Altro intervento chirurgico secondario 1 di reparto	Alfanumerico	5	56	
58	SINTC1R	Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario 1 di reparto	Alfanumerico	1	57	
59	CSINTC1R	Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario 1 di reparto	Alfanumerico	6	58	
60	D_TR_ST_INTC1R	Data trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 1 di reparto	Data	8	113	n
61	H_TR_ST_INTC1R	Ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 1 di reparto	Data	4	113	n
62	REP_ST_INTC1R	reparto nella struttura esterna erogatrice della prestazione relativa ad altro intervento chirurgico 1 di reparto	Alfanumerico	4	114	n
63	D_RIENTRO_ST_INTC1R	Data di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 1 di reparto	Data	8	115	n
64	H_RIENTRO_ST_INTC1R	Ora di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 1 di reparto	Data	4	115	n
65	DINTC2_R	Data altro intervento chirurgico secondario 2 di reparto	Data	8	59	
66	CINTC2_R	Altro intervento chirurgico secondario 2 di reparto	Alfanumerico	5	60	
67	SINTC2R	Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario 2 di reparto	Alfanumerico	1	61	
68	CSINTC2R	Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario 2 di reparto	Alfanumerico	6	62	
69	D_TR_ST_INTC2R	Data trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 2 di reparto	Data	8	116	n
70	H_TR_ST_INTC2R	Ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 2 di reparto	Data	4	116	n
71	REP_ST_INTC2R	reparto nella struttura esterna erogatrice della prestazione relativa ad altro intervento chirurgico 2 di reparto	Alfanumerico	4	117	n



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

N.	Nome	Etichetta	Tipo	Lung.	N. campo progressivo tracciato provinciale	Campo N-SDO (n = nuova introduzione)
72	D_RIENTRO_ST_INTC2R	Data di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 2 di reparto	Data	8	118	n
73	H_RIENTRO_ST_INTC2R	Ora di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 2 di reparto	Data	4	118	n
74	DINTC3_R	Data altro intervento chirurgico secondario 3 di reparto	Data	8	63	
75	CINTC3_R	Altro intervento chirurgico secondario 3 di reparto	Alfanumerico	5	64	
76	SINTC3R	Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario 3 di reparto	Alfanumerico	1	65	
77	CSINTC3R	Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario 3 di reparto	Alfanumerico	6	66	
78	D_TR_ST_INTC3R	Data trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 3 di reparto	Data	8	119	n
79	H_TR_ST_INTC3R	Ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 3 di reparto	Data	4	119	n
80	REP_ST_INTC3R	reparto nella struttura esterna erogatrice della prestazione relativa ad altro intervento chirurgico 3 di reparto	Alfanumerico	4	120	n
81	D_RIENTRO_ST_INTC3R	Data di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 3 di reparto	Data	8	121	n
82	H_RIENTRO_ST_INTC3R	Ora di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 3 di reparto	Data	4	121	n
83	DINTC4_R	Data altro intervento chirurgico secondario 4 di reparto	Data	8	67	
84	CINTC4_R	Altro intervento chirurgico secondario 4 di reparto	Alfanumerico	5	68	
85	SINTC4R	Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario 4 di reparto	Alfanumerico	1	69	
86	CSINTC4R	Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario 4 di reparto	Alfanumerico	6	70	
87	D_TR_ST_INTC4R	Data trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 4 di reparto	Data	8	122	n
88	H_TR_ST_INTC4R	Ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 4 di reparto	Data	4	122	n
89	REP_ST_INTC4R	reparto nella struttura esterna erogatrice della prestazione relativa ad altro intervento chirurgico 4 di reparto	Alfanumerico	4	123	n
90	D_RIENTRO_ST_INTC4R	Data di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 4 di reparto	Data	8	124	n
91	H_RIENTRO_ST_INTC4R	Ora di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 4 di reparto	Data	4	124	n
92	DINTC5_R	Data altro intervento chirurgico secondario 5 di reparto	Data	8	71	
93	CINTC5_R	Altro intervento chirurgico secondario 5 di reparto	Alfanumerico	5	72	
94	SINTC5R	Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario 5 di reparto	Alfanumerico	1	73	
95	CSINTC5R	Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario 5 di	Alfanumerico	6	74	



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

N.	Nome	Etichetta	Tipo	Lung.	N. campo progressivo tracciato provinciale	Campo N-SDO (n = nuova introduzione)
		reparto				
96	D_TR_ST_INTC5R	Data trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 5 di reparto	Data	8	125	n
97	H_TR_ST_INTC5R	Ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 5 di reparto	Data	4	125	n
98	REP_ST_INTC5R	reparto nella struttura esterna erogatrice della prestazione relativa ad altro intervento chirurgico 5 di reparto	Alfanumerico	4	126	n
99	D_RIENTRO_ST_INTC5R	Data di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 5 di reparto	Data	8	127	n
100	H_RIENTRO_ST_INTC5R	Ora di rientro da struttura erogatrice esterna, relativa ad altro intervento chirurgico 5 di reparto	Data	4	127	n
101	REP_DIM	Unità operativa di dimissione	Alfanumerico	4	76	
102	MOD_DIM	Modalità di dimissione	Alfanumerico	2	77	
103	D_DIMREP	Data di uscita dall'unità operativa	Data	8	78	
104	T_DIMREP	Ora di uscita dall'unità operativa	Ora	8	78	
105	D_DIMOSP	Data di dimissione o morte	Data	8	79	
106	T_DIMOSP	Ora di dimissione o morte	Ora	8	79	
107	DIAG_OSP	Diagnosi principale di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	80	
108	DIAG_OSP_PRES	Diagnosi principale di dimissione dall'ospedale presente al ricovero	Numerico	1	128	n
109	DIAG_OSP_LAT	Lateralità Diagnosi principale di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	129	N
110	STAD_COND_DIAG_OSP	Stadiazione condensata della Diagnosi principale di dimissione dall'ospedale	Numerico	1	223	n
111	CDIAG1_O	Prima diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	81	
112	CDIAG1_O_PRES	Prima diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale presente al ricovero	Numerico	1	130	n
113	CDIAG1_O_LAT	Lateralità Prima diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	22	n
114	STAD_COND_CDIAG1_O	Stadiazione condensata della prima Diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Numerico	1	224	n
115	CDIAG2_O	Seconda diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	82	
116	CDIAG2_O_PRES	Seconda diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale presente al ricovero	Numerico	1	132	n
117	CDIAG2_O_LAT	Lateralità Seconda diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	133	n
118	STAD_COND_CDIAG2_O	Stadiazione condensata della seconda Diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Numerico	1	225	n
119	CDIAG3_O	Terza diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	83	
120	CDIAG3_O_PRES	Terza diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale presente al ricovero	Numerico	1	134	n
121	CDIAG3_O_LAT	Lateralità Terza diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	135	n
122	STAD_COND_CDIAG3_O	Stadiazione condensata della terza Diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Numerico	1	226	n
123	CDIAG4_O	Quarta diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	84	



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

N.	Nome	Etichetta	Tipo	Lung.	N. campo progressivo tracciato provinciale	Campo N-SDO (n = nuova introduzione)
124	CDIAG4_O_PRES	Quarta diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale presente al ricovero	Numerico	1	136	n
125	CDIAG4_O_LAT	Lateralità Quarta diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	137	n
126	STAD_COND_CDIAG4_O	Stadiazione condensata della quarta Diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Numerico	1	227	n
127	CDIAG5_O	Quinta diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	85	
128	CDIAG5_O_PRES	Quinta diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale presente al ricovero	Numerico	1	138	n
129	CDIAG5_O_LAT	Lateralità Quinta diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	139	n
130	STAD_COND_CDIAG5_O	Stadiazione condensata della quinta Diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	Numerico	1	228	n
131	DINTCP_O	Data dell'intervento chirurgico principale di dimissione dall'ospedale	Data	8	86	
132	HINTCP_O	Ora intervento chirurgico principale	Data	4	140	n
133	CINTCP_O	Intervento chirurgico principale di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	87	
134	ID1_CHIR_INTCP_O	Identificativo Chirurgo 1 intervento chirurgico principale di dimissione	Alfanumerico	16	141	n
135	ID2_CHIR_INTCP_O	Identificativo Chirurgo 2 intervento chirurgico principale di dimissione	Alfanumerico	16	142	n
136	ID3_CHIR_INTCP_O	Identificativo Chirurgo 3 intervento chirurgico principale di dimissione	Alfanumerico	16	143	n
137	ID_ANEST_INTCP_O	Identificativo Anestesista dell'intervento chirurgico principale di dimissione	Alfanumerico	16	144	n
138	CHECK_LIST_INTCP_O	Check List sala operatoria intervento chirurgico principale di dimissione	Numerico	1	145	n
139	LAT_INTCP_O	Lateralità dell'intervento chirurgico principale di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	146	n
140	DINTC1_O	Data dell' Altro intervento chirurgico 1 di dimissione dall'ospedale	Data	8	147	n
141	HCINTC1_O	Ora dell' Altro intervento chirurgico 1 di dimissione dall'ospedale	Data	4	147	n
142	CINTC1_O	Altro intervento chirurgico 1 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	88	
143	ID1_CHIR_INTC1_O	Identificativo Chirurgo 1 di Altro intervento chirurgico 1 di dimissione	Alfanumerico	16	148	n
144	ID2_CHIR_INTC1_O	Identificativo Chirurgo 2 di Altro intervento chirurgico 1 di dimissione	Alfanumerico	16	149	n
145	ID3_CHIR_INTC1_O	Identificativo Chirurgo 3 di Altro intervento chirurgico 1 di dimissione	Alfanumerico	16	150	n
146	ID_ANEST_INTC1_O	Identificativo Anestesista di Altro intervento chirurgico 1 di dimissione	Alfanumerico	16	151	n
147	CHECK_LIST_INTC1_O	Check List sala operatoria di Altro intervento chirurgico 1 di dimissione	Numerico	1	152	n
148	LAT_CINTC1_O	Lateralità Altro intervento chirurgico 1 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	153	n
149	DINTC2_O	Data dell' Altro intervento chirurgico 2 di dimissione dall'ospedale	Data	8	154	n
150	HCINTC2_O	Ora dell' Altro intervento chirurgico 2 di dimissione dall'ospedale	Data	4	154	n



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

N.	Nome	Etichetta	Tipo	Lung.	N. campo progressivo tracciato provinciale	Campo N-SDO (n = nuova introduzione)
151	CINTC2_O	Altro intervento chirurgico 2 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	89	
152	ID1_CHIR_INTC2_O	Identificativo Chirurgo 1 di Altro intervento chirurgico 2 di dimissione	Alfanumerico	16	155	n
153	ID2_CHIR_INTC2_O	Identificativo Chirurgo 2 di Altro intervento chirurgico 2 di dimissione	Alfanumerico	16	156	n
154	ID3_CHIR_INTC2_O	Identificativo Chirurgo 3 di Altro intervento chirurgico 2 di dimissione	Alfanumerico	16	157	n
155	ID_ANEST_INTC2_O	Identificativo Anestesista di Altro intervento chirurgico 2 di dimissione	Alfanumerico	16	158	n
156	CHECK_LIST_INTC2_O	Check List sala operatoria di Altro intervento chirurgico 2 di dimissione	Numerico	1	159	n
157	LAT_CINTC2_O	Lateralità Altro intervento chirurgico 2 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	160	n
158	DINTC3_O	Data dell' Altro intervento chirurgico 3 di dimissione dall'ospedale	Data	8	161	n
159	HCINTC3_O	Ora dell' Altro intervento chirurgico 3 di dimissione dall'ospedale	Data	4	161	n
160	CINTC3_O	Altro intervento chirurgico 3 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	90	
161	ID1_CHIR_INTC3_O	Identificativo Chirurgo 1 di Altro intervento chirurgico 3 di dimissione	Alfanumerico	16	162	n
162	ID2_CHIR_INTC3_O	Identificativo Chirurgo 2 di Altro intervento chirurgico 3 di dimissione	Alfanumerico	16	163	n
163	ID3_CHIR_INTC3_O	Identificativo Chirurgo 3 di Altro intervento chirurgico 3 di dimissione	Alfanumerico	16	164	n
164	ID_ANEST_INTC3_O	Identificativo Anestesista di Altro intervento chirurgico 3 di dimissione	Alfanumerico	16	165	n
165	CHECK_LIST_INTC3_O	Check List sala operatoria di Altro intervento chirurgico 3 di dimissione	Numerico	1	166	n
166	LAT_CINTC3_O	Lateralità Altro intervento chirurgico 3 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	167	n
167	DINTC4_O	Data dell' Altro intervento chirurgico 4 di dimissione dall'ospedale	Data	8	168	n
168	HCINTC4_O	Ora dell' Altro intervento chirurgico 4 di dimissione dall'ospedale	Data	4	168	n
169	CINTC4_O	Altro intervento chirurgico 4 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	91	
170	ID1_CHIR_INTC4_O	Identificativo Chirurgo 1 di Altro intervento chirurgico 4 di dimissione	Alfanumerico	16	169	n
171	ID2_CHIR_INTC4_O	Identificativo Chirurgo 2 di Altro intervento chirurgico 4 di dimissione	Alfanumerico	16	170	n
172	ID3_CHIR_INTC4_O	Identificativo Chirurgo 3 di Altro intervento chirurgico 4 di dimissione	Alfanumerico	16	171	n
173	ID_ANEST_INTC4_O	Identificativo Anestesista di Altro intervento chirurgico 4 di dimissione	Alfanumerico	16	172	n
174	CHECK_LIST_INTC4_O	Check List sala operatoria di Altro intervento chirurgico 4 di dimissione	Numerico	1	173	n
175	LAT_CINTC4_O	Lateralità Altro intervento chirurgico 4 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	174	n
176	DINTC5_O	Data dell' Altro intervento chirurgico 5 di dimissione dall'ospedale	Data	8	175	n
177	HCINTC5_O	Ora dell' Altro intervento chirurgico 5 di dimissione dall'ospedale	Data	4	175	n



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

N.	Nome	Etichetta	Tipo	Lung.	N. campo progressivo tracciato provinciale	Campo N-SDO (n = nuova introduzione)
178	CINTC5_O	Altro intervento chirurgico 5 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	92	
179	ID1_CHIR_INTC5_O	Identificativo Chirurgo 1 di Altro intervento chirurgico 5 di dimissione	Alfanumerico	16	176	n
180	ID2_CHIR_INTC5_O	Identificativo Chirurgo 2 di Altro intervento chirurgico 5 di dimissione	Alfanumerico	16	177	n
181	ID3_CHIR_INTC5_O	Identificativo Chirurgo 3 di Altro intervento chirurgico 5 di dimissione	Alfanumerico	16	178	n
182	ID_ANEST_INTC5_O	Identificativo Anestesista di Altro intervento chirurgico 5 di dimissione	Alfanumerico	16	179	n
183	CHECK_LIST_INTC5_O	Check List sala operatoria di Altro intervento chirurgico 5 di dimissione	Numerico	1	180	n
184	LAT_CINTC5_O	Lateralità Altro intervento chirurgico 5 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	181	n
185	DINTC6_O	Data dell' Altro intervento chirurgico 6 di dimissione dall'ospedale	Data	8	183	n
186	HCINTC6_O	Ora dell' Altro intervento chirurgico 6 di dimissione dall'ospedale	Data	4	183	n
187	CINTC6_O	Altro intervento chirurgico 6 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	182	
188	ID1_CHIR_INTC6_O	Identificativo Chirurgo 1 di Altro intervento chirurgico 6 di dimissione	Alfanumerico	16	184	n
189	ID2_CHIR_INTC6_O	Identificativo Chirurgo 2 di Altro intervento chirurgico 6 di dimissione	Alfanumerico	16	185	n
190	ID3_CHIR_INTC6_O	Identificativo Chirurgo 3 di Altro intervento chirurgico 6 di dimissione	Alfanumerico	16	186	n
191	ID_ANEST_INTC6_O	Identificativo Anestesista di Altro intervento chirurgico 6 di dimissione	Alfanumerico	16	187	n
192	CHECK_LIST_INTC6_O	Check List sala operatoria di Altro intervento chirurgico 6 di dimissione	Numerico	1	188	n
193	LAT_CINTC6_O	Lateralità Altro intervento chirurgico 6 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	189	n
194	DINTC7_O	Data dell' Altro intervento chirurgico 7 di dimissione dall'ospedale	Data	8	191	n
195	HCINTC7_O	Ora dell' Altro intervento chirurgico 7 di dimissione dall'ospedale	Data	4	191	n
196	CINTC7_O	Altro intervento chirurgico 7 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	190	
197	ID1_CHIR_INTC7_O	Identificativo Chirurgo 1 di Altro intervento chirurgico 7 di dimissione	Alfanumerico	16	192	n
198	ID2_CHIR_INTC7_O	Identificativo Chirurgo 2 di Altro intervento chirurgico 7 di dimissione	Alfanumerico	16	193	n
199	ID3_CHIR_INTC7_O	Identificativo Chirurgo 3 di Altro intervento chirurgico 7 di dimissione	Alfanumerico	16	194	n
200	ID_ANEST_INTC7_O	Identificativo Anestesista di Altro intervento chirurgico 7 di dimissione	Alfanumerico	16	195	n
201	CHECK_LIST_INTC7_O	Check List sala operatoria di Altro intervento chirurgico 7 di dimissione	Numerico	1	196	n
202	LAT_CINTC7_O	Lateralità Altro intervento chirurgico 7 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	197	n
203	DINTC8_O	Data dell' Altro intervento chirurgico 8 di dimissione dall'ospedale	Data	8	199	n
204	HCINTC8_O	Ora dell' Altro intervento chirurgico 8 di dimissione dall'ospedale	Data	4	199	n



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

N.	Nome	Etichetta	Tipo	Lung.	N. campo progressivo tracciato provinciale	Campo N-SDO (n = nuova introduzione)
205	CINTC8_O	Altro intervento chirurgico 8 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	198	
206	ID1_CHIR_INTC8_O	Identificativo Chirurgo 1 di Altro intervento chirurgico 8 di dimissione	Alfanumerico	16	200	n
207	ID2_CHIR_INTC8_O	Identificativo Chirurgo 2 di Altro intervento chirurgico 8 di dimissione	Alfanumerico	16	201	n
208	ID3_CHIR_INTC8_O	Identificativo Chirurgo 3 di Altro intervento chirurgico 8 di dimissione	Alfanumerico	16	202	n
209	ID_ANEST_INTC8_O	Identificativo Anestesista di Altro intervento chirurgico 8 di dimissione	Alfanumerico	16	203	n
210	CHECK_LIST_INTC8_O	Check List sala operatoria di Altro intervento chirurgico 8 di dimissione	Numerico	1	204	n
211	LAT_CINTC8_O	Lateralità Altro intervento chirurgico 8 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	205	n
212	DINTC9_O	Data dell' Altro intervento chirurgico 9 di dimissione dall'ospedale	Data	8	207	n
213	HCINTC9_O	Ora dell' Altro intervento chirurgico 9 di dimissione dall'ospedale	Data	4	207	n
214	CINTC9_O	Altro intervento chirurgico 9 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	206	
215	ID1_CHIR_INTC9_O	Identificativo Chirurgo 1 di Altro intervento chirurgico 9 di dimissione	Alfanumerico	16	208	n
216	ID2_CHIR_INTC9_O	Identificativo Chirurgo 2 di Altro intervento chirurgico 9 di dimissione	Alfanumerico	16	209	n
217	ID3_CHIR_INTC9_O	Identificativo Chirurgo 3 di Altro intervento chirurgico 9 di dimissione	Alfanumerico	16	210	n
218	ID_ANEST_INTC9_O	Identificativo Anestesista di Altro intervento chirurgico 9 di dimissione	Alfanumerico	16	211	n
219	CHECK_LIST_INTC9_O	Check List sala operatoria di Altro intervento chirurgico 9 di dimissione	Numerico	1	212	n
220	LAT_CINTC9_O	Lateralità Altro intervento chirurgico 9 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	213	n
221	DINTC10_O	Data dell' Altro intervento chirurgico 10 di dimissione dall'ospedale	Data	8	215	n
222	HCINTC10_O	Ora dell' Altro intervento chirurgico 10 di dimissione dall'ospedale	Data	4	215	n
223	CINTC10_O	Altro intervento chirurgico 10 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	5	214	
224	ID1_CHIR_INTC10_O	Identificativo Chirurgo 1 di Altro intervento chirurgico 10 di dimissione	Alfanumerico	16	216	n
225	ID2_CHIR_INTC10_O	Identificativo Chirurgo 2 di Altro intervento chirurgico 10 di dimissione	Alfanumerico	16	217	n
226	ID3_CHIR_INTC10_O	Identificativo Chirurgo 3 di Altro intervento chirurgico 10 di dimissione	Alfanumerico	16	218	n
227	ID_ANEST_INTC10_O	Identificativo Anestesista di Altro intervento chirurgico 10 di dimissione	Alfanumerico	16	219	n
228	CHECK_LIST_INTC10_O	Check List sala operatoria di Altro intervento chirurgico 10 di dimissione	Numerico	1	220	n
229	LAT_CINTC10_O	Lateralità Altro intervento chirurgico 10 di dimissione dall'ospedale	Alfanumerico	1	221	n
230	R_AUTOPT	Riscontro autoptico	Alfanumerico	1	93	
231	TIP_PROP	Tipo di medico proponente il ricovero	Alfanumerico	1	94	
232	MED_PROP	Codice del medico proponente il ricovero	Alfanumerico	4	95	
233	D_PRENOT	Data di prenotazione del ricovero	Data	8	98	



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

N.	Nome	Etichetta	Tipo	Lung.	N. campo progressivo tracciato provinciale	Campo N-SDO (n = nuova introduzione)
234	DOLORE	Rilevazione del dolore	Numerico	1	222	n
235	PRESS_ART	Pressione arteriosa sistolica	Numerico	3	229	n
236	CREAT	creatinina serica	Numerico	5	230	n
237	FRAZ_EI	Frazione di eiezione	Numerico	2	231	n
238	DIM_PROT	Dimissione protetta	Alfanumerico	1	106	
239	GRADO_DIM_PROT	Grado di necessità di supporto post-ricovero	Alfanumerico	1	107	
240	CAU_EST	Causa esterna	Alfanumerico	5	108	
241	VISITA_ANEST	Visita anestesilogica	Alfanumerico	1	109	
242	TP_ESENZ	Tipo esenzione	Alfanumerico	1	99	
243	CD_ESENZ	Codice esenzione	Alfanumerico	2	100	
244	I_TICKET	Importo del ticket di ricovero	Numerico	8	101	
245	CLASSE	Classe	Alfanumerico	1	102	
246	GGCLASSE	Giornate di degenza in classe	Numerico	8	103	
247	CL_PRIORITA	Classe di priorità	Alfanumerico	1	104	
248	CL_ASA	Classe ASA (rischio anestesilogico)	Alfanumerico	1	105	
249	MDC	Categoria diagnostica principale	Alfanumerico	2	calc	
250	DRG	Diagnosis Related Groups	Alfanumerico	3	calc	
251	DRG_TIPO	Tipo Diagnosis Related Groups	Alfanumerico	1	calc	
252	APR_DRG	DRG specifico APR	Alfanumerico	3	calc	n
253	APR_TIPO	APR – Tipo	Alfanumerico	1	calc	n
254	APR_MDC	MDC specifico APR	Alfanumerico	2	calc	n
255	APR_SOI	APR – Severità malattia	Alfanumerico	1	calc	n
256	APR_ROM	APR – Rischio di morte	Alfanumerico	1	calc	n
257	PESO	Peso del neonato alla nascita	Numerico	8	97	
258	TARPRO_E	Tariffa provinciale DRG in Euro	Numerico	8	calc	
259	TARNAZ_E	Tariffa nazionale DRG in Euro	Numerico	8	calc	
260	TARIND_E	Tariffa indiretta DRG in Euro	Numerico	8	calc	
261	PESO_DRG	Peso DRG	Numerico	8	calc	
262	GGSOGLIA	Giorni soglia	Numerico	8	calc	
263	DEG_UO	Durata della degenza nell'unità operativa	Numerico	8	calc	
264	DEG_OSP	Durata della degenza in ospedale	Numerico	8	calc	
265	GGANNODH	Numero di accessi complessivi in regime diurno	Numerico	8	75	
266	GG_DEROGA	Giornate di degenza derogate	Numerico	8	96	
267	GGPERM	Giorni di permesso del reparto	Numerico	8	43	
268	GGPERTOT	Giorni di permesso totali (somma delle giornate di permesso associate al nosografico)	Numerico	8	calc	
269	IMP_FATT	Importo fattura	Numerico	8	calc	
270	ASS_SESSO	Sesso (omogeneizzato)	Alfanumerico	1	calc	
271	ASS_DATA_NA	Data di nascita (omogeneizzato)	Data	8	calc	
272	ASS_CITT	Cittadinanza (omogeneizzato)	Alfanumerico	3	calc	
273	ASS_COM_RES	Comune di residenza (omogeneizzato)	Alfanumerico	6	calc	
274	ASS_REG_RES	Regione di residenza (omogeneizzato)	Alfanumerico	3	calc	
275	ASS_ASL_RES	Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di residenza (omogeneizzato)	Alfanumerico	3	calc	
276	ASS_PROVENIENZA	Provenienza dei campi omogeneizzati	Alfanumerico	1	calc	
277	ETA_ANNO	Età (anno di prestazione - anno di nascita)	Numerico	8	calc	
278	ETA_PRES	Età (data di prestazione - data di nascita)	Numerico	8	calc	



NOTA: MODALITÀ DI CALCOLO DELLE VARIABILI VISTA-SDO:

N.	Nome	Etichetta	Tipo	Lung.	Calcolo
249	MDC	Categoria diagnostica principale	AN	2	Grouper versione 24.0
250	DRG	Diagnosis Related Groups	AN	3	Grouper versione 24.0
251	DRG_TIPO	Tipo Diagnosis Related Groups	AN	1	Grouper versione 24.0
252	APR_DRG	DRG specifico APR	AN	3	Grouper versione 24.0
253	APR_TIPO	APR – Tipo	AN	1	Grouper versione 24.0
254	APR_MDC	MDC specifico APR	AN	2	Grouper versione 24.0
255	APR_SOI	APR – Severità malattia	AN	1	Grouper versione 24.0
256	APR_ROM	APR – Rischio di morte	AN	1	Grouper versione 24.0
258	TARPRO_E	Tariffa provinciale DRG in Euro	N	8	tariffario provinciale vigente
259	TARNAZ_E	Tariffa nazionale DRG in Euro	N	8	tariffario nazionale; DM 18.10.2012
260	TARIND_E	Tariffa indiretta DRG in Euro	N	8	tariffario provinciale vigente
261	PESO_DRG	Peso DRG	N	8	Grouper versione 24.0
262	GGSOGLIA	Giorni soglia	N	8	tariffario provinciale vigente
263	DEG_UO	Durata della degenza nell'unità operativa	N	8	data di dimissione reparto – dato ricovero reparto (al netto delle giornate di permesso)
264	DEG_OSP	Durata della degenza in ospedale	N	8	data di dimissione ospedale – dato ricovero ospedale (al netto della somma delle giornate di permesso)
268	GGPERTOT	Giorni di permesso totali (somma delle giornate di permesso associate al nosografico)	N	8	somma delle giornate di permesso delle singole schede reparto (variabili 43) associate al nosografico
269	IMP_FATT	Importo fattura	N	8	importo ticket in base a ultime regole di calcolo (non più in vigore) comprendente l'importo massimale per ciascun paziente
270	ASS_SESSO	Sesso (omogeneizzato)	AN	1	da BDPA provinciale
271	ASS_DATA_NA	Data di nascita (omogeneizzato)	Data	8	da BDPA provinciale
272	ASS_CITT	Cittadinanza (omogeneizzato)	AN	3	da BDPA provinciale
273	ASS_COM_RES	Comune di residenza (omogeneizzato)	AN	6	da BDPA provinciale
274	ASS_REG_RES	Regione di residenza (omogeneizzato)	AN	3	da BDPA provinciale
275	ASS_ASL_RES	Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di residenza (omogeneizzato)	AN	3	da BDPA provinciale
276	ASS_PROVENIENZA	Provenienza dei campi omogeneizzati	AN	1	da sistema „mappatura“
277	ETA_ANNO	Età anno	N	8	anno di prestazione - anno di nascita
278	ETA_PRES	Età prestazione	N	8	data di prestazione - data di nascita

A seguito della introduzione a partire dal 01.01.2017 del nuovo tracciato SDO provinciale e nazionale, per i seguenti campi, viene effettuata una transcodifica dei valori immessi, in modo da rendere omogenea e confrontabile la lettura dei dati inseriti.

La transcodifica dei valori dal 2004 al 2016 avviene per i campi:

- TITOLO (Titolo di studio)
- PROVENIE (Provenienza)
- REP_AMM (reparto di ammissione)
- REP_DIM (reparto di dimissione)
- REP_LUNG (reparto lungodegenza)



Titolo di studio:

Valori in SDO anno <= 2016	→	in nuovo Trac- ciato Vista
5	→	1
4	→	2
3	→	3
2	→	4
1	→	5

Provenienza:

Valori in SDO anno <= 2016	→	in nuovo Trac- ciato Vista
1	→	S
2	→	3
3	→	4
4	→	5
5	→	6
6	→	7
7	→	8
8	→	8
9	→	A

Reparto di ammissione , Reparto di dimissione , Reparto lungodegenza:

Per i ricoveri con data di dimissione successiva / >= al 01.01.2017, “trasformare” i codici HSP.12, con le ultime due cifre se = 1, con valore “00”; in caso di ultime due cifre <> da “1”, riportare codice HSP.12.



ALLEGATO 3: INVIO DEI DATI DELLA PROVINCIA AL MINISTERO DELLA SALUTE

Le regioni e le province autonome inviano i dati di cui all'articolo 3, comma 3, del decreto al Ministero della salute, esclusivamente in modalità elettronica in due tracciati distinti, di seguito indicati:

TRACCIATO A – che contiene le informazioni di carattere anagrafico;

TRACCIATO B – che contiene le informazioni relative al ricovero.

I dati anagrafici e sanitari sono, quindi, archiviati separatamente e i dati anagrafici sono trattati con tecniche crittografiche.

I due archivi devono necessariamente essere completamente congruenti tra loro e riferirsi allo stesso insieme di schede di dimissione; tutte e sole le schede presenti nel primo archivio devono essere presenti nel secondo e viceversa.

Di seguito sono indicate le caratteristiche di ciascun archivio.

Informazioni, che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale (Ministero della Salute):

TRACCIATO A – che contiene le informazioni di carattere anagrafico:

- 1) *codice istituto di cura;*
- 2) *numero progressivo della scheda SDO;*
- 2bis) *numero progressivo scheda SDO della puerpera;*
- 4) *sexso;*
- 5) *data di nascita;*
- 6) *bis) comune di nascita*
- 6 ter) *livello di istruzione;*
- 7) *stato civile;*
- 8) *comune di residenza;*
- 9) *cittadinanza;*
- 10) *codice identificativo del paziente;*
- 11) *presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità;*
- 12) *tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità*
- 13) *regione di residenza;*
- 14) *ASL di residenza;*

TRACCIATO B – che contiene le informazioni relative al ricovero:

- 1) *codice istituto di cura;*
- 2) *numero progressivo della scheda SDO;*
- 15) *regime di ricovero;*
- 16) *data di prenotazione;*
- 17) *classe di priorità;*
- 18) *data di ricovero;*



- 19) *ora di ricovero;*
- 20) *unità operativa di ammissione;*
- 21) *onere della degenza;*
- 22) *provenienza del paziente;*
- 23) *tipo di ricovero;*
- 24) *traumatismi o intossicazioni;*
- 25) *codice causa esterna;*
- 26) *data trasferimento;*
- 27) *ora trasferimento;*
- 28) *unità operativa trasferimento;*
- 29) *unità operativa di dimissione;*
- 30) *data di dimissione o morte;*
- 31) *ora di dimissione o morte;*
- 32) *modalità di dimissione;*
- 33) *riscontro autoptico;*
- 34) *motivo del ricovero in regime diurno;*
- 35) *numero di giornate di presenza in ricovero diurno;*
- 36) *peso alla nascita;*
- 37) *diagnosi principale di dimissione;*
- 38) *diagnosi principale di dimissione presente al ricovero;*
- 39) *lateralità della diagnosi principale di dimissione;*
- 40) *stadiazione condensata della diagnosi principale di dimissione;*
- 41) *diagnosi secondarie di dimissione;*
- 42) *diagnosi secondarie di dimissione presenti al ricovero;*
- 43) *lateralità delle diagnosi secondarie di dimissione;*
- 44) *stadiazione condensata delle diagnosi secondarie di dimissione;*
- 45) *intervento principale;*
- 46) *intervento principale esterno;*
- 47) *data intervento principale*
- 48) *ora inizio intervento principale;*
- 49) *identificativo chirurgo intervento principale;*
- 50) *identificativo anestesista intervento principale;*
- 51) *check list sala operatoria intervento principale;*
- 52) *lateralità dell'intervento principale;*
- 53) *interventi secondari;*
- 54) *interventi secondari esterni;*
- 55) *data interventi secondari;*
- 56) *ora inizio interventi secondari;*
- 57) *identificativi chirurgici interventi secondari;*
- 58) *identificativi anestesisti interventi secondari;*
- 59) *check list sala operatoria interventi secondari;*



- 60) *lateralità degli interventi secondari;*
- 61) *rilevazione del dolore;*
- 62) *pressione arteriosa sistolica;*
- 63) *creatinina serica;*
- 64) *frazione eiezione.*

L'Amministrazione provinciale invia le schede di dimissione ospedaliera contenenti le sole informazioni di cui sopra, esclusivamente in modalità elettronica, in due tracciati distinti, di seguito indicati: TRACCIATO A - che contiene le informazioni di carattere anagrafico; TRACCIATO B - che contiene le informazioni relative al ricovero.

I dati anagrafici e sanitari sono, quindi, archiviati separatamente e i dati anagrafici di pazienti e prestatori di prestazioni sanitarie, sono trattati con tecniche crittografiche, come specificato nel disciplinare tecnico del Ministero della salute.

L'invio avviene mensilmente, entro i termini riportati nella seguente tabella:

Mese	Scadenza invio
Gennaio	15 marzo anno in corso
Febbraio	15 aprile anno in corso
Marzo	15 maggio anno in corso
Aprile	15 giugno anno in corso
Maggio	15 luglio anno in corso
Giugno	15 agosto anno in corso
Luglio	15 settembre anno in corso
Agosto	15 ottobre anno in corso
Settembre	15 novembre anno in corso
Ottobre	15 dicembre anno in corso
Novembre	15 gennaio anno seguente
Dicembre	15 febbraio anno seguente

Il Ministero, nei 45 giorni successivi all'ultimo invio previsto nella tabella precedente, attiva le procedure di controllo e consolidamento della banca dati SDO, che comprendono la segnalazione di eventuali errori alle Regioni; queste ultime provvedono ad effettuare le correzioni e a inviare i dati corretti entro il 31 marzo dell'anno seguente a quello a cui si riferisce la rilevazione.



TRACCIATO A – INFORMAZIONI ANAGRAFICHE – DEFINIZIONE DEI CAMPI

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Trasmissione	Tipo	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate	A	OBB	FORMATO: A Valori ammessi: I: Inserimento V: Variazione C: Cancellazione Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.	1	-



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORietà	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
A – Informazioni anagrafiche	Codice Istituto di Cura	Indica l'istituto di cura pubblico o privato	N	OBB	CAMPO CHIAVE Formato: NNNNNNNN Il campo, che identifica l'Istituto di cura dal quale è dimesso il paziente, deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis. (codici di cui al D.M. 23/12/1996 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996, detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, per gli ultimi due caratteri utilizzare il codice "00"	8	1 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
A – Informazioni anagrafiche (segue)	Numero progressivo della scheda SDO	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica	N	OBB	CAMPO CHIAVE Formato: NNNNNNNN Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: - i primi due identificano l'anno di ricovero; - gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.	8	2 Nota: a) prevedere transcodifica da codice a 10 cifre in tracciato provinciale a codice a 8 cifre in tracciato NSIS b) prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS
	Numero progressivo scheda SDO della puerpera	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica della scheda SDO della madre relativa al parto.	N	NBB <i>(Obbligatorio solo nel caso si tratti della SDO di un neonato relativo all'evento della sua nascita ovvero</i> <i>Provenienza del paziente="01")</i>	Formato: NNNNNNNN Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: - i primi due identificano l'anno di ricovero; - gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura. Questo campo deve essere compilato con valore "99999999" nel caso in cui la madre richieda l'anonimato o il neonato venga dato in adozione.)"	8	32 Nota: a) prevedere transcodifica da codice a 10 cifre in tracciato provinciale a codice a 8 cifre in tracciato NSIS b) prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS c) in caso di ricovero con provenienza =1 e campo "Nosografico puerpera" in tracciato provinciale non compilato, compilare in tracciato SDO nazionale con '99999999'



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORietà	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
A – Informazioni anagrafiche (segue)	Sesso	Sesso del paziente	N	OBB	Formato: N Valori ammessi: 1 = maschio 2 = femmina 9 = non definito	1	7 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS
	Data di Nascita	Data di nascita del paziente	AN	OBB	Formato: AAAA-MM-GG La data di Nascita non deve essere successiva alla Data di Ricovero. La differenza tra anno, mese e giorno di nascita e anno, mese e giorno di dimissione non può essere superiore a 125 anni. Per i ricoveri riferiti all'evento nascita il campo "Provenienza del Paziente" deve essere uguale a "01"	10	8 da transcodificare secondo il formato NSIS: AAAA-MM-GG



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
A – Informazioni anagrafiche (segue)	Comune di nascita	Comune di nascita del paziente o, nel caso di paziente nato all'estero, Stato estero di nascita.	AN	OBB	Formato: NNNNNN Il codice da utilizzare è il codice composto di 6 numeri, secondo codifica ISTAT, in cui i primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi tre indicano un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va inserito il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT. In caso di comune o Stato estero cessati, utilizzare il codice ISTAT in uso al momento della nascita (Elenco dei comuni soppressi http://www.istat.it/it/archivio/6789)	6	9 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS Se campo in tracciato provinciale = "999997" oppure "999998", esso va trasformato in sede di invio dati a NSIS in "999999".
	Livello di Istruzione	Titolo di studio del paziente al momento del ricovero	N	OBB	Formato: N 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	31 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORietà	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
A – Informazioni anagrafiche (segue)	Stato civile	Stato civile del paziente al momento del ricovero	N	OBB	Formato: N Valori ammessi: 1 = Celibe/Nubile 2 = Coniugato/a 3 = Separato/a 4 = Divorziato/a 5 = Vedovo/a 6 = Non dichiarato	1	10 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS
	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	AN	OBB	Formato: NNNNNN 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 residente all'estero va indicato 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 assistenza.	6	11 Se campo in tracciato provinciale = "999997" oppure "999998", esso va trasformato in sede di invio dati a NSIS in "999999".



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
A – Informazioni anagrafiche (segue)	Cittadinanza	Cittadinanza del paziente al momento del ricovero	N	OBB	Formato: NNN Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza è il seguente: • 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	12 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS Se campo in tracciato provinciale = "998", esso va trasformato in sede di invio dati a NSIS in "999".



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

A – Informazioni anagrafiche (segue)	Codice identificativo del paziente	Codice identificativo del paziente al momento del ricovero 11	AN	OBB	Il campo deve avere lunghezza massima di 20 caratteri in input alla procedura di cifratura che produrrà un output di massimo 178 caratteri. • Per i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice fiscale, a 16 caratteri (legge 412/91) in input alla procedura di cifratura; • Per i cittadini europei in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) riportare il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri, riportato sulla TEAM in input alla procedura di cifratura; • Per i cittadini Europei non in possesso della TEAM e non iscrivibili al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice ENI (Europeo non iscritto) a 16 caratteri (Circolare Ministero della Salute 19 febbraio 2008) in input alla procedura di cifratura; • Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi D.P.R. 31.8.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000, n.5) in input alla procedura di cifratura; Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere compilato con il carattere "X" ripetuto 20 volte in input alla procedura di cifratura;	172	24 Il campo deve avere lunghezza massima di 20 caratteri in input alla procedura di cifratura che produrrà un output di massimo 172 caratteri Il campo deve essere compilato con allineamento a sinistra; se il codice da inserire in input alla procedura di cifratura è inferiore ai 20 caratteri disponibili, riempire i restanti con spazi Nota: Transcodifica da SDO provinciale a tracciato SDO NSIS: se TIPO_ID prov.le = 1 , allora compilare con Codice Fiscale; se TIPO_ID prov.le = 2, allora compilare con Codice STP; se TIPO_ID prov.le = 9; allora compilare con Codice ENI; se TIPO_ID prov.le = 4, allora compilare con Codice TEAM; in ogni altro caso compilare con "XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX".
---	------------------------------------	---	----	-----	--	-----	---



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
A – Informazioni anagrafiche (segue)	Presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità	Informazione relativa alla presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica	N	FAC	Formato: N Valori ammessi: 0 = Codice identificativo valido (presente in banca dati) 1 = Codice identificativo errato (non presente in banca dati) Nella fase transitoria del Sistema SDO il campo non va valorizzato, ma a regime sarà un campo obbligatorio.	1	33
	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	N	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 va valorizzato, ma a regime sarà un campo obbligatorio.	2	23 Nota: transcodifica da SDO provinciale a tracciato SDO NSIS: tracc. prov.le = 1, allora tracc. NSIS = 0; tracc. prov.le = 2, allora tracc. NSIS = 1; tracc. prov.le = 9, allora tracc. NSIS = 2; tracc. prov.le = 4, allora tracc. NSIS = 3; tracc. prov.le = 3/Z., allora tracc. NSIS = 99

¹¹ Nella fase transitoria del Sistema SDO, le regioni sostituiscono al codice identificativo del paziente un codice cifrato ottenuto applicando al medesimo codice identificativo un algoritmo asimmetrico, a chiave pubblica nota, definito dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della salute, secondo quanto indicato al paragrafo specifico del documento "Specifiche funzionali – SDO – versione del XX agosto 2016 – Versione 1.3".



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORietà	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
A – Informazioni anagrafiche (segue)	Regione di Residenza	La regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente al momento del ricovero	N	OBB	Formato: NNN 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	15 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS
	ASL di Residenza	ASL che comprende il comune, o la frazione di comune in cui risiede l'assistito al momento del ricovero	N	OBB	Formato NNN 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 rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. 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	16 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS



TRACCIATO B – INFORMAZIONI RICOVERO – DEFINIZIONE DEI CAMPI

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM- PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRAC- CIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Trasmissione	Tipo	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate	A	OBB	FORMATO: A Valori ammessi: I: Inserimento V: Variazione C: Cancellazione Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.	1	-



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
B - Informazioni Ricovero	Codice Istituto di Cura	Indica l'istituto di cura pubblico o privato	N	OBB	CAMPO CHIAVE Formato: NNNNNNNN Il campo, che identifica l'Istituto di cura dal quale è dimesso il paziente, deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis. (codici di cui al D.M. 23/12/1996 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996, detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, per gli ultimi due caratteri utilizzare il codice "00"	8	1 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
	Numero progressivo della scheda SDO	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica	N	OBB	CAMPO CHIAVE Formato: NNNNNNNN Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: - i primi due identificano l'anno di ricovero; - gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.	8	2 Nota: a) prevedere transcodifica da codice a 10 cifre in tracciato provinciale a codice a 8 cifre in tracciato NSIS b) prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM-PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	Regime di Ricovero	Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" ed il "ricovero diurno"	N	OBB	Formato: N Valori ammessi: 1 = Ricovero ordinario 2 = Ricovero diurno Il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni: • 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	34 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	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.	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2 o se Regime di Ricovero = 1 e Tipo Ricovero = "programmato" o Tipo Ricovero = "programmato con preospedalizzazione")	Formato: AAAA-MM-GG Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti. 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 trasferimenti da altri istituti, 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.	10	98 da transcodificare secondo il formato NSIS: AAAA-MM-GG



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	Classe di priorità	Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nell'Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002	AN	NBB (obbligatorio se valorizzata Data di Prenotazione)	Formato: N 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	104



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	Data di Ricovero	Data di ricovero nell'istituto di cura	AN	OBB	Formato: AAAA-MM-GG 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 Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti 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, la provenienza del paziente deve essere valorizzata a "01"	10	35 Nota: a) si desume dai primi 8 caratteri del campo n. 35 del tracciato SDO provinciale b) da transcodificare secondo il formato NSIS: AAAA-MM-GG



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	Ora di ricovero	Ora di accettazione nel reparto di ammissione; si intende l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente.	AN	NBB (obbligatoria se valorizzato Regime di Ricovero = 1)	Formato: OO:MM 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.	5	35 Nota: a) si desume dagli ultimi 4 caratteri del campo n. 35 del tracciato SDO provinciale; b) da estrarre/inviare i dati a NSIS, solamente in caso di ricovero ordinario



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	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.	N	OBB	FORMATO = NNNNNNNNNN Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP.13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Il codice a 12 caratteri è così composto: • i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, • i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, • i successivi due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis; se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, utilizzare il codice "00"; • gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo: ○ Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; ✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. ○ Per le case di cura private (modello HSP13) ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; ✓ per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00". Si rimanda all'elenco delle discipline, di cui all'allegato Tabella1: CODICI DELLE SPECIALITÀ CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.	12	36 + ulteriori indicazioni di compilazione Nota: a) per la trasmissione dati a NSIS, il codice si compone come segue: 041 (P.A di Bolzano) + 00X (progressivo relativo a Istituto di cura) + 00 (riferimento a stabilimento – non applicabile per le strutture della nostra Provincia) + XX.YY (codice reparto / specialità clinica dell'istituto di ricovero); <i>(a titolo di esempio codifica del reparto di Medicina dell'Ospedale di Bolzano: "041 001 00 2601")</i> <i>N.B. in caso di reparti diurni multispecialistici 98xx, essi vanno trasformati in 98.01</i> b) i dati relativi a questo campo, vanno esportati a NSIS in formato numerico



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM-PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	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.	AN	OBB	FORMATO = N Valori ammessi: 1 = ricovero a totale carico del SSN; 2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera); 4 = ricovero senza oneri per il SSN; 5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione); 6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera); 7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN; 8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; 9 = altro.	1	38 Nota: Da prevedere transcodifica dal tracciato provinciale a quello NSIS per compilazione = 3, che nel tracciato NSIS diventa = 9 (altro)



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	Provenienza del paziente	La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero.	N	OBB	FORMATO = NN Valori 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	2	39

Nota:
 Da prevedere transcodifica dal tracciato provinciale a quello NSIS.
 (anche da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS):
 da tracc. prov.le → tracc. NSIS
 "1" → 01
 "2" → 02
 "3" → 03
 "4" → 04
 "5" → 05
 "6" → 06
 "7" → 07
 "8" → 08
 "9" → 09
 "0" → 10
 "S" → 11
 "O" → 12
 "A" → 99

L'OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo o a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri setting assistenziali.

Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico.



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM-PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	Tipo di ricovero	Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario individuando 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.	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e Provenienza del Paziente <> "01")	FORMATO = N Valori 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 Questa variabile non si compila per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita ovvero Provenienza paziente = "01" 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.	1	40 Nota: da prevedere transcodifica dal tracciato provinciale a quello NSIS. (anche da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS): da tracc. prov.le → tracc. NSIS "1" → 1 "2" → 2 "3" → 3 "4" → 1 "5" → 4 "6" → non compilare "7" → 5



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	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)	N	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)	FORMATO = N 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	44 Nota: da prevedere transcodifica dal tracciato provinciale a quello NSIS. (anche da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS): da tracc. prov.le → tracc. NSIS "1" → 1 "2" → 2 "3" → 3 "4" → 4 "5" → 5 "6" → 9 "9" → 9
Informazioni Ricovero	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).	AN	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)	FORMATO = ENNNN 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)	4/5	108



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Trasferimenti (NB: Possono essere inseriti da 1 a 15 trasferimenti, sia interni che esterni, relativamente ad un singolo ricovero)	Data 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)	AN	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 Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata la Data di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Ora di Trasferimento ed Unità Operativa di Trasferimento Formato: OO:MM	10	Vedi diagramma di flusso transcodifica
Trasferimenti (NB: Possono essere inseriti da 1 a 15 trasferimenti, sia interni che esterni, relativamente ad un singolo ricovero)	Ora Trasferimento		AN	NBB (obbligatoria se valorizzata Data Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e Regime di Ricovero=1)	■ In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata l'Ora di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Data di Trasferimento ed Unità Operativa di Trasferimento ■ In presenza di Trasferimenti che hanno stessa Data di Trasferimento verrà inoltre controllato che l'Ora del Trasferimento sia successiva all'Ora del Trasferimento precedente	5	Vedi diagramma di flusso transcodifica



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Trasferimenti (NB: Possono essere inseriti da 1 a 15 trasferimenti, sia interni che esterni, relativamente ad un singolo ricovero)	Unità Operativa Trasferimento		N	NBB (obbligatoria se valorizzato Data Trasferimento o Ora Trasferimento e Regime di Ricovero=1)	FORMATO = NNNNNNNNNNNN Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Il codice a 12 caratteri è così composto: • i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, • i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, • i successivi due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis; se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, utilizzare il codice "00"; • gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo: ○ Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; ✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. ○ Per le case di cura private (modello HSP13)	12	Vedi diagramma di flusso transcodifica



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Dimissione	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.	N	OBB	FORMATO = NNNNNNNNNNNN Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Il codice a 12 caratteri è così composto: • i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, • i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, • i successivi due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis; se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, utilizzare il codice "00"; • gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo: ○ Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; ✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. ○ Per le case di cura private (modello HSP13)	12	76

Note:
la valorizzazione del campo e' data dalla compizione del campo "Istituto" (campo. n. 1 del tracciato prov.le – a 8 lunghezze) + il campo n. 76 dello stesso tracciato provinciale.

N.B. in caso di reparti diurni multispecialistici 98xx, essi vanno trasformati in 98.01

prevedere transcodifica da codici alfanumerici in tracciato provinciale a codice composito numerico in tracciato NSIS



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Dimissione	Data di dimissione o morte	Indica la data di dimissione o di decesso del paziente	AN	OBB	Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG 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.	10	79 Nota: a) si desume dai primi 8 caratteri del campo n. 79 del tracciato SDO provinciale b) da transcodificare secondo il formato NSIS: AAAA-MM-GG
	Ora di dimissione o morte	Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora del decesso.	AN	NBB (obbligatoria se valorizzato Regime di Ricovero = 1)	Formato: OO:MM Inserire l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora di morte.	5	79 Nota: a) si desume dagli ultimi 4 caratteri del campo n. 35 del tracciato SDO provinciale; b) da estrarre/inviare i dati a NSIS, solamente in caso di ricovero ordinario



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM-PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Dimissione	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.	AN	OBB	FORMATO: NN Valori ammessi: 01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto; 02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente; 03 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) 04 = 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"; 05 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia rappresentato durante il ciclo programmato); 06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti; 07 = 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; 08 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione. 09 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI	2	77 Nota: da prevedere transcodifica dal tracciato provinciale a quello NSIS. da tracc. prov.le → tracc. NSIS "1" → 01 "2" → 02 "3" → 03 "10" → 03 "4" → 04 "5" → 05 "6" → 06 "8" → 07 "12" → 07 "9" → 08 "11" → 09



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni ricovero	Riscontro autoptico	Individua i pazienti deceduti durante il ricovero per i quali è stata effettuata l'autopsia.	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Modalità di Dimissione = "01")	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = autopsia eseguita 2 = autopsia non eseguita Deve essere compilato se e solo se modalità di dimissione = '01"	1	93 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS
	Motivo del ricovero in regime diurno	Indica se il ricovero in regime diurno è effettuato a scopo diagnostico, chirurgico, terapeutico o riabilitativo.	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2	FORMATO: N 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 (codice 2 alla variabile "regime di ricovero")	1	41 Nota: prevedere transcodifica da codice AN in tracciato provinciale a codice numerico in tracciato NSIS



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	Numero di 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	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2)	FORMATO: NNN 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 accessi presso l'istituto di cura fino al 31 dicembre. Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 alla variabile "regime di ricovero")	3	75
	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.	N	NBB (obbligatorio se provenienza del paziente = "01")	FORMATO: NNN 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	97 <i>In caso di valori = '0' oppure '0000', il campo viene inviato a NSIS in modalità "blank" (vuoto)</i>



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Diagnosi Principale	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.	AN	OBB	FORMATO: ANN(NN) 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).	3/5	80
	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.	N	OBB	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1	128



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM-PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Diagnosi Principale	Lateralità	Ove applicabile specificare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1	129
	Stadiazione condensata	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)	N	NBB <i>(obbligatorio in presenza di diagnosi di dimissione principale identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)</i>	FORMATO: N 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	223



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Diagnosi Secondarie NB: (Possono essere inserite da 1 a 5 diagnosi secondarie)	Diagnosi secondarie di dimissione	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.	AN	FAC	FORMATO: ANN(NN) 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).	3/5	Se compilati in tracciato SDO provinciale compilare con: 81 (CDIAG1_O) + 82 (CDIAG2_O) + 83 (CDIAG3_O) + 84 (CDIAG4_O) + 85 (CDIAG5_O)



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Diagnosi Secondarie NB: (Possono essere inserite da 1 a 5 diagnosi secondarie)	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.	N	NBB (obbligatorio per ogni campo di diagnosi secondaria di dimissione compilata)	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1	Se compilati in tracciato SDO provinciale compilare con: 130 (CDIAG1_O_PRES) + 132 (CDIAG2_O_PRES) + 134 (CDIAG3_O_PRES) + 136 (CDIAG4_O_PRES) + 138 (CDIAG5_O_PRES)
	Lateralità	Ove applicabile specificare se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1	Se compilati in tracciato SDO provinciale compilare con: 131 (CDIAG1_O_LAT) + 133 (CDIAG2_O_LAT) + 135 (CDIAG3_O_LAT) + 136 (CDIAG4_O_LAT) + 139 (CDIAG5_O_LAT)



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
	Stadiazione condensata	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione secondaria (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)	N	NBB (facoltativo, se valorizzato, presenza di diagnosi di dimissione secondaria identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)	FORMATO: N 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	Se compilati in tracciato SDO provinciale compilare con: 224 (STAD_COND_CDIAG1_O) + 225 (STAD_COND_CDIAG2_O) + 226 (STAD_COND_CDIAG3_O) + 227 (STAD_COND_CDIAG4_O) + 228 (STAD_COND_CDIAG5_O)



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM-PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Intervento Principale	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.)	AN	FAC	FORMATO: NNN(N) La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio 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 quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.); 2. nel caso in cui siano segnalate sia procedure chirurgiche sia procedure diagnostiche o terapeutiche, riportare sempre prima le procedure chirurgiche; 3. in presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche, selezionare e codificare come principale quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse; 4. in caso di parto. L'intervento principale deve essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).	3/4	87



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Intervento Principale	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	N	NBB (obbligatorio se valorizzato <i>Intervento Principale</i>)	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1	Compilazione "in automatico": - se nel tracciato provinciale CINTCP_O = CINTx_R in almeno una delle schede reparto e corrispettivo campo CSINTx_R è compilato (not null), allora compilare questo campo = 1; altrimenti compilare = 0 . - se nel tracciato prov.le CINTCP_O non compilato, allora non compilare in tracciato NSIS.
	Data intervento principale	Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento principale.	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato <i>Intervento Principale</i>)	Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG	10	86 (se compilato in tracciato SDO provinciale) Nota: transcodifica come da output richiesto dal tracciato NSIS



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Intervento Principale	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).	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato <i>Intervento Principale</i>)	FORMATO: OO:MM 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". Da compilare solamente in caso di procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ	5	140 (se compilato in tracciato SDO provinciale)
	Identificativo Chirurgo intervento principale NB: (Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio)	Individua il chirurgo responsabile dell'intervento principale.	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato <i>Intervento Principale</i>)	Le informazioni di dominio sono dettagliate nell'allegato 5.3. delle "Specifiche funzionali SDO" 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.	44	Se compilati in tracciato SDO provinciale, compilare con campi nr. 141 (ID1_CHIR_INCP_O) 142 (ID2_CHIR_INCP_O), e 143 (ID3_CHIR_INCP_O)



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Intervento Principale	Identificativo Anestesista intervento principale	Individua l'anestesista dell'intervento principale.	AN	FAC	Le informazioni di dominio sono dettagliate nell'allegato 5.3. delle "Specifiche funzionali SDO" Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ	44	144 (se compilato in tracciato prov.le SDO)
	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	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Intervento Principale)	Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile	1	145 (se compilato in tracciato prov.le SDO)
	Lateralità	Ove applicabile specificare se l'intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	Compilare per tutte le procedure effettuate in sala operatoria FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1	146 (se compilato in tracciato prov.le SDO)



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM-PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Interventi Secondari NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)	Interventi secondari	Ulteriori procedure oltre all'intervento principale.	AN	FAC	FORMATO: NNN(N) Quando nella cartella clinica sono indicate procedure in numero superiore alle sei previsti dal tracciato record della S.D.O., 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).	3/4	Se compilati in tracciato SDO provinciale, compilare con: 88 (CINTC1_O) + 89 (CINTC2_O) + 90 (CINTC3_O) + 91 (CINTC4_O) + 92 (CINTC5_O) + 182 (CINTC6_O) + 190 (CINTC7_O) + 198 (CINTC8_O) + 206 (CINTC9_O) + 214 (CINTC10_O)



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Interventi Secondari NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)	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	N	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato)	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1	Compilazione "in automatico": - se nel tracciato provinciale, <u>per lo stesso nosografico</u> , CINTCx_O (diverso da CINTCP_O) = CINTx_R in almeno una delle schede reparto e corrispettivo campo CSINTx_R è compilato (not null), allora compilare questo campo = 1; altrimenti compilare = 0 . - se nel tracciato prov.le CINTCx_O non compilato, allora non compilare in tracciato NSIS.



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Interventi Secondari NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)	Data intervento secondario	Indica la data dell'intervento secondario per ogni campo di intervento compilato.	AN	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato)	Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG N.B. Per i ricoveri con preospedalizzazione – TIPO_RICOVERO = 4 la data delle procedure eseguite può essere anteriore alla data di ricovero	10	Se compilati in tracciato SDO provinciale, compilare con le prime 8 cifre dei campi: 147 (DINTC1_O) + 154 (DINTC2_O) + 161 (DINTC3_O) + 168 (DINTC4_O) + 175 (DINTC5_O) + 183 (DINTC6_O) + 191 (DINTC7_O) + 199 (DINTC8_O) + 207 (DINTC9_O) + 215 (DINTC10_O) N.B. Trasformare da formato GGMMAAA a AAAAMMGG Se compilati in tracciato SDO provinciale, compilare con le ultime 4 cifre dei campi: 147 (DINTC1_O) + 154 (DINTC2_O) + 161 (DINTC3_O) + 168 (DINTC4_O) + 175 (DINTC5_O) + 183 (DINTC6_O) + 191 (DINTC7_O) + 199 (DINTC8_O) + 207 (DINTC9_O) + 215 (DINTC10_O)
	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).	AN	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato)	Formato: OO:MM 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". Da compilare solamente in caso di procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ	5	



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Interventi Secondari NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)	Identificativo Chirurgo intervento secondario NB: (Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio)	Individua il chirurgo responsabile dell'intervento secondario.	AN	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato)	Le informazioni di dominio sono dettagliate nell'allegato 5.3. del documento delle "Specifiche funzionali SDO" del Ministero della Salute 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	44	Se compilati in tracciato prov.le SDO, compilare in logica relazione ai campi 88 (CINTC1_O) + 89 (CINTC2_O) + 90 (CINTC3_O) + 91 (CINTC4_O) + 92 (CINTC5_O) + 182 (CINTC6_O) + 190 (CINTC7_O) + 198 (CINTC8_O) + 206 (CINTC9_O) + 214 (CINTC10_O) come segue, prendendo i valori dal tracciato prov.le: 148-149-150, 155-156-157, 162-163-164, 169-170-171, 176-177-178, 184-185-186, 192-193-194, 200-201-202, 208-209-210, 216-217-218.



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Interventi Secondari NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)	Identificativo Anestesista intervento secondario	Individua l'anestesista dell'intervento secondario.	AN	FAC	Le informazioni di dominio sono dettagliate nell'allegato 5.3. del documento delle "Specifiche funzionali SDO" del Ministero della Salute. Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ	32	Se compilati in tracciato prov.le SDO, compilare in logica relazione ai campi 88 (CINTC1_O) + 89 (CINTC2_O) + 90 (CINTC3_O) + 91 (CINTC4_O) + 92 (CINTC5_O) + 182 (CINTC6_O) + 190 (CINTC7_O) + 198 (CINTC8_O) + 206 (CINTC9_O) + 214 (CINTC10_O) come segue, prendendo i valori dal tracciato prov.le: 151-158-165-172-179-187-195-203-211-219.



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Interventi Secondari NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)	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 Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012	N	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato)	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	Se compilati in tracciato prov.le SDO, compilare in logica relazione ai campi 88 (CINTC1_O) + 89 (CINTC2_O) + 90 (CINTC3_O) + 91 (CINTC4_O) + 92 (CINTC5_O) + 182 (CINTC6_O) + 190 (CINTC7_O) + 198 (CINTC8_O) + 206 (CINTC9_O) + 214 (CINTC10_O) come segue, prendendo i valori dal tracciato prov.le: 152-159-166-173-180-188-196-204-212-220



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM-PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Interventi Secondari NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)	Lateralità	Ove applicabile specificare se l'intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1	Se compilati in tracciato prov.le SDO, compilare in logica relazione ai campi 88 (CINTC1_O) + 89 (CINTC2_O) + 90 (CINTC3_O) + 91 (CINTC4_O) + 92 (CINTC5_O) + 182 (CINTC6_O) + 190 (CINTC7_O) + 198 (CINTC8_O) + 206 (CINTC9_O) + 214 (CINTC10_O) come segue, prendendo i valori dal tracciato prov.le: 153-160-167-174-181-189-197-205-213-221
Informazioni Ricovero	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	N	OBB	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1	222



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM- PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRAC- CIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	Pressione ar- teriosa sistoli- ca	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)	N	NBB <i>(obbligatorio se presente diagnosi - principale o secondaria - valorizzata con codice ICD9-CM 410.xx).</i>	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	229



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM-PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRACCIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	Creatinina serica	Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL)	N	NBB (obbligatorio se valgono le condizioni specificate nelle informazioni di dominio)	FORMATO: NN,NN Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) valore massimo accettabile 99,99 mg/dL. Il campo deve essere compilato in caso di ricovero per acuti e pazienti con età maggiore o uguale ai 65 anni, nei seguenti casi: 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). Indicare il valore della creatinina serica (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.	1/5	230



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAM- PO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO	NUMERO CAMPO TRAC- CIATO PROVINCIALE & NOTE PER TRASMISSIONE A NSIS
Informazioni Ricovero	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 chi- rurgico di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o di inter- vento sulle valvole cardiache (codi- ce ICD9-CM 35.1x-35.2x).	N	NBB <i>(obbligatorio se rilevato intervento – principale o se- condario – valoriz- zato con codice ICD9-CM 36.1x o 35.1x-35.2x).</i>	FORMATO: NN 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.	2	231



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

COMPILAZIONE CAMPI "TRASFERIMENTO" IN TRACCIATO SDO "NSIS"

NOSOG. CON 1
SOLA RIGA
(MOD_DIM <= 7)

no

sì

no
(è compilato
con 1 o 3)

SINTCxR non è
compilato, oppure è
= 2 / 4

sì

**Campi "Trasferimento"
non vanno compilati**

Compilare i campi "Data trasferimento" + "Ora trasferimento" + "Unità operativa trasferimento" per ciascun caso di SINTCxR compilato (in ordine crescente di D_TR_ST_INTCxR – recuperando le informazioni dalla terna di dati CSINTCxR + D_TR_ST_INTCxR + REP_ST_INTCxR) come segue:

- "Data trasferimento" = prime 8 cifre del campo D_TR_ST_INTCxR (campi n. 110 / 113 / 116 / 119 / 122 / 125 del tracciato prov.le);
- "Ora trasferimento" = ultime 4 cifre del campo D_TR_ST_INTCxR (campi n. 110 / 113 / 116 / 119 / 122 / 125 del tracciato prov.le);
- "Unità operativa di trasferimento" = composizione primi 6 caratteri con valori del campo corrispondente CSINTCxR + caratteri 7-8 con valori = 00 + caratteri da 9 a 12 con valori del campo corrispondente REP_ST_INTCxR

e aggiungere informazione del **trasferimento di ritorno in reparto**, quindi:

- "Data trasferimento" = prime 8 cifre del relativo campo D_RIENTRO_ST_INTCxR (campi 112, 115, 118, 121, 124, 127);
- "Ora trasferimento" = ultime 4 cifre del campo D_RIENTRO_ST_INTCxR (campi 112, 115, 118, 121, 124, 127);
- "Unità operativa di trasferimento" = reparto di ammissione, secondo le regole di compilazione previste dal flusso NSIS (ovvero 041+codice istituto di cura + 00+codice reparto)

N.B. vanno indicati trasferimenti esterni in numero equivalente a quante sono presenti le combinazioni dei codici CSINTCxR e REP_ST_INTCxR in scheda SDO.

A titolo di esempio: qualora nel corso di un trasferimento esterno presso uno stesso reparto di una stessa struttura esterna siano stati eseguiti 3 differenti interventi/procedure, poiché struttura e reparto rimangono gli stessi, in sede di trasposizione dati a tracciato NSIS, la sequenza delle informazioni viene ripetuta una sola volta.

SINTCxR non è mai
compilato, oppure è = 2 /
4 in almeno uno dei re-
cord SDO dello stesso
Nosografico

no

sì

Compilare i campi "Data trasferimento" + "Ora trasferimento" + "Unità operativa trasferimento" per ciascuna riga del tracciato provinciale con MOD_DIM = 7, seguendo l'ordine crescente del valore inserito nel campo n. 3 NUM_SCHEDA – numero scheda del reparto (complessivamente a n-1 volte, dove n = numero schede reparto per ciascun nosografico; quindi per un ricovero con 2 trasferimenti, compilare la sequenza dati per 2 volte), come segue:

- "Data trasferimento" = prime 8 cifre del campo D_DIMREP (campo n. 78 del tracciato prov.le);
- "Ora trasferimento" = ultime 4 cifre del campo D_DIMREP (campo n. 78 del tracciato prov.le);
- "Unità operativa di trasferimento" = composizione prime 8 cifre con valori in "ISTITUTO" (campo n. 1 del tracciato prov.le) + ultime 4 cifre con valori in "REP_DIM" (campo n. 76 del tracciato prov.le del record con NR_SCHEDA successivo a quello di riferimento)

Compilare i campi "Data trasferimento" + "Ora trasferimento" + "Unità operativa trasferimento" per ciascuna riga del tracciato provinciale con MOD_DIM = 7, seguendo l'ordine crescente del valore inserito nel campo n. 3 – numero scheda del reparto (complessivamente a n-1 volte, dove n = numero schede reparto per ciascun nosografico; quindi per un ricovero con 2 trasferimenti, compilare la sequenza dati per 2 volte), tenendo conto anche – se presenti – delle date D_TR_ST_INTCxR, tenendo conto delle regole di transcodifica A e B.

A titolo di esempio, se abbiamo 1 ricovero con 1 trasferimento di reparto e 1 trasferimento esterno, con trasferimento esterno effettuato in data antecedente al trasferimento di reparto, i campi vanno compilati come segue:

- "Data trasferimento" = prime 8 cifre del campo D_TR_ST_INTC1R (campo n. del tracciato prov.le);
- "Ora trasferimento" = ultime 4 cifre del campo D_TR_ST_INTC1R (campo n. 110);
- "Unità operativa di trasferimento" = composizione primi 6 caratteri con valori del campo corrispondente CSINTC1R + caratteri 7-8 con valori = 00 + caratteri da 9 a 12 con valori del campo corrispondente REP_ST_INTC1R

e aggiungere informazione del **trasferimento di ritorno in reparto**, quindi:

- "Data trasferimento" = prime 8 cifre del relativo campo D_RIENTRO_ST_INTCxR (campi 112, 115, 118, 121, 124, 127);
- "Ora trasferimento" = ultime 4 cifre del campo D_RIENTRO_ST_INTCxR (campi 112, 115, 118, 121, 124, 127);
- "Unità operativa di trasferimento" = reparto di ammissione, secondo le regole di compilazione previste dal flusso NSIS (ovvero 041+codice istituto di cura + 00+codice reparto)

- "Data trasferimento" = prime 8 cifre del campo D_DIMREP (campo n. 78 del tracciato prov.le del record con MOD = 7);
- "Ora trasferimento" = ultime 4 cifre del campo D_DIMREP (campo n. 78 del tracciato prov.le del record con MOD = 7);
- "Unità operativa di trasferimento" = composizione prime 8 cifre con valori in "ISTITUTO" (campo n. 1 del tracciato prov.le) + ultime 4 cifre con valori in "REP_DIM" (campo n. 76 del tracciato prov.le della riga relativa al record con NR_SCHEDA = 2)



ALLEGATO 4: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI (INVIO DALL'AZIENDA SANITARIA ALLA PROVINCIA)

LEGENDA:

OBB V: Obbligatorio e Vincolante

OBB: Obbligatorio in determinate circostanze

A) TRACCIATO VARIABILI ANAGRAFICHE

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBLIGO	
1. ISTITUTO Istituto/presidio ospedaliero Codice istituto	AN (8)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice istituto nell'elenco dei codici istituto
2. NOSOGRAF Nosografico	AN (10) Lunghezza 10 di cui le prime 4 identificano l'anno della ammissione, le successive un progressivo del presidio ospedaliero all'interno dell'anno	OBB V	Obbligatorietà AAAA = ANNO DELLA DATA DI RICOVERO AAAA+NNNNNN Se in fase di invio / re-invio in archivio provinciale di un record SDO con combinazione campi Nosografico e Istituto uguali, il mese di ricovero e il mese di dimissione devono corrispondere a quelli del record SDO già in archivio.
3. NR_SCHED Numero della scheda di reparto	N (8) Rappresenta un progressivo all'interno della scheda di ricovero-ospedale (nosografico) (un ricovero con tre trasferimenti di reparto potrà avere il nosografico 2003001234 e i numeri delle schede di reparto, rispettivamente, 00000001, 00000002, 00000003).	OBB V	Obbligatorietà La numerazione della scheda di reparto per ogni ricovero-ospedale (nosografico) deve essere univoca e progressiva. La sequenza del numero delle schede di reparto deve corrispondere alla sequenza delle date di ricovero reparto.
4 COG Cognome	AN (30)	OBB V	Obbligatorietà Verifica non presenza caratteri non validi
5 NOME Nome	AN (20)	OBB V	Obbligatorietà Verifica non presenza caratteri non validi
6. NOMEA Cognome acquisito	AN (20)		Verifica congruità con sesso = 2 Verifica non presenza caratteri non validi



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
7. SESSO Sesso	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 1 = maschio; 2 = femmina; 9 = non definito
8. DNASCITA Data di nascita	Data (8)	OBB V	Obbligatorietà Validità della data nel formato ggmmaaaa Data di nascita minore della data del sistema Data di nascita minore (od uguale solo per i nati in ospedale) della data di ricovero Data di nascita non può essere anteriore di 125 anni rispetto a data di dimissione Se Provenienza = 1, allora Data di nascita = Data di ricovero; Se Data di nascita = data di ricovero, Provenienza deve essere in range 1, 2, 5, 6, 7, 8.
9. COM_NASC Comune di nascita	AN (6)	OBB V	Obbligatorietà Codici comuni ISTAT per comuni italiani; codici Ministero degli Interni per i paesi esteri Se i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica dell'esistenza del comune sull'elenco dei paesi esteri Altrimenti esistenza del comune di nascita sull'elenco dei comuni Altri codici possibili 999997 se nato in Italia, ma comune sconosciuto; 999998= se nato all'estero e non si conosce paese estero; 999999= sconosciuto
10. S_CIVILE Stato civile	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 6 Se neonato indicare 1 o 6
11. COM_RES Residenza	AN (6)	OBB V	Obbligatorietà Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo Stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente al momento del ricovero. Va utilizzato lo stesso sistema di codifica definito per la variabile: "Comune di nascita"; in particolare: • il codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, nel caso di pazienti residenti in Italia; • il codice 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT, nel caso di pazienti residenti all'estero. Utilizzare i codici in vigore al momento della dimissione. 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 assistenza. Altri codici possibili: 999997 (comune italiano sconosciuto); 999998 (residente all'estero e non si conosce il comune); 999999 (nessuna informazione)



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
12. C_CITT Cittadinanza	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza è il seguente: • 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.
13. LIBRETTO Codice sanitario individuale	AN (16)	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID è uguale a 2 / 4 / 9 / Z Se compilato, verifica della presenza in banca dati anagrafica assistibili. Allineato a sinistra Se TIPO_ID = 3 (anonimo), il campo non deve essere compilato.
14. FISCALE Codice fiscale	AN (16)		NESSUN CONTROLLO (CAMPO RIMANE PER MANTENERE STRUTTURA DEL TRACCIATO)
15. REG_RES Regione di residenza	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito 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. Se comune sconosciuto COM_RES=999999 o 999998 o 999997 → REG_RES="999"
16. ASL_RES Comprensorio/ASL di residenza	AN (3)	OBB	Obbligatorietà Esistenza della coppia comune/regione e codice ASL di residenza sull'elenco delle ASL In caso di residenza all'estero, codice ASL_RES= "999", se codice regione di residenza (REG_RES) presente sull'elenco dei paesi esteri o se codice della regione di residenza (REG_RES) ="999" . DM 17/9/86
17. REG_ASS Regione di assistenza	AN (3)		Esistenza del codice regione di appartenenza sull'elenco delle regioni Codici del Ministero della Sanità (DM 17/9/86) – MANTENIMENTO DALLA PRECEDENTE STRUTTURA SDO
18. ASL_ASS ASL di iscrizione	AN (3)		Esistenza della coppia regione e codice ASL di iscrizione sull'elenco delle ASL oppure codice ASL di iscrizione = "spazio" se codice regione di iscrizione = "spazio" Codici del Ministero della Sanità (DM 17/9/86) MANTENIMENTO DALLA PRECEDENTE STRUTTURA SDO



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
19. RES_EST Luogo di residenza dello straniero	AN (25)		Verifica del paese estero nel comune di residenza MANTENIMENTO DALLA PRECEDENTE STRUTTURA SDO
20. CAS_EST Desc. cassa malati estera	AN (40)		Verifica del paese estero nel comune di residenza MANTENIMENTO DALLA PRECEDENTE STRUTTURA SDO
21. I_CASEST Indir. cassa malati estera	AN (40)		Verifica del paese estero nel comune di residenza MANTENIMENTO DALLA PRECEDENTE STRUTTURA SDO
22. C_CASET Cap cassa malati estera	AN (10)		Verifica del paese estero nel comune di residenza MANTENIMENTO DALLA PRECEDENTE STRUTTURA SDO
23. TIPO_ID Tipo identificativo utente	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 1 = codice fiscale 2 = STP (straniero temporaneamente presente) 3 = AA (anonimo) 4 = TEAM (codice personale della TEAM) 9 = ENI (Europeo Non Iscritto) Z = Altro
24. COD_ID Codice identificativo utente	AN (20)	OBB V	Obbligatorietà Se TIPO_ID=1 allora COD_ID deve essere di lunghezza 16 e deve essere verificata la presenza dello stesso Codice (Fiscale) in banca dati anagrafica assistibili se TIPO_ID = 2 allora compilare con Codice STP: STP+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo. La lunghezza deve essere pari a 16; se TIPO_ID = 3 allora compilare con 20 "X"; se TIPO_ID = Z allora compilare con 20 "X" se TIPO_ID = 4 allora compilare con Codice TEAM; se TIPO_ID = 9 allora compilare con Codice ENI; ENI+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo. La lunghezza deve essere pari a 16; Per i codici STP ed ENI si verifica validità dei codici regione.
25. N_TEAM Numero di identificazione della TEAM	AN (20)	OBB	se TIPO_ID = 4 allora compilare
26. COD_IST nome istituzione competente TEAM	AN (15)	OBB	se TIPO_ID = 4 allora compilare
27. DEN_IST Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM	AN (30)	OBB	se TIPO_ID = 4 allora compilare
28. ST_ESTERO Stato che rilascia la TEAM	AN (2)	OBB	se TIPO_ID = 4 allora compilare



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
29. TIPO_TEAM Tipo di assistenza previsto dalla TEAM	AN (4)	OBB	se TIPO_ID = 4 allora compilare Il valore deve essere "E106" o "E111" ; in caso contrario il campo deve rimanere vuoto
30. DATA_SCAD Data di scadenza della TEAM	Data (8)	OBB	Validità del formato ggmmaaaa se TIPO_ID = 4 o X allora compilare
31. TITOLO Livello di istruzione	AN (1)	OBB V	0 = Nessuno 1 = Licenza elementare 2 = Diploma scuola media inferiore 3 = Diploma scuola media superiore 4 = Diploma universitario o laurea breve 5 = Laurea o superiore 9 = non dichiarato
32. NOS_PUE Nosografico della puerpera	AN	OBB	AAAA = ANNO DELLA DATA DI RICOVERO AAAA+NNNNNN Da compilare in caso di nosografico relativo a neonato (verificare nel corrispondente tracciato ricoveri PRO- VENIE = 1 e TIPO_ID del nosografico della puerpera è <> da "Anonimo") AmMESSo anche il valore "9999999999" (in caso che il neonato venga dato in adozione) NOS_PUE dev'essere contenuto nell'archivio provinciale SDO (o nella stessa spedizione dati, oppure già presente in archivio provinciale) Se compilato, la corrispettiva scheda SDO della madre deve avere TIPO_RIC = 1, 2, 5 oppure 7.
33. PRES_COD_ID Presenza del codice identificativo dell'assistito in banca dati verifica validità	N	OBB V	Valori ammessi: 0 = codice identificativo valido / presente in Banca dati 1 = codice identificativo errato / non presente in Banca dati N.B: Nella fase transitoria del Sistema SDO () il campo non va valorizzato, ma a regime sarà un campo obbligatorio.



B) TRACCIATO VARIABILI CLINICHE

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
34. REGRIC Regime di ricovero	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 1 = ricovero ordinario 2 = ricovero diurno Se REGRIC = 2, allora non è possibile che il nosografico si sovrapponga (temporalmente) a ricovero dello stesso COD_ID con REGRIC = 1 nello stesso ISTITUTO. Se REGRIC = 1, allora non è possibile che il nosografico si sovrapponga (temporalmente) a ricovero dello stesso COD_ID con REGRIC = 2 nello stesso ISTITUTO.
35. D_RICOSP Data ed ora del ricovero in ospedale	Data (12)	OBB V	Obbligatorietà Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di ricovero minore della data di sistema Data di ricovero minore della data di dimissione Verifica di conflitti con altri ricoveri dello stesso paziente: data di ricovero successiva alla data di dimissione di precedenti ricoveri dello stesso paziente Data di ricovero maggiore (uguale solo per i nati in ospedale) della data di nascita



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
36. REP_AMM Unità operativa di ammissione	AN (4)	OBB V	Obbligatorietà Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12: • i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; • gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. Per le case di cura private vanno utilizzati i codici del modello HSP13: i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00". Esistenza del codice disciplina nell'elenco delle discipline per il dato istituto (coerenza con la variabile codice istituto) Se REGRIC = 2 allora REP_AMM = REP_DIM Se REGRIC = 2 e MOTIVO_DH = 4 allora REP_AMM = 56.xx oppure 75.xx In caso di nosografico che preveda trasferimento di reparto all'interno dello stesso ricovero (quindi almeno 2 schede reparto), il campo REP_AMM deve essere compilato con lo stesso codice in ciascuno dei singoli record. <i>Per le modalità di trasmissione di tale informazione a seguito dell'istituzione del Sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA), con riferimento sia alla prima attuazione che alla situazione di regime del sistema, si rimanda al relativo documento di specifiche tecniche MRA.</i>
37. REP_LUNG Unità operativa di ricovero fisico per la lungodegenza post acuta	AN (4)		Da compilare solo se esistenza del codice 60.01, e 60.02 nell'unità operativa di ammissione Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12: • i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; • gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. Esistenza del codice disciplina nell'elenco delle discipline per il dato istituto (coerenza con la variabile codice istituto)



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
38. ONER_DEG Onere della degenza	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 1 = SSN ricovero a totale carico del servizio sanitario nazionale 2 = SSN + diff. alberg., ricovero a carico del SSN con rimborso spese alberghiere a carico del paziente 3 = rimborso, ricovero in strutture non convenzionate con rimborso (totale o parziale) a carico del servizio sanitario nazionale = assistenza indiretta 4 = solvente, ricovero a totale carico del paziente, senza oneri per il servizio sanitario nazionale 5 = ricovero a prevalente carico del servizio sanitario nazionale, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione) 6 = ricovero a prevalente carico del servizio sanitario nazionale, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera) 7 = ricovero a carico del servizio sanitario nazionale di pazienti stranieri provenienti da paesi convenzionati con il servizio sanitario nazionale 8 = ricovero a carico del servizio sanitario nazionale di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza 9 = altro A = ricovero a carico del Ministero dell'Interno, di straniero con indicazione di indigenza Se ISTITUTO = 041001 o 041002 o 041004 o 041005 o 041006 o 041007 o 041011 allora ONER_DEG <> 3. Se ONER_DEG = 7 / 8 / A, allora C_CITT (campo n. 12 <> "100") Se TIPO_ID = 9, allora ONER_DEG = 9. (controllo introdotto dopo mail circolare del MdS del 13/7/2018) In caso di ricovero di paziente cittadino italiano residente all'estero, identificato con tessera TEAM, il ricovero è a totale carico del SSN, quindi compilare ONERE DEGENZA = 1 – ricovero a totale carico del SSN (circolare esplicativa del MdS, e-mail del 12.02.2018).



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
39. PROVENIE Provenienza del paziente	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà NUOVA CODIFICA MINISTERIALE – NUOVI VALORI AMMESSI: 1 = Ricovero al momento della nascita 2 = Pronto soccorso 3 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico 4 = ricovero precedente-mente programmato dallo stesso istituto di cura 5 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico 6 = paziente trasferito da un istituto di cura privato ac-creditato 7 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato 8 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricove-ro (acuti, riabilitazione, lun-godegenza) o da altro regi-me di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura 9 = Carcere 0 = paziente proveniente da struttura residenziale ter-ritoriale (ad esempio: Resi-denze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatri-che, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) S = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non prove-niente da Pronto Soccorso O = proviienza OBI A = Altro <u>NUOVI CONTROLLI</u> Se PROVENIE = 2 (Pronto Soccorso), allora TIPO_RIC = 2 (urgente) Se PROVENIE = 4 (ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura), allora TIPO_RIC = 1 (programmato, non urgente) o 5 (programmato con preospedalizzazione)
40. TIPO_RIC Tipo di ricovero	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 1 = programmato, non urgente 2 = urgente 3 = tratt.san.obblig. (TSO) 4 = tratt.san.volon. (TSV) 5 = programm.+preosp. 6 = neonato sano 7 = ricovero per parto non urgente Se data di nascita = data di ricovero, allora il campo puo' assumere solo valore 6 oppure 2. Se TIPO_RIC = 6 allora PROVENIE = 1 Se REGRIC = 2 allora TIPO_RIC <> 2 / 6 / 7



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
41. MOTIV_DH Motivo del ricovero in regime di ricovero diurno	AN (1)	OBB	Se REGRIC = 1 MOTIV_DH = "spazio" Se REGRIC = 2 Obbligatorietà 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up); 2 = ricovero diurno chirurgico (day surgery); 3 = ricovero diurno terapeutico; 4 = ricovero diurno riabilitativo. Se REGRIC = 2 e MOTIV_DH = 2 Verifica presenza codice intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione ospedale (CINTCP_O)
42. D_RICREP Data ed ora del ricovero nell'unità operativa	Data (12)	OBB V	Obbligatorietà Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di ricovero minore della data di sistema Data di ricovero minore della data di uscita/dimissione dal reparto Data di ricovero maggiore (uguale solo per i nati in ospedale) della data di nascita Data di ricovero maggiore della data di apertura dell'unità operativa Data di ricovero minore dell'eventuale data di chiusura dell'unità operativa
43. GGPERM Giorni di permesso	N (2)		Numero di giorni inferiori alla durata di degenza



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
44. TRAUMATI Traumatismi e intossicazioni	AN (1)		Se REGRIC = 2 → TRAUMATI = “spazio” Se REGRIC = 1, e Disciplina di ammissione diversa da 56, 60, 28 e 75, con i codici del campo “Diagnosi principale di dimissione da ospedale” compresi nei range 800.00 – 904.9 e 910.0 - 995,89, il campo è obbligatoriamente compilato e può assumere i valori da 1 a 6 e 9 1 = in ambiente di lavoro; 2 = in ambiente domestico; 3 = incidente stradale; 4 = violenza altrui; 5 = auto lesione o tentativo di suicidio; 6 = incidente sportivo; 9 = altro tipo di incidente o intossicazione. In tutti gli altri casi il campo non va compilato. La Disciplina di ammissione deve essere diversa da 56, 60, 28 e 75. in questi casi, non compilare.
45. DIAG_REP Diagnosi principale di reparto	AN (5)	OBB V	Obbligatorietà Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E Allineamento a sinistra
46. C_DIAG1 Prima diagnosi concomitante di uscita dal reparto	AN (5)		Obbligatorietà Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E Allineamento a sinistra
47. C_DIAG2 Seconda diagnosi concomitante di uscita dal reparto	AN (5)		Obbligatorietà Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E Allineamento a sinistra



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
48. C_DIAG3 Terza diagnosi concomitante di uscita dal reparto	AN (5)		Obbligatorietà Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E Allineamento a sinistra
49. C_DIAG4 Quarta diagnosi concomitante di uscita dal reparto	AN (5)		Obbligatorietà Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E Allineamento a sinistra
50. C_DIAG5 Quinta diagnosi concomitante di uscita dal reparto	AN (5)		Obbligatorietà Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E Allineamento a sinistra
51. DINTCP_R Data dell'intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di reparto	Data (8)		Se CINTCP_R è diverso da "spazio" → DINTCP_R diversa da "spazio" Se presente Validità della data nel formato ggmmaaaa Data di intervento maggiore o uguale della data di ricovero nell'unità operativa Data di intervento minore o uguale della data di uscita/dimissione dall'unità operativa Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero
52. CINTCP_R Intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di reparto	AN (5)		Se DINTCP_R è diverso da "spazio" → CINTCP_R diverso da "spazio" Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
53. SINTCPR Tipo struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico principale/procedura di reparto	AN (1)		Se SINTCPR compilato, allora DINTCP_R e CINTCP_R diverso da "spazio" Se SINTCPR compilato, allora è diverso da "ISTITUTO" Valori ammessi 1 = istituto di cura della Provincia 2 = istituto di cura austriaco convenzionato 3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano 4 = altro istituto estero



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
54. CSINTCPR Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico principale/procedura di reparto	AN (6)		Obbligatorio se SINTCPR è uguale a 1 / 2 / 3. Se SINTCPR = 1 → codice istituto di cura della Provincia - valido nei modelli HSP.11 Se SINTCPR = 2 → codice istituto di cura austriaco convenzionato Se SINTCPR = 3 → codice istituto valido nei modelli HSP.11
55. DINTC1_R Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 1 di reparto	Data (8)		Se CINTC1_R è diverso da "spazio" → DINTC1_R diversa da "spazio" Se presente Validità della data nel formato ggmmaaaa Data di intervento maggiore o uguale della data di ricovero nell'unità operativa Data di intervento minore o uguale della data di uscita/dimissione dall'unità operativa Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero
56. CINTC1_R Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 1 di reparto	AN (5)		Se DINTC1_R è diversa da "spazio" → CINTC1_R diverso da "spazio" Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Verifica della presenza di compilazione del campo CINTCP_R Allineamento a sinistra
57. SINTC1R Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto	AN (1)		Se SINTC1R compilato, allora DINTC1_R e CINTC1_R diverso da "spazio" Se SINTC1R compilato, allora è diverso da "ISTITUTO" VALORI AMMESSI 1 = istituto di cura della Provincia 2 = istituto di cura austriaco convenzionato 3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano 4 = altro istituto estero
58. CSINTC1R Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 1 di reparto	AN (6)		Obbligatorio se SINTC1R è uguale a 1 / 2 / 3. Se SINTC1R = 1 → codice istituto di cura della Provincia - valido nei modelli HSP.11 Se SINTC1R = 2 → codice istituto di cura austriaco convenzionato Se SINTC1R = 3 → codice istituto valido nei modelli HSP.11
59. DINTC2_R Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 2 di reparto	Data (8)		Se CINTC2_R è diverso da "spazio" → DINTC2_R diversa da "spazio" Se presente Validità della data nel formato ggmmaaaa Data di intervento maggiore o uguale della data di ricovero nell'unità operativa Data di intervento minore o uguale della data di uscita/dimissione dall'unità operativa Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
60. CINTC2_R Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 2 di reparto	AN (5)		Se DINTC2_R è diversa da "spazio" → CINTC2_R diverso da "spazio" Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Verifica della presenza di compilazione del campo CINTCP_R e CINTC1_R Allineamento a sinistra
61. SINTC2R Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 2 di reparto	AN (1)		Se SINTC2R compilato, allora DINTC2_R e CINTC2_R diverso da "spazio" Se SINTC2R compilato, allora è diverso da "ISTITUTO" VALORI AMMESSI 1 = istituto di cura della Provincia 2 = istituto di cura austriaco convenzionato 3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano 4 = altro istituto estero
62. CSINTC2R Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 2 di reparto	AN (6)		Obbligatorio se SINTC2R è uguale a 1 / 2 / 3. Se SINTC2R = 1 → codice istituto di cura della Provincia - valido nei modelli HSP.11 Se SINTC2R = 2 → codice istituto di cura austriaco convenzionato Se SINTC2R = 3 → codice istituto valido nei modelli HSP.11
63. DINTC3_R Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 3 di reparto	Data (8)		Se CINTC3_R è diverso da "spazio" → DINTC3_R diversa da "spazio" Se presente Validità della data nel formato ggmmaaaa Data di intervento maggiore o uguale della data di ricovero nell'unità operativa Data di intervento minore o uguale della data di uscita/dimissione dall'unità operativa Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero
64. CINTC3_R Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 3 di reparto	AN (5)		Se DINTC3_R è diversa da "spazio" → CINTC3_R diverso da "spazio" Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Verifica della presenza di compilazione del campo CINTCP_R, CINTC1_R e CINTC2_R Allineamento a sinistra



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
65. SINTC3R Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 3 di reparto	AN (1)		Se SINTC3R compilato, allora DINTC3_R e CINTC3_R diverso da "spazio" Se SINTC3R compilato, allora è diverso da "ISTITUTO" VALORI AMMESSI 1 = istituto di cura della Provincia 2 = istituto di cura austriaco convenzionato 3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano 4 = altro istituto estero
66. CSINTC3R Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico/procedura 3 di reparto	AN (6)		Obbligatorio se SINTC3R è uguale a 1 / 2 / 3. Se SINTC3R = 1 → codice istituto di cura della Provincia - valido nei modelli HSP.11 Se SINTC3R = 2 → codice istituto di cura austriaco convenzionato Se SINTC3PR = 3 → codice istituto valido nei modelli HSP.11
67. DINTC4_R Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 4 di reparto	Data (8)		Se CINTC4_R è diverso da "spazio" → DINTC4_R diversa da "spazio" Se presente Validità della data nel formato ggmmaaaa Data di intervento maggiore o uguale della data di ricovero nell'unità operativa Data di intervento minore o uguale della data di uscita/dimissione dall'unità operativa Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero
68. CINTC4_R Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 4 di reparto	AN (5)		Se DINTC4_R è diversa da "spazio" → CINTC4_R diverso da "spazio" Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Verifica della presenza di compilazione del campo CINTCP_R, CINTC1_R, CINTC2_R e CINTC3_R Allineamento a sinistra
69. SINTC4R Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 4 di reparto	AN (1)		Se SINTC4R compilato, allora DINTC4_R e CINTC4_R diverso da "spazio" Se SINTC4R compilato, allora è diverso da "ISTITUTO" VALORI AMMESSI 1 = istituto di cura della Provincia 2 = istituto di cura austriaco convenzionato 3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano 4 = altro istituto estero



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
70. CSINTC4R Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento secondario/procedura 4 di reparto	AN (6)		Obbligatorio se SINTC4R è uguale a 1 / 2 / 3. Se SINTC4R = 1 → codice istituto di cura della Provincia - valido nei modelli HSP.11 Se SINTC4R = 2 → codice istituto di cura austriaco convenzionato Se SINTC4R = 3 → codice istituto valido nei modelli HSP.11
71. DINTC5_R Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 5 di reparto	Data (8)		Se CINTC5_R è diverso da "spazio" → DINTC5_R diversa da "spazio" Se presente Validità della data nel formato ggmmaaaa Data di intervento maggiore o uguale della data di ricovero nell'unità operativa Data di intervento minore o uguale della data di uscita/dimissione dall'unità operativa Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero
72. CINTC5_R Altro intervento chirurgico secondario (o procedura o parto) 5 di reparto	AN (5)		Se DINTC5_R è diversa da "spazio" → CINTC5_R diverso da "spazio" Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Verifica della presenza di compilazione del campo CINTCP_R, CINTC1_R, CINTC2_R, CINTC3_R e CINTC5_R Allineamento a sinistra
73. SINTC5R Tipo di struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento secondario/procedura 5 di reparto	AN (1)		Se SINTC5R compilato, allora DINTC5_R e CINTC5_R diverso da "spazio" Se SINTC5R compilato, allora è diverso da "ISTITUTO" VALORI AMMESSI 1 = istituto di cura della Provincia 2 = istituto di cura austriaco convenzionato 3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano 4 = altro istituto estero
74. CSINTC5R Codice della struttura erogatrice esterna di effettuazione dell'intervento chirurgico secondario/procedura 5 di reparto	AN (6)		Obbligatorio se SINTC5R è uguale a 1 / 2 / 3. Se SINTC5R = 1 → codice istituto di cura della Provincia - valido nei modelli HSP.11 Se SINTC5R = 2 → codice istituto di cura austriaco convenzionato Se SINTC5R = 3 → codice istituto valido nei modelli HSP.11
75. GGANNODH Numero di contatti complessivi in DH	N (3)	OBB	Se REGRIC = 2 Obbligatorietà Minore o uguale della differenza in giorni tra data di ricovero e data di dimissione Non compilare in caso di REGRIC = 1



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
76. REP_DIM Unità operativa di dimissione	AN (4)	OBB V	Obbligatorietà Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12: • i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; • gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. Per le case di cura private vanno utilizzati i codici del modello HSP13: i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00". Esistenza del codice disciplina nell'elenco delle discipline per il dato istituto (coerenza con la variabile codice istituto) Se REGRIC = 2 allora REP_DIM = REP_AMM
77. MOD_DIM Modalità di dimissione	AN (2)	OBB V	Obbligatorietà 1 = deceduto 2 = domicilio 3 = CR, CD o RSA 4 = domicilio con attiv. osped. dom 5 = volontaria 6 = trasf altro ist 7 = trasf altro rep. nella stessa struttura 8 = rep.56.01, 60.01, 60.02, 75.01 nella stessa struttura 9 = rep.56.01, 60.01, 60.02, 75.01 in altra struttura 10 = dim.strutt.di riab.extraosp. in regime residenziale 11 = dim con attiv. servizi territoriali 12 = ad altro regime di ricovero (da diurno ad ordinario o viceversa. Se ricovero avviene in reparto codice 56.xx (o 60.xx o 75.xx), il campo MOD_DIM non può assumere valore = 7



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
78. D_DIMREP Data ed ora di uscita dall'unità operativa	Data (12)	OBB V	Obbligatorietà Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di uscita minore o uguale della data di sistema Data di uscita maggiore o uguale della data di ricovero Data di uscita minore o uguale della data di dimissione dall'ospedale Data di uscita minore o uguale dell'eventuale data di chiusura dell'unità operativa Data di uscita maggiore o uguale dell'apertura dell'unità operativa Verifica sequenza delle date di uscita con numero delle schede di reparto Verifica di conflitti con altri ricoveri dello stesso paziente in altre unità operative Per le schede SDO con MDO_DIM <> 7, D_DIMREP = D_DIMOSP Per le schede SDO con MDO_DIM = 7, D_DIM_REP = D_RIC_REP della scheda reparto successiva
79. D_DIMOSP Data ed ora di dimissione o morte	Data (12)	OBB V	Obbligatorietà Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di dimissione minore o uguale della data di sistema Data di dimissione maggiore o uguale della data di ricovero Data di dimissione maggiore o uguale dell'apertura dell'unità operativa Data di dimissione minore o uguale dell'eventuale data di chiusura dell'unità operativa Verifica di conflitti con altri ricoveri dello stesso paziente: data di dimissione precedente alla data di ricovero di successivi ricoveri Data di dimissione non può essere posteriore di 125 anni rispetto a data di nascita Se REGRIC = 2 anno della data di ricovero = anno della data di dimissione Per le schede SDO con MDO_DIM <> 7, D_DIMREP = D_DIMOSP
80. DIAG_OSP Diagnosi principale di dimissione ospedale	AN (5)	OBB V	Obbligatorietà Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E Se non presentai trasferimenti di reparto, DIAG_OSP = DIAG_REP Allineamento a sinistra
81. CDIAG1_O Prima diagnosi concomitante di dimissione ospedale	AN (5)		Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E - Presenza della diagnosi principale di dimissione dall'ospedale - Diversità dalla diagnosi principale di dimissione dall'ospedale - Presenza della diagnosi fra le diagnosi principali o concomitanti di reparto - Se non presenti trasferimenti di reparto, deve corrispondere alla prima diagnosi concomitante di uscita dal reparto Allineamento a sinistra



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
82. CDIAG2_O Seconda diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E - Presenza della diagnosi principale di dimissione dall'ospedale e della 1. diagnosi concomitante - Diversità dalla diagnosi principale di dimissione dall'ospedale - Presenza della diagnosi fra le diagnosi principali o concomitanti di reparto - Se non presenti trasferimenti di reparto, deve corrispondere alla prima diagnosi concomitante di uscita dal reparto Allineamento a sinistra
83. CDIAG3_O Terza diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E - Presenza della diagnosi principale di dimissione dall'ospedale, oltre alla 1. e 2. diagnosi concomitante - Diversità dalla diagnosi principale di dimissione dall'ospedale - Presenza della diagnosi fra le diagnosi principali o concomitanti di reparto - Se non presenti trasferimenti di reparto, deve corrispondere alla prima diagnosi concomitante di uscita dal reparto Allineamento a sinistra
84. CDIAG4_O Quarta diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E - Presenza della diagnosi principale di dimissione dall'ospedale, oltre alle 1., 2. e 3. diagnosi concomitanti - Diversità dalla diagnosi principale di dimissione dall'ospedale - Presenza della diagnosi fra le diagnosi principali o concomitanti di reparto - Se non presenti trasferimenti di reparto, deve corrispondere alla prima diagnosi concomitante di uscita dal reparto Allineamento a sinistra



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
85. CDIAG5_O Quinta diagnosi concomitante di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica - presenza codice in tabella codici diagnosi valida dell'ICD9CM in vigore - congruenza con sesso ed età del paziente - che il codice non inizi con E - Presenza della diagnosi principale di dimissione dall'ospedale, oltre alla 1., 2., 3. e 4. diagnosi concomitante - Diversità dalla diagnosi principale di dimissione dall'ospedale - Presenza della diagnosi fra le diagnosi principali o concomitanti di reparto - Se non presenti trasferimenti di reparto, deve corrispondere alla prima diagnosi concomitante di uscita dal reparto Allineamento a sinistra
86. DINTCP_O Data dell'intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione dall'ospedale	Data (8)		Se CINTCP_O diverso da "spazio" → DINTCP_O è diversa da "spazio" Validità della data nel formato ggmmaaaa Data di intervento maggiore o uguale della data di ricovero in ospedale Data di intervento minore o uguale della data di dimissione dall'ospedale Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero
87. CINTCP_O Intervento chirurgico principale (o procedura o parto) di dimissione ospedale	AN (5)		Se DINTCP_O è diversa da "spazio" → CINTCP_O diverso da "spazio" Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Se CINTCP_R diverso da "spazio"(in una scheda di reparto) → CINTCP_O diverso da "spazio" Allineamento a sinistra
88. CINTC1_O Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) 1 di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza del campo CINTCP_O compilato. Allineamento a sinistra
89. CINTC2_O Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) 2 di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza dei campi CINTCP_O e CINTC1_O compilati. Allineamento a sinistra



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
90. CINTC3_O Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) 3 di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza dell'intervento/procedura fra gli interventi/procedure di reparto Presenza dei campi CINTCP_O, CINTC1_0 e CINTC2_O compilati. Se non presenti trasferimenti di reparto corrispondente al primo altro intervento/procedura di uscita dal reparto CINTC1_R Allineamento a sinistra
91. CINTC4_O Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) 4 di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza dei campi CINTCP_O, CINTC1_0, CINTC2_O e CINTC3_O compilati. Allineamento a sinistra
92. CINTC5_O Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) 5 di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza dei campi CINTCP_O, CINTC1_0, CINTC2_O, CINTC3_O e CINTC4_O compilati. Allineamento a sinistra
93. R_AUTOPT Riscontro autoptico	AN (1)	OBB	Obbligatorietà se MOD_DIM = 1 VALORI AMMESSI: 1 = sì 2 = no
94. TIP_PROP Tipo medico proponente il ricovero	AN (1)		1 = medico di base 2 = medico ospedaliero 3 = medico specialista ambulatoriale 4 = medico fuori Provincia Se TIP_PROP = 3 verifica codice medico specialista
95. MED_PROP Medico proponente il ricovero	AN (4)	OBB	Se TIP_PROP = 1 o 3 Obbligatorietà Verifica codice provinciale medico di base e del medico specialista convenzionato
96. GG_DEROGA Giornate di degenza derogate	N (3)		Verifica congruità con reparto di ricovero = "56.01" o "60.01" o "60.02" Verifica: giornate derogate + giornate soglia + giornate abbattute <= durata della degenza, inclusi i giorni di permesso



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
97. PESO	N (4)	OBB	Obbligatorietà Se data di nascita=data di ricovero ospedale & codice provenienza = 1 PESO >100 Se codice provenienza = 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 0, A, O, S allora il campo non va compilato se D_NASCITA = D_RICOSP allora se PROVENIE = 1 allora se TIPO_RIC = 2,6 allora PESO obbligatorio e dev'essere > 100 se PROVENIE = 2 allora se TIPO_RIC = 2 allora PESO puo' essere NULL oppure dev'essere > 100 se D_NASCITA <> D_RICOSP e PROVENIE = 2, allora PESO non dev'essere compilato (accettati valori = '0' oppure '0000' che in sede di export dati verso NSIS non vengono inviati)
98. D_PRENOT Data di prenotazione del ricovero	Data (8)	OBB	Obbligatorietà - se REGRIC = 1 e TIPO_RIC = 1 o 5 oppure - se REGRIC=2 Data di prenotazione minore od uguale data di ricovero. Data di prenotazione maggiore della data di nascita dell'assistito. Data del ricovero - Data di prenotazione < 2 anni (731 giorni). Se REGRIC = 1 e TIPO_RIC <> 1 o 5, allora non compilare. Se TIPO_RIC = 7, allora non compilare.
99. TP_ESENZ Tipo esenzione	AN (1)	OBB V	NON COMPILARE <i>Mantenuto dalla precedente struttura SDO provinciale</i>
100. CD_ESENZ Codice esenzione	AN (2)	OBB V	NON COMPILARE <i>Mantenuto dalla precedente struttura SDO provinciale</i>
101. I_TICKET Importo del ticket di ricovero	N (8)	OBB	NON COMPILARE <i>Mantenuto dalla precedente struttura SDO provinciale</i>
102. CLASSE	AN (1)	OBB V	Se ONER_DEG = 2 → CLASSE = 1 in almeno 1 scheda di reparto Obbligatorietà 1 = sì 2 = no
103. GGCLASSE Giornate di degenza in classe	N (3)	OBB	Obbligatorietà se CLASSE=1 in almeno 1 scheda di reparto giornate in classe <= durata della degenza, inclusi i giorni di permesso



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
104. CL_Priorità Classe di priorità	AN (1)	OBB	Obbligatorietà se TIPO_RIC = 1 o 5 e D_PRENOT é compilato VALORI AMMESSI: A = ricovero entro 30 giorni B = ricovero entro 60 giorni C = ricovero entro 180 giorni D = ricovero entro 12 mesi Se TIPO_RIC <> 1 o 5, allora non compilare
105. CL_ASA Classe ASA, individuazione rischio anestesiologicalo	AN (1)	OBB	Se VISITA_ANEST = 1 Obbligatorietà VALORI AMMESSI: 1 = sano 2 = lieve malattia sistemica 3 = grave malattia sistemica 4 = grave malattia sistemica con pericolo per la sopravvivenza 5 = moribondo
106. DIM_PROT Pianificazione della dimissione	AN (1)	OBB	Se REGRIC = 1 e MOD_DIM = 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 Obbligatorietà VALORI AMMESSI: 1 = sí 2 = no
107. GRADO_DIM_PROT Grado di necessità di supporto post-ricovero	AN (1)	OBB	Se DIM_PROT = 1 Obbligatorietà 1 = grado di supporto leggero 2 = grado di supporto contenuto 3 = grado di supporto complesso
108. CAU_EST Causa esterna dei traumatismi, degli avvelenamenti e di altri effetti avversi	AN (5)	OBB	Obbligatorietà - se TRAUMATI é compilata - se diagnosi alla dimissione principale dall'ospedale devono essere comprese nei range 800/904 e 910/995, oppure uguale a "7242 Il primo carattere del codice deve essere uguale a E. Presenza dei codici nel rispettivo elenco dei codici diagnosi in vigore



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
109. VISITA_ANEST Visita anestesiológica	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà VALORI AMMESSI: 1 = sí 2 = no
110. D_TR_ST_INTCP Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a interv. chir. principale di reparto	Data (12)	OBB	Obbligatorio se CSINTCPR (campo 54) compilato Validità del formato gmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTCPR (campo 54) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 58, 62, 66, 70 o 74), i relativi campi di "data e ora di trasferimento" (quindi i campi 110 e uno dei campi 113, 116, 119, 122 o 125) devono essere uguali tra di loro.
111. REP_ST_INTCP unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione interv. chir. principale di reparto	AN (4)	OBB	Se REG_RIC=2 non compilare Obbligatorio se CSINTCPR (campo 54) compilato VERIFICA in caso di SINTCPR compilato con 1 oppure 3: Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12: • i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; • gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. Esistenza del codice disciplina nell'elenco delle discipline dell'Istituto CSINTCPR (coerenza con la variabile codice istituto) – campo n. 54 In caso di struttura austriaca (SINTCPR = 2), verifica con anagrafica strutture e reparti austriaci



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
112. D_RIENTRO_ST_INTCPR Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a interv. chir. principale di reparto	Data (12)	OBB	Da compilare se D_TR_ST_INTCPR è compilato Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Data di rientro successiva (maggiore) all'ora di trasferimento (D_RIENTRO_ST_INTCPR >= D_TR_ST_INTCPR) Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTCPR (campo 54) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 58, 62, 66, 70 o 74), i relativi campi di "data e ora di rientro" (quindi i campi 112 e uno dei campi 115, 118, 121, 124 o 127) devono essere uguali tra di loro. Se questo campo compilato, le prime 8 posizioni del campo (ggmmaaaa) devono essere uguali le prime 8 posizioni del campo D_TR_ST_INTCPR (data del trasferimento in struttura esterna).
113. D_TR_ST_INTC1R Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 1 reparto	Data (12)	OBB	Obbligatorio se CSINTC1R (campo 58) compilato Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTC1R (campo 58) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 54, 62, 66, 70 o 74), i relativi campi di "data e ora di trasferimento" (quindi i campi 113 e uno dei campi 110, 116, 119, 122 o 125) devono essere uguali tra di loro.



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
114. REP_ST_INTC1R unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione altro interv. chir. 1 di reparto	AN (4)	OBB	Se REG_RIC=2 non compilare Obbligatorio se CSINTC1R (campo 58) compilato VERIFICA in caso di SINTC1R compilato con 1 oppure 3: Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12: • i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; • gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. Esistenza del codice disciplina nell'elenco delle discipline dell'Istituto CSINTC1R (coerenza con la variabile codice istituto) – campo n. 58 In caso di struttura austriaca (SINTC1R = 2), verifica con anagrafica strutture e reparti austriaci
115. D_RIENTRO_ST_INTC1R Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 1 reparto	Data (12)	OBB	Da compilare se D_TR_ST_INTC1R è compilato Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Data di rientro successiva (maggiore) all'ora di trasferimento (D_RIENTRO_ST_INTC1R >= D_TR_ST_INTC1R) Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTC1R (campo 58) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 54, 62, 66, 70 o 74), i relativi campi di "data e ora di rientro" (quindi i campi 115 e uno dei campi 112, 118, 121, 124 o 127) devono essere uguali tra di loro. Se questo campo compilato, le prime 8 posizioni del campo (ggmmaaaa) devono essere uguali le prime 8 posizioni del campo D_TR_ST_INTC1R (data del trasferimento in struttura esterna).
116. D_TR_ST_INTC2R Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 2 reparto	Data (12)	OBB	Obbligatorio se CSINTC2R (campo 62) compilato Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTC2R (campo 62) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 54, 58, 66, 70 o 74), i relativi campi di "data e ora di trasferimento" (quindi i campi 116 e uno dei campi 110, 113, 119, 122 o 125) devono essere uguali tra di loro.



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
117. REP_ST_INTC2R unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione altro interv. chir. 2 di reparto	AN (4)	OBB	Se REG_RIC=2 non compilare Obbligatorio se CSINTC2R (campo 62) compilato VERIFICA in caso di SINTC2R compilato con 1 oppure 3: Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12: • i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; • gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. Esistenza del codice disciplina nell'elenco delle discipline dell'Istituto CSINTC2R (coerenza con la variabile codice istituto) – campo n. 62 In caso di struttura austriaca (SINTC2R = 2), verifica con anagrafica strutture e reparti austriaci
118. D_RIENTRO_ST_INTC2R Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 2 reparto	Data (12)	OBB	Da compilare se D_TR_ST_INTC2R è compilato Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Data di rientro successiva (maggiore) all'ora di trasferimento (D_RIENTRO_ST_INTC2R >= D_TR_ST_INTC2R) Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTC2R (campo 62) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 54, 58, 66, 70 o 74), i relativi campi di "data e ora di rientro" (quindi i campi 118 e uno dei campi 112, 115, 121, 124 o 127) devono essere uguali tra di loro. Se questo campo compilato, le prime 8 posizioni del campo (ggmmaaaa) devono essere uguali le prime 8 posizioni del campo D_TR_ST_INTC2R (data del trasferimento in struttura esterna).
119. D_TR_ST_INTC3R Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 3 reparto	Data (12)	OBB	Obbligatorio se CSINTC3R (campo 66) compilato Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTC3R (campo 66) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 54, 58, 62, 70 o 74), i relativi campi di "data e ora di trasferimento" (quindi i campi 119 e uno dei campi 110, 113, 116, 122 o 125) devono essere uguali tra di loro.



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
120. REP_ST_INTC3R unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione altro interv. chir. 3 di reparto	AN (4)	OBB	Se REG_RIC=2 non compilare Obbligatorio se CSINTC3R (campo 66) compilato VERIFICA in caso di SINTC3R compilato con 1 oppure 3: Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12: • i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; • gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. Esistenza del codice disciplina nell'elenco delle discipline dell'Istituto CSINTC3R (coerenza con la variabile codice istituto) – campo n. 66 In caso di struttura austriaca (SINTC3R = 2), verifica con anagrafica strutture e reparti austriaci
121. D_RIENTRO_ST_INTC3R Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 3 reparto	Data (12)	OBB	Da compilare se D_TR_ST_INTC3R è compilato Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Data di rientro successiva (maggiore) all'ora di trasferimento (D_RIENTRO_ST_INTC3R >= D_TR_ST_INTC3R) Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTC3R (campo 66) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 54, 58, 62, 70 o 74), i relativi campi di "data e ora di rientro" (quindi i campi 121 e uno dei campi 112, 115, 118, 124 o 127) devono essere uguali tra di loro. Se questo campo compilato, le prime 8 posizioni del campo (ggmmaaaa) devono essere uguali le prime 8 posizioni del campo D_TR_ST_INTC3R (data del trasferimento in struttura esterna).
122. D_TR_ST_INTC4R Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 4 reparto	Data (12)	OBB	Obbligatorio se CSINTC4R (campo 70) compilato Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTC4R (campo 70) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 54, 58, 62, 66 o 74), i relativi campi di "data e ora di trasferimento" (quindi i campi 122 e uno dei campi 110, 113, 116, 119 o 125) devono essere uguali tra di loro.



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
123. REP_ST_INTC4R unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione altro interv. chir. 4 di reparto	AN (4)	OBB	Se REG_RIC=2 non compilare Obbligatorio se CSINTC4R (campo 70) compilato VERIFICA in caso di SINTC4R compilato con 1 oppure 3: Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12: • i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; • gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. Esistenza del codice disciplina nell'elenco delle discipline dell'Istituto CSINTC4R (coerenza con la variabile codice istituto) – campo n. 70 In caso di struttura austriaca (SINTC4R = 2), verifica con anagrafica strutture e reparti austriaci
124. D_RIENTRO_ST_INTC4R Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 4 reparto	Data (12)	OBB	Da compilare se D_TR_ST_INTC4R è compilato Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Data di rientro successiva (maggiore) all'ora di trasferimento (D_RIENTRO_ST_INTC4R >= D_TR_ST_INTC4R) Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTC4R (campo 70) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 54, 58, 62, 66 o 74), i relativi campi di "data e ora di rientro" (quindi i campi 124 e uno dei campi 112, 115, 118, 121 o 127) devono essere uguali tra di loro. Se questo campo compilato, le prime 8 posizioni del campo (ggmmaaaa) devono essere uguali le prime 8 posizioni del campo D_TR_ST_INTC4R (data del trasferimento in struttura esterna).



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
125. D_TR_ST_INTC5R Data e ora trasferimento a struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 5 reparto	Data (12)	OBB	Obbligatorio se CSINTC5R (campo 74) compilato Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTC5R (campo 74) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 54, 58, 62, 66 o 70), i relativi campi di "data e ora di trasferimento" (quindi i campi 125 e uno dei campi 110, 113, 116, 119 o 122) devono essere uguali tra di loro.
126. REP_ST_INTC5R unità operativa nella struttura esterna erogatrice della prestazione altro interv. chir. 5 di reparto	AN (4)	OBB	Se REG_RIC=2 non compilare Obbligatorio se CSINTC5R (campo 74) compilato VERIFICA in caso di SINTC5R compilato con 1 oppure 3: Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12: • i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; • gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. Esistenza del codice disciplina nell'elenco delle discipline dell'Istituto CSINTC5R (coerenza con la variabile codice istituto) – campo n. 74 In caso di struttura austriaca (SINTC5R = 2), verifica con anagrafica strutture e reparti austriaci



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
127. D_RIENTRO_ST_INTC5R Data e ora rientro da struttura erogatrice esterna, relativa a altro interv. chir. 5 reparto	Data (12)	OBB	Da compilare se D_TR_ST_INTC5R è compilato Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di trasferimento minore della data di sistema Data di trasferimento minore della data di dimissione Data di trasferimento maggiore della data di ricovero Data di rientro successiva (maggiore) all'ora di trasferimento (D_RIENTRO_ST_INTC5R >= D_TR_ST_INTC5R) Se REG_RIC=2 non compilare Se CSINTC5R (campo 74) è uguale ad uno dei campi CSINTCxR (campi 54, 58, 62, 66 o 70), i relativi campi di "data e ora di rientro" (quindi i campi 127 e uno dei campi 112, 115, 118, 121 o 124) devono essere uguali tra di loro. Se questo campo compilato, le prime 8 posizioni del campo (ggmmaaaa) devono essere uguali le prime 8 posizioni del campo D_TR_ST_INTC5R (data del trasferimento in struttura esterna).
128. DIAG_OSP_PRES Codice diagnosi principale di dimissione ospedale presente al ricovero	N	OBB V	Obbligatorio VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì
129. DIAG_OSP_LAT Lateralità diagnosi principale di dimissione ospedale	AN	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Obbligatorio se DIAG_OSP è compilato e appartiene ad elenco delle diagnosi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018
130. CDIAG1_O_PRES Codice prima diagnosi concomitante di dimissione ospedale presente al ricovero	N	OBB	Obbligatorio se campo CDIAG1_O è compilato, altrimenti non compilare VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì
131. CDIAG1_O_LAT Lateralità prima diagnosi concomitante di dimissione ospedale	AN	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CDIAG1_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CDIAG1_O è compilato e appartiene ad elenco delle diagnosi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018
132. CDIAG2_O_PRES Codice seconda diagnosi concomitante di dimissione ospedale presente al ricovero	N	OBB	Obbligatorio se campo CDIAG2_O è compilato, altrimenti non compilare VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
133. CDIAG2_O_LAT Lateralità seconda diagnosi concomitante di dimissione ospedale	AN	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CDIAG2_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CDIAG2_O è compilato e appartiene ad elenco delle diagnosi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018
134. CDIAG3_O_PRES Codice terza diagnosi concomitante di dimissione ospedale presente al ricovero	N	OBB	Obbligatorio se campo CDIAG3_O è compilato, altrimenti non compilare VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì
135. CDIAG3_O_LAT Lateralità terza diagnosi concomitante di dimissione ospedale	AN	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CDIAG3_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CDIAG3_O è compilato e appartiene ad elenco delle diagnosi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018
136. CDIAG4_O_PRES Codice quarta diagnosi concomitante di dimissione ospedale presente al ricovero	N	OBB	Obbligatorio se campo CDIAG4_O è compilato, altrimenti non compilare VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì
137. CDIAG4_O_LAT Lateralità quarta diagnosi concomitante di dimissione ospedale	AN	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CDIAG4_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CDIAG4_O è compilato e appartiene ad elenco delle diagnosi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018
138. CDIAG5_O_PRES Codice quinta diagnosi concomitante di dimissione ospedale presente al ricovero	N	OBB	Obbligatorio se campo CDIAG5_O è compilato, altrimenti non compilare VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì
139. CDIAG5_O_LAT Lateralità quinta diagnosi concomitante di dimissione ospedale	AN	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CDIAG5_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CDIAG5_O è compilato e appartiene ad elenco delle diagnosi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018
140. HINTCP_O Ora interv. chir. princ. dimissione ospedale	hhmm	OBB	Se campo CINTCP_O (campo n. 87) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Obbligatorio se corrispettivo campo CINTCP_O (campo n. 87) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (<i>controllo così modificato a seguito verbale MdS sulla compilazione dei campi "Ora dell'intervento chirurgico"</i>); Se compilato, dev'essere uguale o maggiore (successivo) a "data e ora di ricovero" (D_RICOSP)



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
141. ID1_CHIR_INTCP_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE	AN	OBB	Se campo CINTCP_O (campo n. 87) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Obbligatorio: se campo CINTCP_O (campo n. 87) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
142. ID2_CHIR_INTCP_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE	AN	OBB	Se campo CINTCP_O (campo n. 87) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INTCP_O è compilato. Se compilato, il corrispettivo campo CINTCP_O (campo n. 87) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_INTCP_O
143. ID3_CHIR_INTCP_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE	AN	OBB	Se campo CINTCP_O (campo n. 87) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INTCP_O e ID2_CHIR_INTCP_O risultano compilati. Se compilato, il corrispettivo campo CINTCP_O (campo n. 87) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_INTCP_O e ID2_CHIR_INTCP_O
144. ID_ANEST_INTCP_O IDENTIFICATIVO ANESTESISTA INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE	AN		Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Obbligatorio: se campo CINTCP_O (campo n. 87) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. <i>Controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa.</i> Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
145. CHECK_LIST_INTCP_O CHECK LIST SALA OPERATORIA INTERVENTO CHIRURGICO PRINCIPALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sí, 9= non applicabile, per intervento non eseguito in sala operatoria Obbligatorio: se campo CINTCP_O (campo n. 87) è compilato e contiene codice relativo a procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. Se il campo CINTCP_O non e’ compilato, non compilare
146. LAT_CINTCP_O LATERALITÀ DELL’INTERVENTO PRINCIPALE DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CINTCP_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CINTCP_O è compilato e codice intervento appartiene ad elenco degli interventi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018
147. DCINTC1_O Data e ora altro interv. chirurgico 1 di dimissione ospedale	Data (12)	OBB	Validità del formato ggmmaaaahhmm. Obbligatorio se corrispettivo campo CINTC1_O (campo n. 88) è compilato. Se campo CINTC1_O (campo n. 88) non è compilato, il campo dev’essere = “spazio” (non compilato). Se campo CINTC1_O (campo n. 88) è compilato e contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ: - Data e ora di intervento maggiore o uguale della data di ricovero - Data e ora di intervento minore o uguale alla data di dimissione. Se campo CINTC1_O (campo n. 88) è compilato e non contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ e TIPO_RIC <> 1 oppure 5, allora DATA (ggmmaaaa) deve essere maggiore o uguale della data di ricovero.
148. ID1_CHIR_CINTC1_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN	OBB	Se campo CINTC1_O (campo n. 88) non è compilato, il campo dev’essere = “spazio” (non compilato). Obbligatorio: se campo CINTC1_O (campo n. 88) è compilato e contiene codice relativo a procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell’AS



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
149. ID2_CHIR_CINTC1_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN	OBB	Se campo CINTC1_O (campo n. 88) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INTC1_O è compilato. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC1_O (campo n. 88) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC1_O
150. ID3_CHIR_CINTC1_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN	OBB	Se campo CINTC1_O (campo n. 88) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INTC1_O e ID2_CHIR_INTC1_O risultano compilati. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC1_O (campo n. 88) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC1_O e ID2_CHIR_CINTC1_O
151. ID_ANEST_CINTC1_O IDENTIFICATIVO ANESTESISTA AL- TRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN		Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Obbligatorio: se campo CINTC1_O (campo n. 88) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. <i>Controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa.</i> Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
152. CHECK_LIST_CINTC1_0 CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	N	OBB	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì, 9= non applicabile per intervento non eseguito in sala operatoria Obbligatorio: se campo CINTC1_0 (campo n. 88) è compilato e contiene codice relativo a procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. Se il campo CINTC1_0 non è compilato, non compilare
153. LAT_CINTC1_0 LATERALITÀ DELL'INTERVENTO CHIRURGICO 1 DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CINTC1_0 non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CINTC1_0 è compilato e codice intervento appartiene ad elenco degli interventi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018
154. DCINTC2_0 Data e ora altro interv. chirurgico 2 di dimissione ospedale	Data (12)	OBB	Validità del formato ggmmaaaahhmm. Obbligatorio se corrispettivo campo CINTC2_0 (campo n. 89) è compilato. Se campo CINTC2_0 (campo n. 89) non è compilato, il campo dev'essere = “spazio” (non compilato). Se campo CINTC2_0 (campo n. 89) è compilato e contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ: - Data e ora di intervento maggiore o uguale della data di ricovero - Data e ora di intervento minore o uguale alla data di dimissione. Se campo CINTC2_0 (campo n. 89) è compilato e non contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ e TIPO_RIC <> 1 oppure 5, allora DATA (ggmmaaaa) deve essere maggiore o uguale della data di ricovero.
155. ID1_CHIR_CINTC2_0 IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 2	AN	OBB	Se campo CINTC2_0 (campo n. 89) non è compilato, il campo dev'essere = “spazio” (non compilato). Obbligatorio: se campo CINTC2_0 (campo n. 89) è compilato e contiene codice relativo a procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
156. ID2_CHIR_CINTC2_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 2	AN	OBB	Se campo CINTC2_O (campo n. 89) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INT2_O è compilato. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC2_O (campo n. 89) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC2_O
157. ID3_CHIR_CINTC2_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 2	AN	OBB	Se campo CINTC2_O (campo n. 89) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INT2_O e ID2_CHIR_INT2_O risultano compilati. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC2_O (campo n. 89) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC2_O e ID2_CHIR_CINTC2_O
158. ID_ANEST_CINTC2_O IDENTIFICATIVO ANESTESISTA AL- TRO INTERVENTO CHIRURGICO 2	AN		Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Obbligatorio: se campo CINTC2_O (campo n. 89) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. <i>Controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa.</i> Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
159. CHECK_LIST_CINTC2_O CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 2	N	OBB	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì, 9= non applicabile per intervento non eseguito in sala operatoria Obbligatorio: se campo CINTC2_O (campo n. 89) è compilato e contiene codice relativo a procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. Se il campo CINTC9_O non è compilato, non compilare
160. LAT_CINTC2_O LATERALITÀ DELL'INTERVENTO CHIRURGICO 1 DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CINTC2_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CINTC2_O è compilato e codice intervento appartiene ad elenco degli interventi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018
161. DCINTC3_O Data e ora altro interv. chirurgico 3 di dimissione ospedale	Data (12)	OBB	Validità del formato ggmmaaaahhmm. Obbligatorio se corrispettivo campo CINTC3_O (campo n. 90) è compilato. Se campo CINTC3_O (campo n. 90) non è compilato, il campo dev'essere = “spazio” (non compilato). Se campo CINTC3_O (campo n. 90) è compilato e contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ: - Data e ora di intervento maggiore o uguale della data di ricovero - Data e ora di intervento minore o uguale alla data di dimissione. Se campo CINTC3_O (campo n. 90) è compilato e non contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ e TIPO_RIC <> 1 oppure 5, allora DATA (ggmmaaaa) deve essere maggiore o uguale della data di ricovero.
162. ID1_CHIR_CINTC3_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 3	AN	OBB	Se campo CINTC3_O (campo n. 90) non è compilato, il campo dev'essere = “spazio” (non compilato). Obbligatorio: se campo CINTC3_O (campo n. 90) è compilato e contiene codice relativo a procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
163. ID2_CHIR_CINTC3_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 3	AN	OBB	Se campo CINTC3_O (campo n. 90) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INT3_O è compilato. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC3_O (campo n. 90) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
164. ID3_CHIR_CINTC3_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 3	AN	OBB	Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC3_O Se campo CINTC3_O (campo n. 90) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INT3_O e ID2_CHIR_INT3_O risultano compilati. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC3_O (campo n. 90) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
165. ID_ANEST_CINTC3_O IDENTIFICATIVO ANESTESISTA AL- TRO INTERVENTO CHIRURGICO 3	AN		Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC3_O e ID2_CHIR_CINTC3_O Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Obbligatorio: se campo CINTC3_O (campo n. 90) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. <i>Controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa.</i> Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
166. CHECK_LIST_CINTC3_O CHECK LIST SALA OPERATORIA AL- TRO INTERVENTO CHIRURGICO 3	N	OBB	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì, 9= non applicabile per intervento non eseguito in sala operatoria Obbligatorio: se campo CINTC3_O (campo n. 90) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. Se il campo CINTC3_O non è compilato, non compilare



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
167. LAT_CINTC3_O LATERALITÀ DELL'INTERVENTO CHIRURGICO 3 DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CINTC3_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CINTC3_O è compilato e codice intervento appartiene ad elenco degli interventi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018
168. DCINTC4_O Data e ora altro interv. chirurgico 4 di dimissione ospedale	Data (12)	OBB	Validità del formato ggmmaaaahhmm. Obbligatorio se corrispettivo campo CINTC4_O (campo n. 91) è compilato. Se campo CINTC4_O (campo n. 91) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Se campo CINTC4_O (campo n. 91) è compilato e contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ: - Data e ora di intervento maggiore o uguale della data di ricovero - Data e ora di intervento minore o uguale alla data di dimissione. Se campo CINTC4_O (campo n. 91) è compilato e non contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ e TIPO_RIC <> 1 oppure 5, allora DATA (ggmmaaaa) deve essere maggiore o uguale della data di ricovero.
169. ID1_CHIR_CINTC4_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 4	AN	OBB	Se campo CINTC4_O (campo n. 91) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Obbligatorio: se campo CINTC4_O (campo n. 91) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
170. ID2_CHIR_CINTC4_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 4	AN	OBB	Se campo CINTC4_O (campo n. 91) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_CINTC4_O è compilato. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC4_O (campo n. 91) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC4_O



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
171. ID3_CHIR_CINTC4_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 4	AN	OBB	Se campo CINTC4_O (campo n. 91) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INT4_O e ID2_CHIR_INT4_O risultano compilati. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC4_O (campo n. 91) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC4_O e ID2_CHIR_CINTC4_O
172. ID_ANEST_CINTC4_O IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 4	AN		Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Obbligatorio: se campo CINTC4_O (campo n. 91) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. <i>Controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa.</i> Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
173. CHECK_LIST_CINTC4_O CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 4	N	OBB	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì, 9= non applicabile per intervento non eseguito in sala operatoria Obbligatorio: se campo CINTC4_O (campo n. 91) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. Se il campo CINTC4_O non è compilato, non compilare
174. LAT_CINTC4_O LATERALITÀ DELL'INTERVENTO CHIRURGICO 4 DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CINTC4_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CINTC4_O è compilato e codice intervento appartiene ad elenco degli interventi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018.



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
175. DCINTC5_O Data e ora altro interv. chirurgico 5 di dimissione ospedale	Data (12)	OBB	Validità del formato ggmmaaaahmm. Obbligatorio se corrispettivo campo CINTC5_O (campo n. 92) è compilato. Se campo CINTC5_O (campo n. 92) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Se campo CINTC5_O (campo n. 92) è compilato e contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ: - Data e ora di intervento maggiore o uguale della data di ricovero - Data e ora di intervento minore o uguale alla data di dimissione. Se campo CINTC5_O (campo n. 92) è compilato e non contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ e TIPO_RIC <> 1 oppure 5, allora DATA (ggmmaaaa) deve essere maggiore o uguale della data di ricovero.
176. ID1_CHIR_CINTC5_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 5 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 1	AN	OBB	Se campo CINTC5_O (campo n. 92) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Obbligatorio: se campo CINTC5_O (campo n. 92) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
177. ID2_CHIR_CINTC5_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 5	AN	OBB	Se campo CINTC5_O (campo n. 92) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_CINTC5_O è compilato. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC5_O (campo n. 92) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC5_O



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
178. ID3_CHIR_CINTC5_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 5	AN	OBB	Se campo CINTC5_O (campo n. 91) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INT5_O e ID2_CHIR_INT5_O risultano compilati. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC5_O (campo n. 92) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC5_O e ID2_CHIR_CINTC5_O
179. ID_ANEST_CINTC5_O IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 5	AN	OBB	Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Obbligatorio: se campo CINTC5_O (campo n. 92) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. <i>Controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa.</i> Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
180. CHECK_LIST_CINTC5_O CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 5	N	OBB	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì, 9= non applicabile per intervento non eseguito in sala operatoria Obbligatorio: se campo CINTC5_O (campo n. 92) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. Se il campo CINTC5_O non è compilato, non compilare
181. LAT_CINTC5_O LATERALITÀ DELL'INTERVENTO CHIRURGICO 5 DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CINTC5_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CINTC5_O è compilato e codice intervento appartiene ad elenco degli interventi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
182. CINTC6_O Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) 5 di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza dei campi CINTCP_O, CINTC1_O, CINTC2_O, CINTC3_O, CINTC4_O e CINTC5_O compilati. Allineamento a sinistra
183. DCINTC6_O Data e ora altro interv. chirurgico 6 di dimissione ospedale	Data (12)	OBB	Validità del formato ggmmaaaahhmm. Obbligatorio se corrispettivo campo CINTC6_O (campo n. 182) è compilato. Se campo CINTC6_O (campo n. 182) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Se campo CINTC6_O (campo n. 182) è compilato e contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ: - Data e ora di intervento maggiore o uguale della data di ricovero - Data e ora di intervento minore o uguale alla data di dimissione. Se campo CINTC6_O (campo n. 182) è compilato e non contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ e TIPO_RIC <= 1 oppure 5, allora DATA (ggmmaaaa) deve essere maggiore o uguale della data di ricovero.
184. ID1_CHIR_CINTC6_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 6	AN	OBB	Se campo CINTC6_O (campo n. 182) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Obbligatorio: se campo CINTC6_O (campo n. 182) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
185. ID2_CHIR_CINTC6_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 6	AN	OBB	Se campo CINTC6_O (campo n. 182) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_CINTC6_O è compilato. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC6_O (campo n. 182) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC6_O



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
186. ID3_CHIR_CINTC6_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 6	AN	OBB	Se campo CINTC6_O (campo n. 182) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INT6_O e ID2_CHIR_INT6_O risultano compilati. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC6_O (campo n. 182) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC6_O e ID2_CHIR_CINTC6_O
187. ID_ANEST_CINTC6_O IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 6	AN		Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Obbligatorio: se campo CINTC6_O (campo n. 182) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. <i>Controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa.</i> Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
188. CHECK_LIST_CINTC6_O CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 6	N	OBB	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì, 9= non applicabile per intervento non eseguito in sala operatoria Obbligatorio: se campo CINTC6_O (campo n. 182) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. Se il campo CINTC6_O non è compilato, non compilare
189. LAT_CINTC6_O LATERALITÀ DELL'INTERVENTO CHIRURGICO 5 DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CINTC6_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CINTC6_O è compilato e codice intervento appartiene ad elenco degli interventi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
190. CINTC7_O Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) 5 di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza dei campi CINTCP_O, CINTC1_O, CINTC2_O, CINTC3_O, CINTC4_O, CINTC5_O e CINTC6_O compilati. Allineamento a sinistra
191. DCINTC7_O Data e ora altro interv. chirurgico 7 di dimissione ospedale	Data (12)	OBB	Validità del formato ggmmaaaahhmm. Obbligatorio se corrispettivo campo CINTC7_O (campo n. 190) è compilato. Se campo CINTC7_O (campo n. 190) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Se campo CINTC7_O (campo n. 190) è compilato e contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ: - Data e ora di intervento maggiore o uguale della data di ricovero - Data e ora di intervento minore o uguale alla data di dimissione. Se campo CINTC7_O (campo n. 190) è compilato e non contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ e TIPO_RIC <> 1 oppure 5, allora DATA (ggmmaaaa) deve essere maggiore o uguale della data di ricovero.
192. ID1_CHIR_CINTC7_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 7	AN	OBB	Se campo CINTC7_O (campo n. 190) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Obbligatorio: se campo CINTC7_O (campo n. 190) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
193. ID2_CHIR_CINTC7_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 7	AN	OBB	Se campo CINTC7_O (campo n. 190) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_CINTC7_O è compilato. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC7_O (campo n. 182) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC7_O



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
194. ID3_CHIR_CINTC7_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 7	AN	OBB	Se campo CINTC7_O (campo n. 190) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INTCT7_O e ID2_CHIR_INTCT7_O risultano compilati. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC7_O (campo n. 190) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC7_O e ID2_CHIR_CINTC7_O
195. ID_ANEST_CINTC7_O IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 7	AN		Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Obbligatorio: se campo CINTC7_O (campo n. 190) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. <i>Controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa.</i> Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
196. CHECK_LIST_CINTC7_O CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 7	N	OBB	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì, 9= non applicabile per intervento non eseguito in sala operatoria Obbligatorio: se campo CINTC7_O (campo n. 190) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. Se il campo CINTC7_O non è compilato, non compilare
197. LAT_CINTC7_O LATERALITÀ DELL'INTERVENTO CHIRURGICO 7 DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CINTC7_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CINTC7_O è compilato e codice intervento appartiene ad elenco degli interventi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
198. CINTC8_O Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) 5 di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza dei campi CINTCP_O, CINTC1_O, CINTC2_O, CINTC3_O, CINTC4_O, CINTC5_O, CINTC6_O e CINTC7_O compilati. Allineamento a sinistra
199. DCINTC8_O Data e ora altro interv. chirurgico 8 di dimissione ospedale	Data (12)	OBB	Validità del formato ggmmaaaahhmm. Obbligatorio se corrispettivo campo CINTC8_O (campo n. 198) è compilato. Se campo CINTC8_O (campo n. 198) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Se campo CINTC8_O (campo n. 198) è compilato e contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ: - Data e ora di intervento maggiore o uguale della data di ricovero - Data e ora di intervento minore o uguale alla data di dimissione. Se campo CINTC8_O (campo n. 198) è compilato e non contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ e TIPO_RIC <> 1 oppure 5, allora DATA (ggmmaaaa) deve essere maggiore o uguale della data di ricovero.
200. ID1_CHIR_CINTC8_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 8	AN	OBB	Se campo CINTC8_O (campo n. 198) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Obbligatorio: se campo CINTC8_O (campo n. 198) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
201. ID2_CHIR_CINTC8_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 8	AN	OBB	Se campo CINTC8_O (campo n. 198) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_CINTC8_O è compilato. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC8_O (campo n. 198) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC8_O



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
202. ID3_CHIR_CINTC8_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 8	AN	OBB	Se campo CINTC8_O (campo n. 198) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INT8_O e ID2_CHIR_INT8_O risultano compilati. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC8_O (campo n. 198) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC8_O e ID2_CHIR_CINTC8_O
203. ID_ANEST_CINTC8_O IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 8	AN	OBB	Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Obbligatorio: se campo CINTC8_O (campo n. 198) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. <i>Controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa.</i> Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
204. CHECK_LIST_CINTC8_O CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 8	N	OBB	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì, 9= non applicabile per intervento non eseguito in sala operatoria Obbligatorio: se campo CINTC8_O (campo n. 198) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. Se il campo CINTC8_O non è compilato, non compilare
205. LAT_CINTC8_O LATERALITÀ DELL'INTERVENTO CHIRURGICO 8 DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CINTC8_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CINTC8_O è compilato e codice intervento appartiene ad elenco degli interventi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
206. CINTC9_O Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) 5 di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza dei campi CINTCP_O, CINTC1_O, CINTC2_O, CINTC3_O, CINTC4_O, CINTC5_O, CINTC6_O, CINTC7_O e CINTC8_O compilati. Allineamento a sinistra
207. DCINTC9_O Data e ora altro interv. chirurgico 9 di dimissione ospedale	Data (12)	OBB	Validità del formato ggmmaaaahmm. Obbligatorio se corrispettivo campo CINTC9_O (campo n. 206) è compilato. Se campo CINTC9_O (campo n. 206) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Se campo CINTC9_O (campo n. 206) è compilato e contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ: - Data e ora di intervento maggiore o uguale della data di ricovero - Data e ora di intervento minore o uguale alla data di dimissione. Se campo CINTC9_O (campo n. 206) è compilato e non contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ e TIPO_RIC <> 1 oppure 5, allora DATA (ggmmaaaa) deve essere maggiore o uguale della data di ricovero.
208. ID1_CHIR_CINTC9_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 9	AN	OBB	Se campo CINTC9_O (campo n. 206) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Obbligatorio: se campo CINTC9_O (campo n. 206) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
209. ID2_CHIR_CINTC9_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 9	AN	OBB	Se campo CINTC9_O (campo n. 206) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_CINTC9_O è compilato. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC9_O (campo n. 206) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC9_O



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
210. ID3_CHIR_CINTC9_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 9	AN	OBB	Se campo CINTC9_O (campo n. 206) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INT9_O e ID2_CHIR_INT9_O risultano compilati. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC9_O (campo n. 206) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC2_O e ID2_CHIR_CINTC9_O
211. ID_ANEST_CINTC9_O IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 9	AN		Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Obbligatorio: se campo CINTC9_O (campo n. 206) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. <i>Controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa.</i> Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
212. CHECK_LIST_CINTC9_0 CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 9	N	OBB	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì, 9= non applicabile per intervento non eseguito in sala operatoria Obbligatorio: se campo CINTC9_O (campo n. 206) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. Se il campo CINTC9_O non è compilato, non compilare
213. LAT_CINTC9_0 LATERALITÀ DELL'INTERVENTO CHIRURGICO 9 DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CINTC9_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CINTC9_O è compilato e codice intervento appartiene ad elenco degli interventi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
214. CINTC10_O Altro intervento chirurgico (o procedura o parto) 5 di dimissione dall'ospedale	AN (5)		Verifica della presenza dei codici intervento nel manuale elenco ICD 9 CM in vigore Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza dei campi CINTCP_O, CINTC1_O, CINTC2_O, CINTC3_O, CINTC4_O, CINTC5_O, CINTC6_O, CINTC7_O, CINTC8_O e CINTC_9 compilati. Allineamento a sinistra
215. DCINTC10_O Data e ora altro interv. chirurgico 10 di dimissione ospedale	Data (12)	OBB	Validità del formato ggmmaaaahhmm. Obbligatorio se corrispettivo campo CINTC10_O (campo n. 214) è compilato. Se campo CINTC10_O (campo n. 214) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Se campo CINTC10_O (campo n. 214) è compilato e contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ: - Data e ora di intervento maggiore o uguale della data di ricovero - Data e ora di intervento minore o uguale alla data di dimissione. Se campo CINTC10_O (campo n. 214) è compilato e non contiene codice relativo a procedure terapeutiche maggiori come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ e TIPO_RIC <> 1 oppure 5, allora DATA (ggmmaaaa) deve essere maggiore o uguale della data di ricovero.
216. ID1_CHIR_CINTC10_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 1 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 10	AN	OBB	Se campo CINTC10_O (campo n. 214) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Obbligatorio: se campo CINTC10_O (campo n. 214) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
217. ID2_CHIR_CINTC10_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 2 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 10	AN	OBB	Se campo CINTC10_O (campo n. 214) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_CINTC10_O è compilato. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC10_O (campo n. 214) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC10_O



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
218. ID3_CHIR_CINTC10_O IDENTIFICATIVO CHIRURGO 3 ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 10	AN	OBB	Se campo CINTC10_O (campo n. 214) non è compilato, il campo dev'essere = "spazio" (non compilato). Compilazione solo se ID1_CHIR_INTC10_O e ID2_CHIR_INTC10_O risultano compilati. Se compilato, il corrispettivo campo CINTC10_O (campo n. 214) contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ. Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS Se compilato, verificare che sia diverso da ID1_CHIR_CINTC10_O e ID2_CHIR_CINTC10_O
219. ID_ANEST_CINTC10_O IDENTIFICATIVO ANESTESISTA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 10	AN		Compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze; Obbligatorio: se campo CINTC10_O (campo n. 214) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. <i>Controllo sospeso dal 12 aprile 2017, in attesa di indicazione da parte del MdS di elenco puntuale di interventi e procedure della categoria IV. della classificazione AHRQ, per le quali la compilazione può essere omessa.</i> Controllo su banca dati anagrafica dei medici ed anestesisti (ev. già disponibili presso AS); BD deve essere alimentata e replicata a intervalli regolari da parte dell'AS
220. CHECK_LIST_CINTC10_O CHECK LIST SALA OPERATORIA ALTRO INTERVENTO CHIRURGICO 10	N	OBB	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì, 9= non applicabile per intervento non eseguito in sala operatoria Obbligatorio: se campo CINTC10_O (campo n. 214) è compilato e contiene codice relativo a procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella categoria IV. della classificazione AHRQ. Se il campo CINTC10_O non è compilato, non compilare
221. LAT_CINTC10_O LATERALITÀ DELL'INTERVENTO CHIRURGICO 9 DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	VALORI AMMESSI: 1= Destro, 2=Sinistro, 3=Bilaterale Se campo CINTC10_O non è compilato, non compilare. Obbligatorio se CINTC10_O è compilato e codice intervento appartiene ad elenco degli interventi per cui è obbligatoria la compilazione della lateralità; elenco approvato da NuVAS in data 16.11.2018
222. DOLORE RILEVAZIONE DEL DOLORE	N	OBB V	VALORI AMMESSI: 0= no, 1=sì



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
223. STAD_COND_DIAG_OSP STADIAZIONE CONDENSATA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	Deve essere compilato con diagnosi di dimissione principale (DIAG_OSP) con codici per neoplasia maligna (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
224. STAD_COND_CDIAG1_O STADIAZIONE CONDENSATA DELLA PRIMA DIAGNOSI CONCOMITANTE DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N		Facoltativo; ma se compilato, deve essere con presenza prima diagnosi concomitante di dimissione (CDIAG1_O) con codici per neoplasia maligna (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
225. STAD_COND_CDIAG2_O STADIAZIONE CONDENSATA DELLA SECONDA DIAGNOSI CONCOMITANTE DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	Facoltativo; ma se compilato, deve essere con presenza seconda diagnosi concomitante di dimissione (CDIAG2_O) con codici per neoplasia maligna (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



DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
226. STAD_COND_CDIAG3_O STADIAZIONE CONDENSATA DELLA TERZA DIAGNOSI CONCOMITANTE DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	Facoltativo; ma se compilato, deve essere con presenza terza diagnosi concomitante di dimissione (CDIAG3_O) con codici per neoplasia maligna (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
227. STAD_COND_CDIAG4_O STADIAZIONE CONDENSATA DELLA QUARTA DIAGNOSI CONCOMITANTE DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	Facoltativo; ma se compilato, deve essere con presenza quarta diagnosi concomitante di dimissione (CDIAG4_O) con codici per neoplasia maligna (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
228. STAD_COND_CDIAG5_O STADIAZIONE CONDENSATA DELLA QUINTA DIAGNOSI CONCOMITANTE DI DIMISSIONE DA OSPEDALE	N	OBB	Facoltativo; ma se compilato, deve essere con presenza quinta diagnosi concomitante di dimissione (CDIAG5_O) con codici per neoplasia maligna (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



Specifiche tecniche per la gestione della Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (N - S.D.O.)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
229. PRESS_ART PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA	N	OBB	Deve essere compilato solo se in un qualsiasi campo di diagnosi di dimissione da ospedale (principale o secondarie) è riportato il codice dell'infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx) Se compilato, i valori del campo devono essere > 30 e < 300
230. CREAT CREATININA SERICA	N (5)	OBB	Deve essere compilato in caso di ricovero per acuti di pazienti in età maggiore o uguale a 65 anni, nei seguenti casi: 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); oppure 2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx) oppure 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). Se compilato, i valori del campo devono essere <=99,99 e non negativi.
231. FRAZ_EI FRAZIONE DI EIEZIONE	N	OBB	Deve essere compilato solo per gli interventi chirurgici principali o secondari di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o per quelli sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x).



ALLEGATO 5: NORMATIVA PROVINCIALE RELATIVA AD ASPETTI RIGUARDANTI LA PROCEDURA INFORMATIVA S.D.O.

Di seguito si richiamano le principali circolari e delibere, i cui contenuti sono in parte ripresi in questo documento:

- Circolare prot.MC/LE/pv/12.09/4568 del 14.10.96 avente per oggetto "Alcune note per la compilazione della S.D.O. in caso di ricovero in regime day-hospital" e circolare prot. MC/fe/12.09/4855 del 8.11.1996 su "Rettifica alla precedente circolare del 14.10.1996".
- Circolare prot. FH/SC/55.04/4744 del 23.12.1997 relativa a "Aggiornamento procedura S.D.O."
- Circolare prot. FH/SC/55.04.08/20225 del 14.07.1998 "Linee guida per l'applicazione della deliberazione della G.P. n. 6337 del 01.12.1997, punto 8" – Prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato
- Circolare prot. 55.05/LC/22597 del 07.08.1998 "Ricoveri di neonati normali in 'camere speciali'
- Circolare prot.CM/12.09/27148 del 29.09.1998 relativa a "Disposizioni per la gestione della procedura Scheda di dimissione ospedaliera"
- Circolare prot.FH/SC/55.04.08/30706 del 06.11.1998 relativa a „Modifiche S.D.O. a partire dal 01.01.1999“.
- Deliberazione della G.P. n. 1385 del 19/04/1999 "Integrazione punto 8 della deliberazione della G.P. n.6337 dell'1/12/97 -Prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato-."
- Deliberazione della G.P. n. 1862 del 27/05/2002 "Disposizioni in materia di partecipazione alla spesa sanitaria in Provincia Autonoma di Bolzano"
- Circolare prot. 23.0/55.07/13113 del 21.06.2002 relativa a "Circolare esplicativa relativa alla compartecipazione alle spese sanitarie (Ticket) in provincia di Bolzano"
- Circolare prot. FA/55.07/10445 del 16.06.2003 "Circolare integrativa alla circolare sulla compartecipazione alle spese sanitarie (Ticket) in provincia di Bolzano del 21.6.2002 prot. n. 23.0/55.07/02/13113"
- Decreto legislativo n.196 del 30.06.2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"
- Deliberazione della G.P. n. 4053 del 17/11/2003 "Linee guida per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera"
- Circolare prot. 23.0/PR/12.09/3263 del 23.02.2004 "Nuova S.D.O. – modalità invio files S.D.O. dalle aziende sanitarie"
- Circolare prot. 23.0/PR/12.09/863 del 21.01.2005 "Fatturazione ticket ricoveri ospedalieri e Blocco entro termine tre mesi dell'invio dati SDO dalle aziende sanitarie alla Provincia"
- Circolare prot. 23.0/PR/12.09/9218 del 08.06.2005 "Compartecipazione alla spesa (ticket) per ricoveri e trasporti in elisoccorso di pazienti iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e presso istituti assicurativi di stati membri dell'Unione Europea o di altri stati con i quali lo stato italiano ha stipulato relativa convenzione internazionale"
- Circolare prot. 23.0/PR/12.09/13170 del 25.08.2005 "Linee guida SDO – compilazione dei campi data e ora di ricovero / dimissione del paziente"
- Deliberazione della G.P. n. 2464 del 03.07.2006 "Istituzione del Gruppo di Lavoro SDO permanente"



- Circolare prot. 23.2/5507/193474 del 7.04.2008 “Circolare esplicativa a seguito della comunicazione del Ministero della Salute del 19 febbraio 2008 concernente l’assistenza sanitaria ai cittadini comunitari indigenti dimoranti in Italia”
- Deliberazione della G.P. n. 2545 del 14.07.2008 “Abolizione ticket per ricoveri ospedalieri – modifica delibera n. 1862 del 27.05.2002”
- Circolare del Ministero della Salute prot. 34703 del 23.10.2008 “Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.)
- Deliberazione della G.P. n. 4828 del 15.12.2008 “Approvazione dei criteri minimi per la continuità assistenziale”
- Circolare del Ministero della Salute prot. 18547 del 03.06.2010 “Informazioni relative alle modifiche del tracciato record e nella periodicità di invio del flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.)
- Deliberazione della G. P. n.1067 del 21.06.2010 – entrata in vigore a partire dal 1° luglio 2010 dell'ultima versione delle Linee guida per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera provinciale
- Decreto del Ministero della Salute 08 luglio 2010, n. 135; Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380.
- Decreto del Ministero della Salute 02 aprile 2015 , n. 70; Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- Decreto del Ministero della Salute del 7.12.2016, n. 261; Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera.