



Osservatorio per la Salute

Linee guida

**per la gestione della
procedura informativa S.D.O. – F.I.M.
per le unità operative di recupero e
riabilitazione funzionale (cod. 56.00)
e di neuroriabilitazione (cod. 75.00)**

A cura dell'Osservatorio per la Salute

(Deliberazione della G.P. n. 1067 del 21.06.2010)

Linee guida per la gestione della S.D.O. – F.I.M.

Prima versione - Novembre 2003

Seconda versione - Giugno 2010

© Edito dalla:

Provincia Autonoma di Bolzano

Ripartizione Sanità

Osservatorio per la Salute

Copie disponibili presso:

Ripartizione Sanità – Osservatorio per la Salute

Via Canonico Michael Gamper, 1 – 39100 BOLZANO

Tel. 0471 – 41.80.70

e-mail: oeep@provincia.bz.it

Scaricabile dal sito internet:

<http://www.provincia.bz.it/oeep>

INDICE

PAG.

1. PREMESSA	4
2. LE STRUTTURE CHE DEVONO COMPILARE LA S.D.O. - F.I.M.	6
3. L'APERTURA E LA CHIUSURA DELLA SCHEDA S.D.O. - F.I.M.	6
4. LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI	7
5. LE VARIABILI DELLA SCHEDA S.D.O. – F.I.M.	8
6. COMPITI E RESPONSABILITÀ	42
7. DEFINIZIONI DI DIAGNOSI ED INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE	43
7.1. SISTEMA DI CODIFICA	43
7.2. DIAGNOSI ED INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE	43
8. TRASMISSIONE DEI DATI.....	45
8.1. TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA.....	45
8.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO.....	46
9. SISTEMA DI CONTROLLO	46
10. MODALITÀ DI TARIFFAZIONE DEI RICOVERI	46
11. LA MOBILITÀ SANITARIA.....	47
12. L'UTILIZZO DEI DATI E IL SISTEMA DI INDICATORI	48
ALLEGATI	49
ALLEGATO 1: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI ALLA PROVINCIA.....	50
ALLEGATO 2: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI DELLA PROVINCIA AL MINISTERO DELLA SALUTE	65
ALLEGATO 3: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI	67
ALLEGATO 4: FAC SIMILE DELLA SCHEDA CARTACEA	86

1. PREMESSA

La scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), istituita con il Decreto Ministeriale del 28/12/1991 e introdotta in Provincia con delibera della Giunta provinciale n. 6171 del 4/10/1993, è uno strumento mirato alla raccolta di informazioni su ciascun paziente dimesso dagli istituti ospedalieri pubblici e privati e rappresenta la fonte principale per il flusso informativo sull'assistenza erogata negli istituti di cura attivi nel territorio nazionale.

Trattandosi di uno strumento di notevole interesse per la programmazione e la valutazione delle attività sanitarie, la corretta adozione della S.D.O. assume un ruolo importante nei diversi settori ospedalieri, tra cui quello della riabilitazione. In considerazione dell'inadeguatezza di alcune delle informazioni contenute nella procedura informativa Scheda di Dimissione Ospedaliera per acuti, in particolare modo delle diagnosi e della relativa classificazione ICD-9 CM, nel cogliere le specificità cliniche del paziente in trattamento riabilitativo, nella seconda metà dell'anno 2000 è stata avviata una sperimentazione che prevedeva l'introduzione di alcune variabili specifiche per la riabilitazione e di una scala di disabilità. Relativamente alla scala di disabilità la preferenza è stata espressa per la "Functional Independence Measure" (F.I.M. - Granger e collaboratori, 1986). Tale strumento è stato ritenuto ampiamente collaudato in ambito riabilitativo, attentamente studiato rispetto alle proprietà di validità, affidabilità e sensibilità e capace di cogliere le differenze in termini di gravità della disabilità dei pazienti trattati. Anche in relazione a quanto stabilito dalle linee di diffusione internazionale, la Provincia ha messo in atto le seguenti misure:

1. adozione della scala F.I.M. per le strutture ospedaliere di riabilitazione (codice 56.00) e relativa compilazione sia all'ingresso che alla dimissione;
2. adozione della scala F.I.M. per le strutture ospedaliere di neuroriabilitazione (codice 75.00)¹;
3. accreditamento degli operatori sanitari che dovranno compilare la scala F.I.M.;
4. introduzione di nuove variabili;
5. invio dei dati alla banca dati centralizzata per controlli di qualità e confronti con la banca dati centrale nazionale.

¹ La Deliberazione dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, Comprensorio sanitario di Bolzano n. 2007-D2-001023 dell'11.06.2007 "Attestazione numero posti letto dell'Ospedale Centrale di Bolzano al 01.01.2007" fissa la dotazione di 2 posti letto per il reparto di neuroriabilitazione (codice 75.00). La Determinazione del Direttore del Comprensorio Sanitario di Bressanone n. 158 del 13.05.2008 fissa la dotazione di 2 posti letto per il reparto di neuroriabilitazione (codice 75.00).

Il presente documento ha lo scopo di regolamentare, per le unità operative di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56.00) e per le unità operative di neuroriabilitazione (cod. 75.00), l'introduzione a regime della scala F.I.M. nella procedura informativa "Scheda di Dimissione Ospedaliera", avvenuta a partire dal 01/07/2004.

2. LE STRUTTURE CHE DEVONO COMPILARE LA S.D.O. - F.I.M.

La procedura S.D.O.- F.I.M. dovrà essere adottata da tutti i reparti di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56.00) e di neuroriabilitazione (cod. 75.00) presenti nelle strutture ospedaliere della Provincia.

Pertanto, hanno l'obbligo di compilazione le unità operative di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56.00) e di neuroriabilitazione (cod. 75.00) delle strutture:

Strutture erogatrici pubbliche per la riabilitazione

Comprensorio sanitario di Bolzano	- Ospedale centrale di Bolzano
Comprensorio sanitario di Merano	- Ospedale aziendale di Merano
Comprensorio sanitario di Bressanone	- Ospedale aziendale di Bressanone - Ospedale di base di Vipiteno
Comprensorio sanitario di Brunico	- Ospedale aziendale di Brunico - Ospedale aziendale di San Candido

Strutture erogatrici private per la riabilitazione

Comprensorio sanitario di Bolzano	- Casa di cura "Bonvicini" - Casa di cura "Melittaklinik 1" - Casa di cura "Melittaklinik 2"
Comprensorio sanitario di Merano	- Casa di cura "Villa Sant'Anna" - Casa di cura "Salus Center"
Comprensorio sanitario di Brunico	- Casa di cura "Sanitas"

3. L'APERTURA E LA CHIUSURA DELLA SCHEDA S.D.O. - F.I.M.

La S.D.O.- F.I.M., con la conseguente assegnazione dei punteggi, deve essere compilata per tutti i pazienti, con età superiore a 14 anni ricoverati in regime ordinario nelle unità operative di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56.00) e di neuroriabilitazione (cod. 75.00). Tutti gli altri ricoveri riabilitativi andranno comunque inseriti nella banca dati S.D.O. – F.I.M., tralasciando i campi associati ai punteggi F.I.M.. Al momento del ricovero del pazien-

te va aperta una cartella clinica e una S.D.O.- F.I.M. che riportano uno stesso numero identificativo che deve pertanto essere lo stesso per tutta la durata del ricovero. In caso di trasferimenti interni alla struttura in altre unità operative per acuti o di lungodegenza la cartella clinica e la S.D.O.- F.I.M. devono essere chiuse. La chiusura dovrà essere effettuata anche nel caso di cambio di regime o di trasferimento del paziente in altra struttura.

Nel caso di trasferimenti temporanei presso strutture di ricovero per acuti per l'erogazione di prestazioni in regime di ricovero (ad esempio prestazioni di chemioterapia, radioterapia ecc.) non disponibili nella struttura di ricovero, in presenza di accordi/convenzioni tra aziende sanitarie, la S.D.O. - F.I.M. non dovrà essere chiusa. L'erogazione della prestazione dovrà avvenire nell'arco della giornata senza dar luogo a pernottamento del paziente. Il pagamento della prestazione erogata in regime di ricovero, regolato da accordi/convenzioni tra aziende sanitarie, dovrà avvenire tramite fatturazione diretta. Nel caso di effettuazione della prestazione erogabile in regime di ricovero al di fuori di atti convenzionali la S.D.O. - F.I.M. dovrà essere chiusa prima del trasferimento del paziente e riaperta se il paziente viene nuovamente trasferito alla struttura. In caso di erogazione di prestazione presso struttura diversa da quella di ricovero dovrà essere indicato il codice ICD 9–CM della prestazione e la struttura dove viene eseguita la prestazione.

4. LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI

La S.D.O.- F.I.M. è composta da due sezioni distinte, una contenente i dati anagrafici e l'altra i dati clinici. Tali sezioni vanno gestite in archivi disgiunti. La ricongiunzione delle due sezioni può essere effettuata attraverso alcune variabili chiave rappresentate dal codice nosografico, dal codice dell'istituto e dal codice sanitario individuale.

La Provincia e i comprensori individuano i servizi che possono procedere alla ricongiunzione delle due sezioni suddette. 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". Il codice identificativo

dell'assistito viene anonimizzato dalla Società Informatica Alto Adige S.p.A. mediante procedura standard di anonimizzazione.

5. LE VARIABILI DELLA SCHEDA S.D.O. – F.I.M.

Il contenuto informativo della procedura informativa S.D.O.- F.I.M. è composto da una parte comune al flusso informativo S.D.O. e da una parte specifica per l'attività di riabilitazione.

La parte specifica per le unità di riabilitazione è composta da:

- a) Scala F.I.M.;
- b) Tipo di ricovero in riabilitazione;
- c) Menomazione (come da manuale F.I.M.);
- d) Data di insorgenza della menomazione (come da manuale F.I.M.);
- e) Codice del compilatore della scala F.I.M.

In cartella clinica dovrà essere riportata la copia cartacea contenente le variabili comuni alla S.D.O., mentre non dovranno essere riportati i singoli punteggi degli item F.I.M. (solo il primo foglio del facsimile riportato in allegato 4 contenente la sezione "dati anagrafici", la sezione "dati di ricovero" e la sezione "dimissione"). Di seguito vengono elencate e specificate tutte le variabili che caratterizzano il flusso informativo S.D.O.- F.I.M.. Tali informazioni costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale e devono pertanto essere trasmesse dai comprensori sanitari alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. secondo le modalità specificate.

1. Istituto/presidio ospedaliero
2. Numero della scheda di dimissione ospedaliera – Nosografico
3. Cognome
4. Nome
5. Cognome acquisito
6. Sesso
7. Data di nascita
8. Comune di nascita
9. Stato civile
10. Comune di residenza anagrafica
11. Cittadinanza
12. Codice sanitario individuale
13. Codice fiscale

14. Regione di residenza
15. Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di residenza
16. Regione di assistenza
17. Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di iscrizione
18. Residenza estera
19. Cassa malati estera
20. Indirizzo cassa malati estera
21. CAP cassa malati estera
22. Regime di ricovero
23. Unità operativa di ammissione/dimissione
24. Data ed ora di ricovero nell'unità operativa di riabilitazione
25. Onere della degenza
26. Provenienza del paziente
27. Tipo di ricovero
28. Tipo di ricovero in riabilitazione
29. Motivo del ricovero in regime diurno
30. Giorni di permesso
31. Diagnosi principale
32. Prima diagnosi concomitante
33. Seconda diagnosi concomitante
34. Terza diagnosi concomitante
35. Quarta diagnosi concomitante
36. Quinta diagnosi concomitante
37. Data dell'intervento chirurgico principale (o procedura)
38. Intervento chirurgico principale (o procedura)
39. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 1
40. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 1
41. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 2
42. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 2
43. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 3
44. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 3
45. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 4
46. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 4
47. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 5
48. Altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 5
49. Menomazione (come da manuale F.I.M.)
50. Data di insorgenza della menomazione (come da manuale F.I.M.)

La scala F.I.M. è composta dai 18 item di ingresso e 18 item di dimissione²

- 51. A. Nutrirsi ingresso
- 52. B. Rassettersi ingresso
- 53. C. Lavarsi ingresso
- 54. D. Vestirsi, dalla vita in su ingresso
- 55. E. Vestirsi, dalla vita in giù ingresso
- 56. F. Igiene perineale ingresso
- 57. G. Vescica ingresso
- 58. H. Alvo ingresso
- 59. I. Letto-sedia-carrozzina ingresso
- 60. J. W.C. ingresso
- 61. K. Vasca o doccia ingresso
- 62. Cammino ingresso (flag)
- 63. Carrozzina ingresso (flag)
- 64. L. Cammino, carrozzina ingresso
- 65. M. Scale ingresso
- 66. Comprensione uditiva ingresso (flag)
- 67. Comprensione visiva ingresso (flag)
- 68. N. Comprensione ingresso
- 69. Espressione vocale ingresso (flag)
- 70. Espressione non vocale ingresso (flag)
- 71. O. Espressione ingresso
- 72. P. Rapporto con gli altri ingresso
- 73. Q. Soluzione di problemi ingresso
- 74. R. Memoria ingresso
- 75. A. Nutrirsi dimissione
- 76. B. Rassettersi dimissione
- 77. C. Lavarsi dimissione
- 78. D. Vestirsi, dalla vita in su dimissione
- 79. E. Vestirsi, dalla vita in giù dimissione
- 80. F. Igiene perineale dimissione
- 81. G. Vescica dimissione
- 82. H. Alvo dimissione
- 83. I. Letto-sedia-carrozzina dimissione
- 84. J. W.C. dimissione
- 85. K. Vasca o doccia dimissione

² Le variabili contraddistinte dal termine “flag” possono assumere solo due valori: 1 (criterio selezionato), 0 (criterio non selezionato).

86. Cammino dimissione (flag)
87. Carrozzina dimissione (flag)
88. L. Cammino, carrozzina dimissione
89. M. Scale dimissione
90. Comprensione uditiva dimissione (flag)
91. Comprensione visiva dimissione (flag)
92. N. Comprensione dimissione
93. Espressione vocale dimissione (flag)
94. Espressione non vocale dimissione (flag)
95. O. Espressione dimissione
96. P. Rapporto con gli altri dimissione
97. Q. Soluzione di problemi dimissione
98. R. Memoria dimissione
99. Punteggio globale F.I.M. all'ingresso
100. Punteggio motorio F.I.M. all'ingresso
101. Punteggio cognitivo F.I.M. all'ingresso
102. Punteggio globale F.I.M. alla dimissione
103. Punteggio motorio F.I.M. alla dimissione
104. Punteggio cognitivo F.I.M. alla dimissione
105. Differenza punteggio F.I.M. ingresso, dimissione
106. Numero accessi complessivi in regime diurno
107. Procedura 1 erogata esternamente
108. Tipo di struttura di erogazione della procedura 1
109. Codice della struttura di erogazione della procedura 1
110. Procedura 2 erogata esternamente
111. Tipo di struttura di erogazione della procedura 2
112. Codice della struttura di erogazione della procedura 2
113. Modalità di uscita/dimissione
114. Data ed ora di dimissione o morte
115. Riscontro autoptico
116. Tipo di medico proponente il ricovero
117. Codice del medico proponente il ricovero
118. Giornate di degenza derogate
119. Data di prenotazione del ricovero
120. Tipo esenzione
121. Codice esenzione
122. Importo del ticket di ricovero
123. Classe
124. Giornate di degenza in classe

125. Codice del compilatore della scala F.I.M. ingresso

126. Codice del compilatore della scala F.I.M. dimissione

1. Istituto/presidio ospedaliero (ISTITUTO)

La denominazione dell'ospedale è costituita dalla denominazione ufficiale dell'istituto di cura. Per istituto di cura si intende l'insieme di tutte le unità operative individuate da un medesimo codice.

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie locali ed in particolare nei modelli HSP; 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 23 dicembre 1996), i successivi 3 sono costituiti da un progressivo numerico all'interno della Provincia (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).

Nello specifico:

041001 = Ospedale centrale di Bolzano;

041002 = Ospedale aziendale di Merano;

041004 = Ospedale aziendale di Bressanone;

041005 = Ospedale aziendale di Brunico;

041006 = Ospedale di base di Vipiteno;

041007 = Ospedale di base di San Candido;

041014 = Casa di cura "Villa Sant'Anna";

041015 = Casa di cura "Bonvicini";

041017 = Casa di cura "Melittaklinik 1";

041026 = Casa di cura "Salus Center";

041033 = Casa di cura "Melittaklinik 2"

041034 = Casa di cura "Sanitas".

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. Cognome (COG)

Indicare il cognome del paziente. Deve essere riportato esclusivamente il cognome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non dott. Rossi, ma Rossi).

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.

4. Nome (NOME)

Indicare il nome del paziente. Deve essere riportato esclusivamente il nome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non suor Maria, ma Maria).

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.

5. 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.

6. Sesso (SESSO)

Indicare il sesso del paziente.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = maschio;

2 = femmina.

Il campo è obbligatorio.

7. 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.

8. 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 dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.

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.

9. 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.

10. 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.

Va utilizzato lo stesso sistema di codifica definito per la variabile (8): "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 dal Ministero dell'Interno, 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.

11. Cittadinanza (C CITT)

Si fa presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza (molti residenti in una regione italiana possono essere cittadini di Paesi esteri).

Se il paziente ha più di una cittadinanza inserire il codice di quella scelta dal paziente.

cittadinanza italiana = 100;

cittadinanza estera = codice a 3 cifre paese estero definito dal Ministero dell'interno;

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.

12. 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.

Esempio:

codice del libretto sanitario = 6g1/14456346/1 ⇨ 14456346BBBBBBBB

dove B= spazio

codice del libretto sanitario = F12/0103015311/4 ⇨ 0103015311BBBBBB

13. Codice fiscale (FISCALE)

Il codice fiscale, ovvero quello del Ministero delle Finanze, deve essere indicato, quando disponibile, per tutti i pazienti residenti in Italia.

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.

Questa variabile non deve essere compilata per gli stranieri non residenti e per i neonati sani. Altresì non va compilata per i pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge.

14. Regione di residenza (REG RES)

È la regione in cui il soggetto è residente.

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

Per i residenti all'estero inserire il codice Paese estero.

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.

Il campo è determinato in modo automatico in base al comune di residenza.

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

Il campo è obbligatorio.

15. 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).

La corretta compilazione di questo campo è fondamentale per evitare le contestazioni da parte di altre regioni. Se il comprensorio sanitario/azienda sanitaria di residenza è sconosciuto o straniero, porre il codice 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 è obbligatorio per i residenti in Italia (codice di comune italiano nella variabile (10) "Comune di residenza anagrafica").

16. 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.

17. 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.

18. Residenza estera (RES EST)

Descrizione del luogo di residenza del paziente estero.

19. Cassa malati estera (CAS EST)

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

20. Indirizzo cassa malati estera (I CASEST)

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

21. CAP cassa malati estera (C CASEST)

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

22. Regime di ricovero (REGRIC)

Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" ed il "ricovero diurno".

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

1 = ricovero ordinario;

2 = ricovero diurno (day hospital).

Quando si utilizza il codice 2, è necessario riportare anche le informazioni relative alle variabili (29) "Motivo del ricovero in regime diurno" e (106) "Numero di accessi complessivi in regime diurno".

Il campo è obbligatorio.

23. Unità operativa di ammissione/dimissione (REP DIM)

L'unità operativa di ammissione/dimissione individua l'unità operativa di riabilitazione presso la quale il paziente è ricoverato e dalla quale il paziente viene dimesso dall'ospedale o dalla quale viene trasferito ad altra unità operativa presso lo stesso istituto.

Il codice da utilizzare per l'unità operativa di ammissione/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.

Il campo è obbligatorio.

24. Data ed ora di ricovero nell'unità operativa di riabilitazione (D RICO)

E' la data in cui è avvenuto il ricovero in ospedale. In caso di ricovero in regime di day-hospital a ciclo programmato è la data del primo accesso.

Va riportato il giorno, mese ed anno, con l'indicazione dell'ora del ricovero nell'ospedale, nel formato ggmmaaaahhmm.

Il campo è obbligatorio.

25. 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 seguenti³:

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);

³ Si fa presente che secondo quanto stabilito dal testo unico relativo alla compensazione della mobilità sanitaria relativamente ai trapianti, i record relativi a ricoveri di pazienti non residenti nella ASL per prelievo (DRG 467 con diagnosi V593 ed intervento 4191 oppure con diagnosi V5902 ed intervento 9979) dovranno essere inviati o con l'onere della degenza valorizzato "9" oppure ad importo zero.

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.

26. 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 territoriale (ad esempio: Residenze socioassistenziali, 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.

27. Tipo di ricovero (TIPO RIC)

Il tipo di ricovero individua, per tutti i ricoveri in regime ordinario (codice 1 alla variabile (22): "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 (22): "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.

Il campo è obbligatorio.

28. Tipo di ricovero in riabilitazione (T RIC R)

Il tipo di ricovero in riabilitazione, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario e diurno (codice 1 e 2 alla variabile (22): "regime di ricovero"), distingue i ricoveri post-acuti, i ricoveri di mantenimento e quelli programmati di valutazione.

I codici da utilizzare sono:

1 = ricovero post acuto; con questo codice vanno identificati i ricoveri post-acuti di riabilitazione per patologie disabilitanti per le quali risulta facilmente identificabile un evento acuto che determina la necessità di intervento riabilitativo, quale ictus cerebrale, trauma, intervento chirurgico; tali ricoveri devono essere effettuati nella fase dell'immediata post acuzie della malattia, ossia entro 30 giorni dalla dimissione da reparti ospedalieri per acuti o da reparti ospedalieri di riabilitazione (di II e III livello).

2 = ricovero di mantenimento; rappresenta un ricovero per la fase di completamento del processo di recupero e del progetto di riabilitazione o per la prevenzione della progressione della malattia. Esso non si pone in continuità con la fase dell'immediata post-acuzie della malattia. L'intervallo temporale trascorso dalla dimissione dall'ospedale per acuti supera i 30 giorni.

3 = ricovero programmato di valutazione; ricovero pianificato a scopo di valutazione, che richiede al massimo 10 giorni di degenza in cui vi è un elevato impegno diagnostico me-

dico specialistico finalizzato alla predisposizione del progetto terapeutico e alla verifica della effettiva possibilità di realizzazione dei programmi riabilitativi.

Il campo è obbligatorio.

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

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 alla variabile (22) "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.

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero diurno (codice 2 alla variabile (22) "Regime di ricovero").

30. Giorni di permesso (GGPERM)

Con il termine "permesso" si intende il periodo di tempo in cui il paziente può lasciare l'istituto di cura e ritornare nella propria abitazione senza dar luogo ad una nuova unità 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 entra 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.

Esempio:

data di ricovero: 3.05.2008

reparto: riabilitazione post acuta

giorni di permesso: 4

data di dimissione/trasferimento: 23.05.2008

Giornate di degenza in reparto: 20 giorni – 4 giorni = 16 giorni

31. Diagnosi principale (DIAG REP)

La diagnosi principale deve essere obbligatoriamente compilata 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”).

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

Il campo è obbligatorio.

32. Prima diagnosi concomitante (C DIAG1)

L’eventuale prima diagnosi concomitante 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”).

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

33. Seconda diagnosi concomitante (C DIAG2)

L’eventuale seconda diagnosi concomitante 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”).

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

34. Terza diagnosi concomitante (C DIAG3)

L’eventuale terza diagnosi concomitante 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”).

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

35. Quarta diagnosi concomitante (C DIAG4)

L’eventuale quarta diagnosi concomitante 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”).

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

36. Quinta diagnosi concomitante (C DIAG5)

L’eventuale quinta diagnosi concomitante 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”).

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

37. Data dell’intervento chirurgico principale (o procedura) (DINTCP R)

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

Il campo è obbligatorio in presenza di intervento chirurgico principale/procedura.

38. Intervento chirurgico principale (o procedura) (CINTCP R)

Deve essere riportato il codice dell’intervento chirurgico principale (o procedura) 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”).

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/procedura

39. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 1 (DINTC1 R)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l’intervento chirurgico secondario/procedura 1, secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

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

40. Altro Intervento chirurgico principale (o procedura) 1 (CINTC1 R)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondario (o 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").

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 secondario/procedura 1.

41. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 2 (DINTC2 R)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento chirurgico secondario/procedura 2, secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

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

42. Altro Intervento chirurgico principale (o procedura) 2 (CINTC2 R)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondario (o 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").

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 secondario/procedura 2.

43. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 3 (DINTC3 R)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento chirurgico secondario/procedura 3, secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

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

44. Altro Intervento chirurgico principale (o procedura) 3 (CINTC3 R)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondario (o 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").

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 secondario/procedura 3.

45. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 4 (DINTC4 R)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento chirurgico secondario/procedura 4, secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

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

46. Altro Intervento chirurgico principale (o procedura) 4 (CINTC4 R)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondario (o 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").

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 secondario/procedura 4.

47. Data altro intervento chirurgico secondario (o procedura) 5 (DINTC5 R)

Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento chirurgico secondario/procedura 5, secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

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

48. Altro Intervento chirurgico principale (o procedura) 5 (CINTC5 R)

Deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondario (o 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").

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 secondario/procedura 5.

49. Menomazione (COD MEN)

Viene definita come da manuale F.I.M. (elenco a pagina 8 del manuale F.I.M.⁴).

È la principale categoria diagnostica in cui rientra la menomazione di cui il soggetto soffre.

Apporre i codici alla dimissione.

Il campo è obbligatorio.

50. Data di insorgenza della menomazione (DATA INS)

Viene definita come da manuale F.I.M..

Deve essere indicata la data di insorgenza della menomazione di cui al punto precedente e per la quale il soggetto sta seguendo attualmente un programma riabilitativo. Codificare con 8 caratteri numerici: ggmmaaaa.

Per condizioni ad inizio subdolo o per le quali sia comunque difficile determinare la data di insorgenza, comportarsi come segue:

- a. se sono noti anno e mese, ma non il giorno esatto, inserire il primo giorno del mese;
- b. se è noto l'anno, ma non il mese inserire il primo di gennaio di quell'anno;
- c. se nemmeno l'anno è noto, utilizzare il primo di gennaio dell'anno che si presume sia il più prossimo al periodo effettivo di insorgenza della disabilità.

La data di insorgenza coincide con "la riacutizzazione". La menomazione è una conseguenza funzionale, non è la patologia: una stessa patologia può far comparire nuove menomazioni (es.: emiparesi in poussée in sclerosi multipla).

Sarebbe consigliabile indicare la data della condizione patologica che ha portato al ricovero. Quindi nel caso di patologie di lunga durata può essere la riacutizzazione (per esempio, poussée in sclerosi multipla; insufficienza respiratoria in broncopneumopatia cronico-ostruttiva ecc.). Nella cartella clinica va documentata bene la "riacutizzazione".

Il campo è obbligatorio.

CAMPI 51 - 98: LA SCALA F.I.M.

Quando compilare gli item

Deve essere fatto riferimento alla Functional Independence Measure – Versione italiana; copyright 1992; The Research Foundation of the State University of New York, UDS-code 3/2/1990 - Tutti i diritti riservati. Distribuzione esclusiva SO.GE.COM. Editrice s.r.l. Milano.

La scala F.I.M. deve essere compilata, con un punteggio da 1 a 7⁵, in ciascuna delle 18 voci (item) che la costituiscono per tutti i pazienti, con un'età superiore a 14 anni, ammessi

⁴ Research Foundation of the State University of New York (1992), "FIM functional independence measure – versione italiana", traduzione di Luigi Tesio, in "Ricerca in Riabilitazione", Supplemento monografico al n. 2, Anno 2 – 1993, SO.GE.COM. Editrice s.r.l. – Milano.

⁵ Significato dei punteggi attribuiti sulla base della Functional Independence Measure: 1 (assistenza totale) 2 (assistenza intensa), 3 (Assistenza moderata), 4 (Assistenza minima), 5 (Supervisione/adattamenti), 6 (Autosufficienza con adattamenti), 7 (Autosufficienza completa).

in regime ordinario nelle unità operative di recupero e riabilitazione funzionale oppure nelle unità di neuroriabilitazione, sia all'ingresso, entro 72 ore dal ricovero del paziente, sia alla dimissione, nelle 72 ore che precedono la dimissione.

I ricoveri brevi

Per i ricoveri brevi (durata inferiore a 7 giorni), questo potrebbe significare, paradossalmente, che verrebbero fatte rilevazioni F.I.M. a poche ore di distanza (ingresso: 72 ore dopo il ricovero, dimissione, 80 ore dopo il ricovero). Calcolare incrementi F.I.M. a distanza di poche ore non sarebbe molto sensato. Quindi nelle analisi gestionali può essere opportuno rimuovere tali casi.

Nell'analisi dei dati, i ricoveri con durata di degenza inferiore a 7 giorni vengono comunque analizzati a parte.

Il decesso durante il ricovero

In caso di pazienti deceduti é opportuno mantenere sempre nel data base la F.I.M. all'ingresso. Se il paziente decede prima che sia compilata la F.I.M. in uscita, non è corretto "ricostruire" a posteriori la F.I.M..

Poiché i singoli campi della scala sono obbligatori, è necessario creare una F.I.M. "fittizia" attribuendo il punteggio 1 a tutti gli item. Se la F.I.M. è stata già compilata perché era prevista la dimissione ma poi il paziente muore, ha comunque senso mantenere il dato F.I.M..

Nell'analisi dei dati, i ricoveri relativi a pazienti deceduti vengono comunque analizzati a parte.

Le informazioni di follow-up

Non vengono raccolte le informazioni al follow-up, ossia circa tre mesi dopo la dimissione.

I campi della "sfera motoria"

Le voci associate all'ambito motorio del paziente riguardano:

- cura personale (nutrirsi, rassettarsi, lavarsi, vestirsi dalla vita in su, vestirsi dalla vita in giù, igiene perineale);
- controllo degli sfinteri (vescica, alvo);
- mobilità (trasferimenti letto-sedia-carrozzina, w.c., vasca o doccia);
- locomozione (cammino/carrozzina, scale). Secondo le indicazioni del manuale F.I.M., bisogna verificare quale sia la modalità di locomozione più frequentemente utilizzata. Difatti, la scheda F.I.M. prevede l'attribuzione del punteggio ad una sola delle due modalità, rispetto alla quale valutare l'efficacia del programma riabilitativo. In particolare, se un paziente entra in carrozzina e alla fine del trattamento riesce a camminare, risulta più significativo valutare il suo recupero nel cammino e quindi andrà assegnato un punteggio relativo alla capacità di cammino sia in ingresso che alla dimissione. La doppia opzione (cammino/carrozzina) va utilizzata solo come pro-memoria nel caso in cui all'ingresso sorga un dubbio: il paziente nel corso del ricovero potrà

cambiare forma di locomozione prevalente? Si auspica da carrozzina a cammino, ovviamente. In questo caso conviene non soltanto barrare le due opzioni, ma anche prendere due punteggi (sulla scheda cartacea, uno per cammino e uno per carrozzina), per poi tenere soltanto quello relativo alla modalità di locomozione valida alla dimissione.

I campi "della sfera cognitiva"

Apparentemente le voci cognitive sembrano più arbitrarie e meno definite di quelle motorie e riguardano:

- comunicazione (comprensione, espressione). Secondo le indicazioni del manuale F.I.M., bisogna verificare quale siano le modalità di comprensione (uditiva/visiva) e di espressione (vocale/non vocale) più frequentemente utilizzate. Se sono ugualmente utilizzate vanno considerate entrambe;
- relazionale (rapporto con gli altri);
- cognitiva (soluzione di problemi, memoria).

51. A. Nutrirsi ingresso (I A NUT)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

52. B. Rassettersi ingresso (I B RASS)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

53. C. Lavarsi ingresso (I C LAV)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

54. D. Vestirsi, dalla vita in su ingresso (I D VE S)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

55. E. Vestirsi, dalla vita in giù ingresso (I E VE G)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

56. F. Igiene perineale ingresso (I F IGIE)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

57. G. Vescica ingresso (I G VESC)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

58. H. Alvo ingresso (I H ALVO)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

59. I. Letto-sedia-carrozzina ingresso (I I LETT)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

60. J. W.C. ingresso (I J WC)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

61. K. Vasca o doccia ingresso (I K VASC)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

62. Cammino ingresso (I CM)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

63. Carrozzina ingresso (I CR)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

64. L. Cammino, carrozzina ingresso (I L CAM)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

65. M. Scale ingresso (I M SCA)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

66. Comprensione uditiva ingresso (I CU)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

67. Comprensione visiva ingresso (I CV)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

68. N. Comprensione ingresso (I N COMP)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

69. Espressione vocale ingresso (I EV)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

70. Espressione non vocale ingresso (I ENV)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

71. O. Espressione ingresso (I O ESPR)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

72. P. Rapporto con gli altri ingresso (I P RAP)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

73. Q. Soluzione di problemi ingresso (I Q SOL)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

74. R. Memoria ingresso (I R MEMO)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

75. A. Nutrirsi dimissione (D A NUT)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

76. B. Rassettersi dimissione (D B RASS)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

77. C. Lavarsi dimissione (D C LAV)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

78. D. Vestirsi, dalla vita in su dimissione (D D VE S)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

79. E. Vestirsi, dalla vita in giù dimissione (D E VE G)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

80. F. Igiene perineale dimissione (D F IGIE)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

81. G. Vescica dimissione (D G VESC)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

82. H. Alvo dimissione (D H ALVO)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

83. I. Letto-sedia-carrozzina dimissione (D I LETT)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

84. J. W.C. dimissione (D J WC)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

85. K. Vasca o doccia dimissione (D K VASC)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

86. Cammino dimissione (D CM)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

87. Carrozzina dimissione (D CR)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

88. L. Cammino, carrozzina dimissione (D L CAM)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

89. M. Scale dimissione (D M SCA)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

90. Comprensione uditiva dimissione (D CU)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

91. Comprensione visiva dimissione (D CV)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

92. N. Comprensione dimissione (D N COMP)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

93. Espressione vocale dimissione (D EV)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

94. Espressione non vocale dimissione (D ENV)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

95. O. Espressione dimissione (D O ESPR)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

96. P. Rapporto con gli altri dimissione (D P RAP)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

97. Q. Soluzione di problemi dimissione (D Q SOL)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

98. R. Memoria dimissione (D R MEMO)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

99. Punteggio globale F.I.M. all'ingresso (P ING T)

Somma di tutti i punteggi all'ingresso dei 18 item della scala F.I.M. (dalla variabile nr.51 alla variabile nr.74, sono escluse dal calcolo le variabili che specificano l'attribuzione del punteggio: variabile 62, 63, 66, 67, 69, 70).

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

100. Punteggio motorio F.I.M. all'ingresso (P ING M)

Somma di tutti i punteggi all'ingresso dei 13 item motori della scala F.I.M. (dalla variabile nr.51 alla variabile nr.65, sono escluse dal calcolo le variabili che specificano l'attribuzione del punteggio: variabile 62, 63).

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

101. Punteggio cognitivo F.I.M. all'ingresso (P ING C)

Somma di tutti i punteggi all'ingresso dei 5 item cognitivi della scala F.I.M. (dalla variabile nr.66 alla variabile nr.74, sono escluse dal calcolo le variabili che specificano l'attribuzione del punteggio: variabile 66, 67, 69, 70).

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

102. Punteggio globale F.I.M. alla dimissione (P DIM T)

Somma di tutti i punteggi all'ingresso dei 18 item della scala F.I.M. (dalla variabile nr.75 alla variabile nr.98, sono escluse dal calcolo le variabili che specificano l'attribuzione del punteggio: variabile 86, 87, 90, 91, 93, 94).

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

103. Punteggio motorio F.I.M. alla dimissione (P DIM M)

Somma di tutti i punteggi alla dimissione dei 13 item motori della scala F.I.M. (dalla variabile nr.75 alla variabile nr.89, sono escluse dal calcolo le variabili che specificano l'attribuzione del punteggio: variabile 86, 87).

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

104. Punteggio cognitivo F.I.M. alla dimissione (P DIM C)

Somma di tutti i punteggi alla dimissione dei 5 item cognitivi della scala F.I.M. (sono esclusi dal calcolo le variabili che specificano l'attribuzione del punteggio: variabile 90, 91, 93, 94).

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

105. Differenza punteggio F.I.M. ingresso, dimissione (GAP FIM)

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

106. Numero accessi complessivi in regime diurno (GGANNODH)

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 alla variabile (22) "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.

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero diurno codice 2 alla variabile (22) "regime di ricovero".

107. Procedura 1 erogata esternamente (IEST 1)

Deve essere riportato il codice della procedura in regime di ricovero erogata esternamente alla struttura del ricovero di riabilitazione 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”).

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

Come già precisato l’effettuazione della prestazione specialistica erogabile in regime di ricovero, effettuata in struttura esterna, deve avvenire nell’arco delle 24 ore e non deve dar luogo a pernottamento e deve essere regolamentata da appositi accordi/convenzioni.

108. Tipo di struttura di erogazione della procedura 1 (SIEST 1)

Questo campo deve essere compilato nel caso di erogazione di una procedura in regime di ricovero (indicata nella variabile 107) in una struttura diversa da quella di ricovero a causa dell’indisponibilità del servizio specialistico.

Come già precisato l’effettuazione della prestazione specialistica erogabile in regime di ricovero, effettuata in struttura esterna, deve avvenire nell’arco delle 24 ore e non deve dar luogo a pernottamento e deve essere regolamentata da appositi accordi/convenzioni.

I codici da utilizzare sono:

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

Il campo è obbligatorio in presenza di procedura 1 erogata esternamente (IEST_1).

109. Codice della struttura di erogazione della procedura 1 (CSIEST 1)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione della procedura in una struttura, diversa da quella di ricovero, della Provincia di Bolzano o di Trento o convenzionata austriaca a causa dell’indisponibilità del servizio specialistico.

I codici da utilizzare sono:

- codice istituto di cura della Provincia Autonoma di Bolzano;
- codice istituto di cura della Provincia Autonoma di Trento;
- codice istituto di cura austriaco convenzionato.

Il campo è obbligatorio in presenza di procedura 1 erogata presso strutture della Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento o austriache convenzionate (codici 1, 2, 5 alla variabile (108) “Tipo di struttura di erogazione della procedura 1”).

110. Procedura 2 erogata esternamente (IEST 2)

Deve essere riportato il codice della procedura in regime di ricovero erogata esternamente alla struttura del ricovero di riabilitazione 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").

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

Come già precisato l'effettuazione della prestazione specialistica erogabile in regime di ricovero, effettuata in struttura esterna, deve avvenire nell'arco delle 24 ore e non deve dar luogo a pernottamento e deve essere regolamentata da appositi accordi/convenzioni.

111. Tipo di struttura di erogazione della procedura 2 (SIEST 2)

Questo campo deve essere compilato nel caso di erogazione di una procedura in regime di ricovero (indicata nella variabile 110) in una struttura diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

Come già precisato l'effettuazione della prestazione specialistica erogabile in regime di ricovero, effettuata in struttura esterna, deve avvenire nell'arco delle 24 ore e non deve dar luogo a pernottamento e deve essere regolamentata da appositi accordi/convenzioni.

I codici da utilizzare sono:

1 = istituto di cura della Provincia Autonoma di Bolzano;

2 = istituto di cura austriaco convenzionato;

3 = altro istituto di cura presente nel territorio italiano;

4 = altro istituto estero;

5 = istituto di cura presente nella Provincia Autonoma di Trento.

Il campo è obbligatorio in presenza di procedura 2 erogata esternamente (IEST_2).

112. Codice della struttura di erogazione della procedura 2 (CSIEST 2)

Questo campo deve essere compilato nel caso di esecuzione della procedura in una struttura provinciale o austriaca diversa da quella di ricovero a causa dell'indisponibilità del servizio specialistico.

I codici da utilizzare sono:

- codice istituto di cura della Provincia Autonoma di Bolzano;
- codice istituto di cura della Provincia Autonoma di Trento;
- codice istituto di cura austriaco convenzionato.

Il campo è obbligatorio in presenza di Procedura 2 erogata presso strutture della Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento o austriache convenzionate (codici 1, 2, 5 alla variabile (111) "Tipo di struttura di erogazione della procedura 2").

113. 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 ripresentato durante il ciclo programmato);

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

8 = dimissione ordinaria ai reparti '56.00' o '60.00' o '60.01' o '60.02' o '75.00' ubicati all'interno della stessa struttura;

9 = dimissione ordinaria ai reparti '56.00' o '60.00' o '60.01' o '60.02' o '75.00' ubicati in altra struttura;

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

11 = dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata (dimissione protetta);

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

Il campo è obbligatorio.

114. 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.

115. 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 (113), "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 (codice 1 alla variabile (113) "Modalità di uscita/dimissione").

116. 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.

117. 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 (codice 1 o 3 nella variabile (116) "Tipo di medico proponente il ricovero").

118. Giornate di degenza derogate (GGDEROGA)

Tale campo verrà utilizzato in tutti quei casi di ricovero in reparto di riabilitazione 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.

Ad esempio: nel caso di ricoveri di 75 giorni nel reparto riabilitazione 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 sessanta giorni e ad eventuali altre giornate di degenza abbattute, non può mai superare il totale delle giornate di ricovero del paziente, per cui:

- è necessario fare particolare attenzione nella compilazione di questo campo;
- se il campo non risulta corretto, il ricovero non verrà tariffato e verrà rinviato all'istituto di cura, che dovrà successivamente ritrasmetterlo corretto.

119. Data di prenotazione del ricovero (D PRENOT)

Deve essere riportata la data di prenotazione del ricovero, ossia la data relativa al momento della conferma del riconoscimento del bisogno da parte dello specialista della struttura, e non già quello meramente organizzativo relativo al momento dell'attribuzione precisa di una data per il ricovero, secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

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 ricoveri⁶.

Il campo è obbligatorio per i ricoveri ordinari non urgenti (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero" e codice 1 o 5 alla variabile (27) "Tipo di ricovero") e per i ricoveri in regime diurno (codice 2 alla variabile (22) "Regime di ricovero").

120. Tipo esenzione (TP ESENZ)

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

121. Codice esenzione (CD ESENZ)

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

122. Importo del ticket di ricovero (I TICKET)

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

123. 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.

124. Giornate in classe (GGCLASSE)

Indica quante giornate complessivamente il paziente ha trascorso in classe.

Il campo è obbligatorio per i ricoveri in classe (codice 1 alla variabile (123) "Classe").

⁶ 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..."

125. Codice del compilatore della scala F.I.M. ingresso (INCODCO)

126. Codice del compilatore della scala F.I.M. dimissione (DICODCO)

Al fine di poter effettuare il monitoraggio della qualità dei dati raccolti attraverso lo strumento F.I.M., deve essere indicato il codice del compilatore della scala F.I.M..

Il codice è costituito da una sigla di al massimo 4 caratteri e individua in modo univoco il compilatore. Il codice deve essere inserito sia per la compilazione della scala F.I.M. all'ingresso sia per la compilazione della scala F.I.M. alla dimissione.

Il campo è obbligatorio per il regime di ricovero ordinario (codice 1 alla variabile (22) "Regime di ricovero") e per i pazienti con età maggiore di 14 anni. In caso contrario il campo non va compilato.

6. COMPITI E RESPONSABILITÀ

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 gestione, il coordinamento e la supervisione delle attività rientrano tra i compiti dei coordinatori sanitari di comprensorio, che dovranno:

- 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 S.D.O. - F.I.M. 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.

Il medico dell'unità operativa responsabile della dimissione dall'unità operativa, individuato dal responsabile dell'unità operativa, è responsabile della corretta compilazione delle informazioni cliniche (diagnosi, interventi, menomazione, punteggi F.I.M.) relative alla scheda S.D.O. - F.I.M., nonché delle informazioni amministrative relative al paziente, in osservanza delle istruzioni riportate nelle presenti linee guida. Egli dovrà apporre la propria firma nella scheda S.D.O. - F.I.M..

Ogni responsabile di unità operativa o medico dirigente per gli istituti di cura privati (deliberazione della G.P. nr. 7963 del 17.12.1990, art. 27), deve assumere le responsabilità della compilazione della scheda S.D.O. - F.I.M.. Il responsabile dell'unità operativa, o un suo delegato deve mantenere i collegamenti con la direzione sanitaria e promuovere l'utilizzo dei dati.

7. DEFINIZIONI DI DIAGNOSI ED INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE

7.1. SISTEMA DI CODIFICA

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 e diagnosi di interventi contenuti nelle Linee guida per la selezione e la codifica delle diagnosi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche regolarmente aggiornate dal "Gruppo di Lavoro permanente SDO"⁷. Nell'elaborazione delle Linee guida sono state considerate le esperienze già realizzate a livello nazionale.

Pertanto, la scelta dei codici non deve basarsi in alcun modo su schemi e appunti personali, riassunti e "miniguide di reparto".

7.2. DIAGNOSI ED INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE

Diagnosi principale

Costituisce la condizione morbosa principale trattata o presa in esame durante il ricovero in ospedale, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero in ospedale ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o terapeutici.

Diagnosi concomitanti

Oltre a quella principale, il medico del reparto dimettente, deve indicare le diagnosi secondarie di dimissione da ospedale (al massimo 5), selezionando tra le diagnosi quelle che possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente durante l'intero episodio di ricovero.

⁷ Nel settembre 2009 è stata pubblicata la quinta versione.

Intervento chirurgico principale (o procedura)

L'intervento chirurgico principale rappresenta l'intervento maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione da ospedale 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.) nel corso del ricovero nell'ospedale.

Altri interventi chirurgici/procedure

Oltre all'intervento chirurgico principale di dimissione da ospedale, devono essere indicati gli altri eventuali interventi chirurgici effettuati e/o le procedure diagnostico-terapeutiche più importanti fra quelle cui è stato sottoposto il paziente nel corso dello stesso ricovero nell'ospedale.

8. TRASMISSIONE DEI DATI

8.1. TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA

Tutti i dati relativi a ciascun ricovero devono essere inviati alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. secondo il tracciato descritto 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, il secondo i dati clinici (vedi allegato 1). 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. I dati errati 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.

In base alla circolare del Ministero della Salute prot.18547 del 03.06.2010, sono stati stabiliti i:

termini di invio previsti per le S.D.O. – F.I.M.:

- **gennaio: entro il 5 marzo anno in corso;**
- **febbraio: entro il 5 aprile anno in corso;**
- **marzo: entro il 5 maggio anno in corso;**
- **aprile: entro il 5 giugno anno in corso;**
- **maggio: entro il 5 luglio anno in corso;**
- **giugno: entro il 5 agosto anno in corso;**
- **luglio: entro il 5 settembre anno in corso;**
- **agosto: entro il 5 ottobre anno in corso;**
- **settembre: entro il 5 novembre anno in corso;**
- **ottobre: entro il 5 dicembre anno in corso;**
- **novembre e dicembre: entro il 20 gennaio anno seguente.**

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

Se un ricovero giunge "fuori tempo massimo":

- viene data comunicazione attraverso un codice errore;
- il ricovero non entrerà più nella banca dati 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.

I comprensori sanitari dovranno 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.

Le case di cura private devono inviare alla Ripartizione prestazioni del proprio comprensorio sanitario i dati relativi all'attività già sottoposti a controllo formale con apposita procedura.

8.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO

La Provincia invia al Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione, secondo le modalità e le tempistiche stabilite nell'ambito del sistema informativo sanitario nazionale, una serie di informazioni (vedi allegato 2), che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale, attenendosi alle indicazioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico del D.M. 380.

9. SISTEMA DI CONTROLLO

L'utilizzazione dei dati della scheda di dimissione ospedaliera non solo a fini statistico-epidemiologici, ma anche a fini economici rende particolarmente importante definire puntuali sistemi per la verifica della qualità dei dati in termini di accuratezza e completezza, affinché non ci siano casi non classificabili o descritti male.

Ogni comprensorio sanitario ha l'obbligo di attivare e di aggiornare secondo le nuove disposizioni il sistema di controllo automatico.

La Provincia verifica la completezza, la congruità e l'accuratezza delle informazioni presenti nella scheda di dimissione attraverso il controllo automatico e la verifica della correttezza della codifica secondo le regole di codifica provinciali.

10. MODALITÀ DI TARIFFAZIONE DEI RICOVERI

I ricoveri-ospedale di pazienti dimessi dal reparto di riabilitazione post-acuzie '56.00' 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.

Ai ricoveri con codice di reparto = '56.00', individuata la MDC di appartenenza, viene quindi attribuita la tariffa secondo il seguente algoritmo:

Tariffa ricovero-ospedale = (giornate di ricovero <=soglia) * (tariffa corrispondente alla MDC di appartenenza del ricovero) + (eventuali nr. giornate di degenza oltre la soglia) * (tariffa corrispondente abbattuta)

Qualora siano presenti giornate di degenza derogate⁸, il calcolo della tariffa diventa:

Tariffa ricovero-ospedale = (giornate di ricovero <=soglia) * (tariffa corrispondente alla MDC di appartenenza del ricovero) + (eventuali nr. giornate di degenza oltre la soglia derogate) * (tariffa corrispondente alla MDC di appartenenza del ricovero) + (eventuali rimanenti giornate di degenza oltre la soglia non derogate) * (tariffa corrispondente abbattuta)

I ricoveri di riabilitazione post acuzie erogati in regime diurno vengono remunerati con una tariffa media per accesso e sono pari all'80% della tariffa del ricovero ordinario.

I ricoveri-ospedale di pazienti dimessi dal reparto di neuroriabilitazione '75.00' sono remunerati secondo apposite tariffe per giornata di degenza, secondo quanto stabilito dalla normativa in vigore.

Ai ricoveri con codice di reparto = '75.00', viene quindi attribuita la tariffa secondo il seguente algoritmo:

Tariffa ricovero-ospedale = (giornate di ricovero) * (tariffa giornaliera corrispondente)

I ricoveri di neuroriabilitazione erogati in regime diurno vengono remunerati con una tariffa per accesso.

11. LA MOBILITÀ SANITARIA

A livello provinciale è stato realizzato 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 e private accreditate della Provincia, viceversa la mobilità

⁸ Si intendono quelle per cui è prevista la deroga all'abbattimento tariffario.

passiva è generata dai ricoveri dei residenti nella Provincia di Bolzano effettuati in istituti di cura pubblici e privati accreditati del resto d'Italia.

L'archivio provinciale dei ricoveri S.D.O. - F.I.M. viene chiuso inderogabilmente entro il 5 aprile.

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

Successivamente si estraggono tutti 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 innanzitutto di identificare l'assistito, ma anche di identificare eventuali errori da contestare poi in sede di Conferenza Stato-Regioni.

12. L'UTILIZZO DEI DATI E IL SISTEMA DI INDICATORI

La Provincia, l'azienda, i comprensori sanitari e gli istituti di cura pubblici e privati possono utilizzare i dati rilevati attraverso la scheda di dimissione e diffondere i risultati delle analisi solo in forma anonima, predisponendo opportune elaborazioni ed aggregazioni in modo da garantire il rispetto della disciplina relativa al trattamento dei dati personali.

ALLEGATI

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

**Allegato 2: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI DELLA PROVINCIA AL
MINISTERO DELLA SALUTE**

Allegato 3: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI

Allegato 4: FAC-SIMILE DELLA SCHEDA CARTACEA

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	COG	Cognome	AN	30	19	48	NN		
4	NOME	Nome	AN	20	49	68	NN		
5	NOMEA	Cognome acquisito	AN	20	69	88			
6	SESSO	Sesso	AN	1	89	89	NN	1, 2	1 = maschio 2 = femmina
7	DNASCITA	Data di nascita	Data	8	90	97	NN		GGMMAAAA
8	COM_NASC	Comune di nascita	AN	6	98	103	NN		Codice comune ISTAT (i.e. Bolzano = 021008) Comune sconosciuto Italia: 999997 Straniero e paese sconosciuto: 999998 Sconosciuto: 999999
9	S_CIVILE	Stato civile	AN	1	104	104	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
10	COM_RES	Comune di residenza anagrafica	AN	6	105	110	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.
11	C_CITT	Cittadinanza	AN	3	111	113	NN		Codici del Ministero degli Interni (i.e. 100=Italia) apolidi = 999 sconosciuta = 998 anonimo = 998

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
12	LIBRETTO	Codice sanitario individuale	AN	16	114	129			Collegato a banca dati assistibili. Per ricavarlo nel caso di mancato collegamento con l'anagrafica degli assistibili, è sufficiente prendere le cifre racchiuse dai simboli "/" del codice del libretto sanitario escludendo le ultime due cifre che rappresentano l'anno 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 anonimi, dovrà essere inserito un codice fittizio. allineato a sinistra
13	FISCALE	Codice fiscale	AN	16	130	145			Codice del Ministero delle Finanze Per stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno: codice STP Non compilare per stranieri non residenti, neonati sani e anonimi allineato a sinistra
14	REG_RES	Regione di residenza	AN	3	146	148	NN		Per gli stranieri residenti all'estero codice del paese estero. Se sconosciuta = 999 Codici DM 17/09/86 Codici del Ministero degli Interni per i paesi esteri
15	ASL_RES	Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di residenza	AN	3	149	151			Il campo è obbligatorio per i residenti in Italia Per pazienti con comune di residenza sconosciuto o anonimo: 999 Se sconosciuta o estero = 999

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
16	REG_ASS	Regione di assistenza	AN	3	152	154			Codici DM 17/09/86 Non compilare per i residenti all'estero Se sconosciuta = 999 Se residente in Italia, ma assicurato all'estero = 999
17	ASL_ASS	Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di iscrizione	AN	3	155	157			Se residente in Italia, ma assicurato all'estero = 997 Codici DM 17/09/86
18	RES_EST	Residenza estera	AN	25	158	182			
19	CAS_EST	Cassa malati estera	AN	40	183	222			
20	I_CASEST	Indirizzo cassa malati estera	AN	40	223	262			
21	C_CASEST	CAP cassa malati estera	AN	10	263	272			

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	NOSOGRAF	Nosografico	AN	10	9	18	NN		AAAA+NNNNNN
22	REGRIC	Regime di ricovero	AN	1	19	19	NN	1, 2	1 = ordinario 2 = diurno
23	REP_DIM	Unità operativa di ammissione/dimissione	AN	4	20	23	NN	5600, 7500	DM 19/3/88
24	D_RICO	Data ed ora ingresso nell'unità operativa	data	12	24	35	NN		GGMMAAAAHHMM
25	ONER_DEG	Onere della degenza	AN	1	36	36	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. am.	Note
26	PROVENIE	Provenienza	AN	1	37	37	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 socioassistenziali, 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
27	TIPO_RIC	Tipo di ricovero	AN	1	38	38	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6	1 = programmato, non urgente 2 = urgenza 3 = TSO 4 = TSV 5 = programm+preosp. 6 = neonato sano

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
28	T_RIC_R	Tipo di ricovero in riabilitazione	AN	1	39	39	NN	1, 2, 3	1 = post-acuto 2 = mantenimento 3 = valutazione
29	MOTIV_DH	Motivo del ricovero in regime diurno	AN	1	40	40		1, 2, 3, 4	Obbligatorio se REGRIC = 2 1 = diagnostico 2 = chirurgico 3 = terapeutico 4 = riabilitativo
30	GGPERM	Giorni di permesso	N	2	41	42			
31	DIAG_REP	Cod. diagn. principale	AN	5	43	47	NN		(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
32	C_DIAG1	Cod. diagn. concom. 1	AN	5	48	52			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
33	C_DIAG2	Cod. diagn. concom. 2	AN	5	53	57			(Vedi tabella codici ICD9 CM) allineato a sinistra
34	C_DIAG3	Cod. diagn. concom. 3	AN	5	58	62			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
35	C_DIAG4	Cod. diagn. concom. 4	AN	5	63	67			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
36	C_DIAG5	Cod. diagn. concom. 5	AN	5	68	72			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
37	DINTCP_R	Data interv. chir. principale	data	8	73	80			GGMMAAAA
38	CINTCP_R	Cod. interv. Chirurgico principale	AN	5	81	85			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
39	DINTC1_R	Data altro interv. chir. 1	data	8	86	93			GGMMAAAA
40	CINTC1_R	Cod. altro interv. chir. 1	AN	5	94	98			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
41	DINTC2_R	Data altro interv. chir. 2	data	8	99	106			GGMMAAAA
42	CINTC2_R	Cod. altro interv. chir. 2	AN	5	107	111			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
43	DINTC3_R	Data altro interv. chir. 3	data	8	112	119			GGMMAAAA
44	CINTC3_R	Cod. altro interv. chir. 3	AN	5	120	124			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
45	DINTC4_R	Data altro interv. chir. 4	data	8	125	132			GGMMAAAA

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
46	CINTC4_R	Cod. altro interv. chir. 4	AN	5	133	137			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
47	DINTC5_R	Data altro interv. chir. 5	data	8	138	145			GGMMAAAA
48	CINTC5_R	Cod. altro interv. chir. 5	AN	5	146	150			(Vedi tabella codici ICD9CM) allineato a sinistra
49	COD_MEN	Codice menomazione come da manuale FIM	AN	7	151	157	NN		
50	DATA_INS	data di insorgenza della menomazione	data	8	158	165	NN		GGMMAAAA
51	I_A_NUT	A. nutrirsi ingresso	N	1	166	166	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
52	I_B_RASS	B. Rassettersi ingresso	N	1	167	167	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
53	I_C_LAV	C. Lavarsi ingresso	N	1	168	168	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
54	I_D_VE_S	D. Vestirsi, dalla vita in su ingresso	N	1	169	169	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
55	I_E_VE_G	E. Vestirsi, dalla vita in giu' ingresso	N	1	170	170	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
56	I_F_IGIE	F. Igiene perineale ingresso	N	1	171	171	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
57	I_G_VESC	G. Vescica ingresso	N	1	172	172	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
58	I_H_ALVO	H. Alvo ingresso	N	1	173	173	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
59	I_I_LETT	I. Letto-sedia-carrozzina ingresso	N	1	174	174	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
60	I_J_WC	J. W.C. ingresso	N	1	175	175	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
61	I_K_VASC	K. Vasca o doccia ingresso	N	1	176	176	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
62	I_CM	Cammino ingresso	AN	1	177	177	NN	0, 1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
63	I_CR	Carrozzina ingresso	AN	1	178	178	NN	0, 1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
64	I_L_CAM	L. Cammino, carrozzina ingresso	N	1	179	179	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
65	I_M_SCA	M. Scale ingresso	N	1	180	180	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
66	I_CU	Comprensione uditiva ingresso	AN	1	181	181	NN	0, 1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
67	I_CV	Comprensione visiva ingresso	AN	1	182	182	NN	0, 1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
68	I_N_COMP	N. Comprensione ingresso	N	1	183	183	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
69	I_EV	Espressione vocale ingresso	AN	1	184	184	NN	0,1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
70	I_ENV	Espressione non vocale ingresso	AN	1	185	185	NN	0,1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
71	I_O_ESPR	O. Espressione ingresso	N	1	186	186	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
72	I_P_RAP	P. Rapporto con gli altri ingresso	N	1	187	187	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
73	I_Q_SOL	Q. Soluzione di problemi ingresso	N	1	188	188	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
74	I_R_MEMO	R. Memoria ingresso	N	1	189	189	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
75	D_A_NUT	A. nutrirsi dimissione	N	1	190	190	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
76	D_B_RASS	B. Rassettersi dimissione	N	1	191	191	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
77	D_C_LAV	C. Lavarsi dimissione	N	1	192	192	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
78	D_D_VE_S	D. Vestirsi, dalla vita in su dimissione	N	1	193	193	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
79	D_E_VE_G	E. Vestirsi, dalla vita in giu' dimissione	N	1	194	194	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
80	D_F_IGIE	F. Igiene perineale dimissione	N	1	195	195	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
81	D_G_VESC	G. Vescica dimissione	N	1	196	196	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
82	D_H_ALVO	H. Alvo dimissione	N	1	197	197	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
83	D_I_LETT	I. Letto-sedia-carrozzina dimissione	N	1	198	198	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
84	D_J_WC	J. W.C. dimissione	N	1	199	199	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
85	D_K_VASC	K. Vasca o doccia dimissione	N	1	200	200	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
86	D_CM	Cammino dimissione	AN	1	201	201	NN	0, 1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
87	D_CR	Carrozzina dimissione	AN	1	202	202	NN	0, 1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
88	D_L_CAM	L. Cammino, carrozzina dimissione	N	1	203	203	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
89	D_M_SCA	M. Scale dimissione	N	1	204	204	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
90	D_CU	Comprensione uditiva dimissione	AN	1	205	205	NN	0, 1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
91	D_CV	Comprensione visiva dimissione	AN	1	206	206	NN	0, 1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
92	D_N_COMP	N. Comprensione dimissione	N	1	207	207	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
93	D_EV	Espressione vocale dimissione	AN	1	208	208	NN	0, 1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
94	D_ENV	Espressione non vocale dimissione	AN	1	209	209	NN	0, 1	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 1 = Sì 0 = No In caso contrario valorizzare il campo con "0".
95	D_O_ESPR	O. Espressione dimissione	N	1	210	210	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
96	D_P_RAP	P. Rapporto con gli altri dimissione	N	1	211	211	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
97	D_Q_SOL	Q. Soluzione di problemi dimissione	N	1	212	212	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
98	D_R_MEMO	R. Memoria dimissione	N	1	213	213	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 livelli F.I.M. In caso contrario valorizzare il campo con "0".
99	P_ING_T	Punteggio globale FIM all'ingresso	N	3	214	216	NN	0, da 18 a 126	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 Somma delle voci da A a R all'ingresso (da nr. 51 a nr. 74 con esclusione nr. 62, nr. 63, nr. 66, nr. 67, nr. 69, nr. 70) In caso contrario valorizzare il campo con "0".
100	P_ING_M	Punteggio motorio FIM all'ingresso	N	2	217	218	NN	0, da 13 a 91	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 Somma delle voci da A a M all'ingresso (da nr. 51 a nr. 65 con esclusione nr. 62, nr. 63) In caso contrario valorizzare il campo con "0".
101	P_ING_C	Punteggio cognitivo FIM all'ingresso	N	2	219	220	NN	0, da 5 a 35	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 Somma delle voci da N a R all'ingresso (da nr. 66 a nr. 74 con esclusione nr. 66, nr. 67, nr. 69, nr. 70) In caso contrario valorizzare il campo con "0".
102	P_DIM_T	Punteggio globale FIM alla dimissione	N	3	221	223	NN	0, da 18 a 126	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 Somma delle voci da A a R alla dimissione (da nr. 75 a nr. 98 con esclusione nr. 86, nr. 87, nr. 90, nr. 91, nr. 93, nr. 94) In caso contrario valorizzare il campo con "0".

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
103	P_DIM_M	Punteggio sfera motoria FIM alla dimissione	N	2	224	225	NN	0, da 13 a 91	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 Somma delle voci da A a M alla dimissione da nr. 75 a nr. 89 con esclusione nr. 86, nr. 87) In caso contrario valorizzare il campo con "0".
104	P_DIM_C	Punteggio sfera cognitiva FIM alla dimissione	N	2	226	227	NN	0, da 5 a 35	Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 Somma delle voci da N a R alla dimissione da nr. 90 a nr. 98 con esclusione nr. 90, nr. 91, nr. 93, nr. 94) In caso contrario valorizzare il campo con "0".
105	GAP_FIM	Differenza tra punteggio globale FIM all'ingresso e alla dimissione	N	3	228	230	NN		Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 In caso contrario valorizzare il campo con "0".
106	GGANNODH	Numero di accessi complessivi in diurno	N	3	231	233			Obbligatorio per REGRIC = 2
107	IEST_1	Procedura 1 erogata esternamente	AN	5	234	238			(Vedi tabella codici ICD9CM)
108	SIEST_1	Tipo di struttura di erogazione della procedura 1	AN	1	239	239		1, 2, 3, 4, 5	1 = ist. Provincia BZ 2 = ist. austriaco 3 = altro ist. territ. italiano 4 = altro ist. Estero 5 = ist. Provincia TN
109	CSIEST_1	Codice di struttura di erogazione della procedura 1	AN	8	240	247			Obbligatorio per SIEST_1 = 1, 2, 5
110	IEST_2	Procedura 2 erogata esternamente	AN	5	248	252			(Vedi tabella codici ICD9CM)
111	SIEST_2	Tipo di struttura di erogazione della procedura 2	AN	1	253	253		1, 2, 3, 4, 5	1 = ist. Provincia BZ 2 = ist. austriaco 3 = altro ist. territ. italiano 4 = altro ist. Estero 5 = ist. Provincia TN
112	CSIEST_2	Codice di struttura di erogazione della procedura 2	AN	8	254	261			Obbligatorio per SIEST_2 = 1, 2, 5

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
113	MOD_DIM	Modalità uscita/dimissione	AN	2	262	263	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 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 8 = rep.56.00, 60.00, 60.01, 60.02, 75.00 nella stessa struttura 9 = rep.56.00, 60.00, 60.01, 60.02, 75.00 in altra struttura 10 = dim.strutt.di riab.extraosp. 11 = dim con attiv. ADI, (dim. protetta) 12 = ad altro regime
114	D_DIMOSP	Data ed ora di dimissione o morte	data	12	264	275	NN		GGMMAAAAHMM
115	R_AUTOPT	Riscontro autoptico	AN	1	276	276		1, 2	Obbligatorio se MOD_DIM = 1 1 = sì 2 = no
116	TIP_PROP	Tipo di medico proponente del ricovero	AN	1	277	277	NN	1, 2, 3, 4	1 = medico di base 2 = medico ospedaliero 3 = medico specialista ambulatoriale 4 = medico fuori Provincia
117	MED_PROP	Codice del medico proponente del ricovero	AN	4	278	281			Obbligatorio se TIP_PROP = 1 o 3 Codice provinciale medico di base e del medico specialista convenzionato
118	GGDEROGA	Giornate di degenza derogate	N	3	282	284			
119	D_PRENOT	Data di prenotazione del ricovero	data	8	285	292			GGMMAAAA Obbligatorio se REGRIC = 1 e TIPO_RIC = 1 o 5 Obbligatorio se REGRIC = 2
120	TP_ESENZ	Tipo Esenzione	AN	1	293	293	NN	A, R, P, C, N, I	NON COMPILARE
121	CD_ESENZ	Codice Esenzione	AN	2	294	295	NN		NON COMPILARE
122	I_TICKET	Importo del ticket di ricovero	N	8	296	303	NN		NON COMPILARE
123	CLASSE	Classe	AN	1	304	304	NN	1, 2	1 = sì 2 = no

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
124	GGCLASSE	Giornate di degenza in classe	N	3	305	307			Obbligatorio se CLASSE = 1
125	INCODCO	Codice del compilatore all'ingresso	AN	4	308	311			Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 In caso contrario non valorizzare il campo.
126	DICODCO	Codice del compilatore alla dimissione	AN	4	312	315			Obbligatorio se REGRIC = 1 e paziente con età > 14 In caso contrario non valorizzare il campo.
127	LIBRETTO	Codice sanitario individuale	AN	16	316	331			Cifre racchiuse dai simboli "/" del codice del libretto sanitario allineato a sinistra

ALLEGATO 2: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI DELLA PROVINCIA AL MINISTERO DELLA SALUTE

I dati da trasmettere al Ministero della Salute devono essere contenuti in due archivi separati; uno contenente le informazioni anagrafiche, l'altro le informazioni riguardanti il ricovero.

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):

1) informazioni di carattere generale ed anagrafiche

- codice dell'ospedale di ricovero;
- numero della scheda;
- sesso;
- data di nascita;
- comune di nascita;
- stato civile;
- comune di residenza;
- cittadinanza;
- codice sanitario individuale;
- regione di residenza;
- azienda unità sanitaria locale di residenza;

2) informazioni di carattere clinico

- codice dell'ospedale di ricovero;
- numero della scheda;
- regime di ricovero;
- data di ricovero;
- onere della degenza;
- provenienza del paziente;
- tipo di ricovero;
- traumatismi o intossicazioni(*);
- unità operativa di dimissione;
- data di dimissione o morte;
- modalità di dimissione;
- riscontro autoptico;
- motivo del ricovero in regime diurno;
- numero di giornate di presenza in ricovero diurno;

- peso alla nascita(*);
- diagnosi principale di dimissione;
- diagnosi secondarie;
- intervento chirurgico principale o parto;
- altri interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche.

() informazioni specifiche per i reparti per acuti, non pertinenti alla riabilitazione.*

ALLEGATO 3: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI

LEGENDA:

OBB V: Obbligatorio e Vincolante

OBB: Obbligatorio in determinate circostanze

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBLIGO	
1. ISTITUTO Codice Istituto/presidio ospedaliero	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 dell'ammissione, le successive un progressivo del presidio ospedaliero all'interno dell'anno	OBB V	Obbligatorietà ANNO = ANNO DELLA DATA DI RICOVERO AAAA+NNNNNN
3. COG Cognome	AN (30)	OBB V	Obbligatorietà Verifica non presenza caratteri non validi
4. NOME Nome	AN (20)	OBB V	Obbligatorietà Verifica non presenza caratteri non validi
5. NOMEA Cognome acquisito	AN (20)		VERIFICA CONGRUITÀ CON SESSO =2 Verifica non presenza caratteri non validi
6. SESSO	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà Verifica congruità con nome 1 = maschio; 2 = femmina
7. 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
8. 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

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
9. S_CIVILE Stato civile	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 6 Se neonato = 1, 6.
10. COM_RES Comune di residenza anagrafica	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 luogo di residenza sull'elenco dei comuni Altri codici possibili: 999997 (comune italiano sconosciuto); 999998 (residente all'estero e non si conosce il comune); 999999 (nessuna informazione)
11. C_CITT Cittadinanza	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Verifica che la cittadinanza sia uguale a 100 o 999 o 998 oppure esistenza della cittadinanza sull'elenco dei paesi esteri Codice del Ministero degli Interni
12. LIBRETTO Codice sanitario individuale	AN (16)		Verifica codice attraverso la procedura automatica in relazione alla banca data anagrafica Allineato a sinistra
13. FISCALE Codice fiscale	AN (16)		Codice del Ministero delle Finanze Se il codice fiscale è diverso da "spazio" si verificano i caratteri 7-11 nel seguente modo 7-8 carattere uguale agli ultimi due caratteri anno di nascita 9 carattere uguale a mese di nascita A=gennaio, B=febbraio, C=marzo, D= aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre 10-11 carattere = a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40 10-11 carattere uguale a sesso (se <40 sesso=M, se > 40 sesso=F)
14. REG_RES Regione di residenza	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice regione di residenza sull'elenco delle regioni o sull'elenco dei paesi esteri Codici del Ministero della Sanità e codici del Ministero degli Interni per i paesi esteri Verifica congruenza con il comune di residenza Se comune sconosciuto COM_RES=999999 o 999998 o 999997 → REG_RES="999"
15. ASL_RES Comprensorio/ASL di residenza	AN (3)	OBB	Obbligatorietà Esistenza della coppia comune/regione e codice ASL di residenza sull'elenco delle ASL oppure codice ASL_RES= "spazio" o "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
16. REG_ASS Regione di assistenza	AN (3)		Esistenza del codice regione di appartenenza sull'elenco delle regioni codici del Ministero della Sanità (Codici DM 17/09/86)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
17. ASL_ASS Comprensorio/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 iscrizione ="spazio"
18. RES_EST Luogo di residenza dello straniero	AN (25)		Verifica del paese estero nel comune di residenza
19. CAS_EST Desc. cassa malati estera	AN (40)		Verifica del paese estero nel comune di residenza
20. I_CASEST Indir. cassa malati estera	AN (40)		Verifica del paese estero nel comune di residenza
21. C_CASET Cap cassa malati estera	AN (10)		Verifica del paese estero nel comune di residenza
22. 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 LIBRETTO con REGRIC = 1 nello stesso ISTITUTO Se REGRIC = 1, allora non è possibile che il nosografico si sovrapponga (temporalmente) a ricovero dello stesso LIBRETTO con REGRIC = 2 nello stesso ISTITUTO
23. REP_DIM Unità operativa di ammissione/dimissione	AN (4)	OBB V	Obbligatorietà Codice = 56.00 o 75.00
24. D_RICO Data di ricovero in ospedale (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 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	
25. 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
26. PROVENIE Provenienza del paziente	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 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 socioassistenziali, 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

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
27. TIPO_RIC Tipo di ricovero	AN (1)	OBB	Obbligatorietà 1 = programmato, non urgente 2 = urgenza 3 = tratt.san.obblig. (TSO) 4 = tratt.san.volon. (TSV) 5 = programm.+preosp. 6 = neonato sano Se data di nascita = data di ricovero, allora il campo puo' assumere solo valore 6 oppure 2. Se TIPO_RIC = 2 allora PROVENIE = 1 Se REGRIC = 2 allora TIPO_RIC <> 2
28. T_RIC_R Tipo di ricovero in riabilitazione	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 1 = post acuto 2 = mantenimento 3 = valutazione
29. 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)
30. GGPERM Giorni di permesso	N (2)		Numero di giorni inferiori alla durata di degenza
31. DIAG_REP Diagnosi principale	AN (5)	OBB V	Obbligatorietà La diagnosi principale può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo=spazio, oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con età e sesso del paziente Allineamento a sinistra

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
32. C_DIAG1 Prima diagnosi concomitante	AN (5)		La prima diagnosi concomitante può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo=spazio, oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con età e sesso del paziente Diversità dalla diagnosi principale (ad eccezione dei ricoveri nel reparto di riabilitazione 56.00) Allineamento a sinistra
33. C_DIAG2 Seconda diagnosi concomitante	AN (5)		La seconda diagnosi concomitante può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo=spazio, oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza delle diagnosi concomitanti precedenti Diversità dalla diagnosi principale e dalle precedenti diagnosi concomitanti di uscita dal reparto (ad eccezione dei ricoveri nel reparto di riabilitazione 56.00) Allineamento a sinistra
34. C_DIAG3 Terza diagnosi concomitante	AN (5)		La terza diagnosi concomitante può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo=spazio, oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza delle diagnosi concomitanti precedenti Diversità dalla diagnosi principale e dalle precedenti diagnosi concomitanti di uscita dal reparto (ad eccezione dei ricoveri nel reparto di riabilitazione 56.00) Allineamento a sinistra

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
35. C_DIAG4 Quarta diagnosi concomitante	AN (5)		La quarta diagnosi concomitante può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo=spazio, oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza delle diagnosi concomitanti precedenti Diversità dalla diagnosi principale e dalle precedenti diagnosi concomitanti di uscita dal reparto (ad eccezione dei ricoveri nel reparto di riabilitazione 56.00) Allineamento a sinistra
36. C_DIAG5 Quinta diagnosi concomitante	AN (5)		La quinta diagnosi concomitante può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo=spazio, oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Presenza delle diagnosi concomitanti precedenti Diversità dalla diagnosi principale e dalle precedenti diagnosi concomitanti di uscita dal reparto (ad eccezione dei ricoveri nel reparto di riabilitazione 56.00) Allineamento a sinistra
37. DINTCP_R Data dell'intervento principale/procedura	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 della data di ricovero Data di intervento minore della data di dimissione Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
38. CINTCP_R Intervento principale/procedura principale	AN (5)		Se DINTCP_R è diversa da "spazio" → CINTCP_R diverso da "spazio" Un intervento/procedura può essere codificato solo nei seguenti due modi: ▪ i primi tre caratteri diversi da spazio e il quarto =spazio ▪ tutti i caratteri diversi da spazio Verifica - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici intervento codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a quattro cifre nell'elenco dei codici intervento codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
39. DINTC1_R Data del primo altro intervento/procedura	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 della data di ricovero Data di intervento minore della data di dimissione Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero
40. CINTC1_R Primo altro intervento	AN (5)		Se DINTC1_R è diversa da "spazio" → CINTC1_R diverso da "spazio" Un intervento/procedura può essere codificato solo nei seguenti due modi: ▪ i primi tre caratteri diversi da spazio e il quarto =spazio ▪ tutti i caratteri diversi da spazio Verifica - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici intervento codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a quattro cifre nell'elenco dei codici intervento codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
41. DINTC2_R Data del secondo altro intervento/procedura	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 della data di ricovero Data di intervento minore della data di dimissione Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
42. CINTC2_R Secondo altro intervento	AN (5)		Se DINTC2_R è diversa da "spazio" → CINTC2_R diverso da "spazio" Un intervento/procedura può essere codificato solo nei seguenti due modi: ▪ i primi tre caratteri diversi da spazio e il quarto =spazio ▪ tutti i caratteri diversi da spazio Verifica - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici intervento codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a quattro cifre nell'elenco dei codici intervento codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
43. DINTC3_R Data del terzo altro intervento/procedura	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 della data di ricovero Data di intervento minore della data di dimissione Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero
44. CINTC3_R Terzo altro intervento	AN (5)		Se DINTC3_R è diversa da "spazio" → CINTC3_R diverso da "spazio" Un intervento/procedura può essere codificato solo nei seguenti due modi: ▪ i primi tre caratteri diversi da spazio e il quarto =spazio ▪ tutti i caratteri diversi da spazio Verifica - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici intervento codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a quattro cifre nell'elenco dei codici intervento codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
45. DINTC4_R Data del quarto altro intervento/procedura	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 della data di ricovero Data di intervento minore della data di dimissione Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
46. CINTC4_R Quarto altro intervento	AN (5)		Se DINTC4_R è diversa da "spazio" → CINTC4_R diverso da "spazio" Un intervento/procedura può essere codificato solo nei seguenti due modi: ▪ i primi tre caratteri diversi da spazio e il quarto =spazio ▪ tutti i caratteri diversi da spazio Verifica - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici intervento codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a quattro cifre nell'elenco dei codici intervento codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
47. DINTC5_R Data del quinto altro intervento/procedura	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 della data di ricovero Data di intervento minore della data di dimissione Se ricovero con preospedalizzazione (TIPO_RIC=5) la data può essere precedente al ricovero
48. CINTC5_R Quinto altro intervento	AN (5)		Se DINTC5_R è diversa da "spazio" → CINTC5_R diverso da "spazio" Un intervento/procedura può essere codificato solo nei seguenti due modi: ▪ i primi tre caratteri diversi da spazio e il quarto =spazio ▪ tutti i caratteri diversi da spazio Verifica: - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici intervento codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a quattro cifre nell'elenco dei codici intervento codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
49. COD_MEN Menomazione	AN (7)	OBB V	Obbligatorietà Codice della menomazione
50. DATA_INS Data di insorgenza della menomazione	Data (8)	OBB V	Obbligatorietà Validità della data nel formato ggmmaaaa, Data insorgenza della menomazione minore della data di ricovero nell'unità operativa
51. I_A_NUT A. nutrirsi ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
52. I_B_RASS B. Rassettersi ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
53. I_C_LAV C. Lavarsi ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
54. I_D_VE_S D. Vestirsi, dalla vita in su ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
55. I_E_VE_G E. Vestirsi, dalla vita in giù ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
56. I_F_IGIE F. Igiene perineale ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
57. I_G_VESC G. Vescica ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
58. I_H_ALVO H. Alvo ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
59. I_I_LETT I. Letto-sedia-carrozzina ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
60. I_J_WC J. W.C. ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
61. I_K_VASC K. Vasca o doccia ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
62. I_CM Cammino ingresso	AN (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 In caso contrario inserire "0"
63. I_CR Carrozzina ingresso	AN (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 In caso contrario inserire "0"
64. I_L_CAM L. Cammino, carrozzina ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
65. I_M_SCA M. Scale ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
66. I_CU Comprensione uditiva ingresso	AN (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 In caso contrario inserire "0"
67. I_CV Comprensione visiva ingresso	AN (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 In caso contrario inserire "0"
68. I_N_COMP N. Comprensione ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
69. I_EV Espressione vocale ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 In caso contrario inserire "0"
70. I_ENV Espressione non vocale ingresso	AN (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 In caso contrario inserire "0"
71. I_O_ESPR O. Espressione ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
72. I_P_RAP P. Rapporto con gli altri ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
73. I_Q_SOL Q. Soluzione di problemi ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
74. I_R_MEMO R. Memoria ingresso	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
75. D_A_NUT A. nutrirsi dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
76. D_B_RASS B. Rassettersi dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
77. D_C_LAV C. Lavarsi dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
78. D_D_VE_S D. Vestirsi, dalla vita in su dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
79. D_E_VE_G E. Vestirsi, dalla vita in giù dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
80. D_F_IGIE F. Igiene perineale dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
81. D_G_VESC G. Vescica dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
82. D_H_ALVO H. Alvo dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
83. D_I_LETT I. Letto-sedia-carrozzina dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
84. D_J_WC J. W.C. dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
85. D_K_VASC K. Vasca o doccia dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
86. D_CM Cammino dimissione	AN (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 Stesso valore presente in ingresso In caso contrario inserire "0"
87. D_CR Carrozzina dimissione	AN (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 Stesso valore presente in ingresso In caso contrario inserire "0"
88. D_L_CAM L. Cammino, carrozzina dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
89. D_M_SCA M. Scale dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
90. D_CU Comprensione uditiva dimissione	AN (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 In caso contrario inserire "0"

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
91. D_CV Comprensione visiva dimissione	AN (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 In caso contrario inserire "0"
92. D_N_COMP N. Comprensione dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
93. D_EV Espressione vocale dimissione	AN (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 In caso contrario inserire "0"
94. D_ENV Espressione non vocale dimissione	AN (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 0-1 In caso contrario inserire "0"
95. D_O_ESPR O. Espressione dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
96. D_P_RAP P. Rapporto con gli altri dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
97. D_Q_SOL Q. Soluzione di problemi dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
98. D_R_MEMO R. Memoria dimissione	N (1)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 1-7 In caso contrario inserire "0"
99. P_ING_T Punteggio globale FIM all'ingresso	N (3)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 18-126 Verifica valore =somma dei valori delle variabili I_A_NUT, I_B_RASS, I_C_LAV, I_D_VE_S, I_E_VE_G, I_F_IGIE, I_G_VESC, I_H_ALVO, I_I_LETT, I_J_WC, I_K_VASC, I_L_CAM, I_M_SCA, I_N_COMP, I_O_ESPR, I_P_RAP, I_Q_SOL, I_R_MEMO In caso contrario inserire "0"

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
100. P_ING_M Punteggio motorio FIM all'ingresso	N (2)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 13-91 Verifica valore =somma dei valori delle variabili: I_A_NUT, I_B_RASS, I_C_LAV, I_D_VE_S, I_E_VE_G, I_F_IGIE, I_G_VESC, I_H_ALVO, I_I_LETT, I_J_WC, I_K_VASC, I_L_CAM, I_M_SCA In caso contrario inserire "0"
101. P_ING_C Punteggio cognitivo FIM all'ingresso	N (2)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 5-35 Verifica valore =somma dei valori delle variabili: I_N_COMP, I_O_ESPR, I_P_RAP, I_Q_SOL, I_R_MEMO In caso contrario inserire "0"
102. P_DIM_T Punteggio globale FIM alla dimissione	N (3)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 18-126 Verifica valore =somma dei valori delle variabili: D_A_NUT, D_B_RASS, D_C_LAV, D_D_VE_S, D_E_VE_G, D_F_IGIE, D_G_VESC, D_H_ALVO, D_I_LETT, D_J_WC, D_K_VASC, D_L_CAM, D_M_SCA, D_N_COMP, D_O_ESPR, D_P_RAP, D_Q_SOL, D_R_MEMO In caso contrario inserire "0"
103. P_DIM_M Punteggio motorio FIM alla dimissione	N (2)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 13-91 Verifica valore =somma dei valori delle variabili: D_A_NUT, D_B_RASS, D_C_LAV, D_D_VE_S, D_E_VE_G, D_F_IGIE, D_G_VESC, D_H_ALVO, D_I_LETT, D_J_WC, D_K_VASC, D_L_CAM, D_M_SCA In caso contrario inserire "0"
104. P_DIM_C Punteggio cognitivo FIM alla dimissione	N (2)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi 5-35 Verifica valore =somma dei valori delle variabili: D_N_COMP, D_O_ESPR, D_P_RAP, D_Q_SOL, D_R_MEMO In caso contrario inserire "0"
105. GAP_FIM Differenza tra punteggio globale FIM all'ingresso e alla dimissione	N (3)	OBB V	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Range di valori ammessi -126 → +126 Verifica valore = differenza dei valori delle variabili P_DIM_F e P_ING_F In caso contrario inserire "0"

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
106. 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
107. IEST_1 Procedura 1 erogata esternamente	AN (5)		Codici ICD9-CM Un intervento/procedura può essere codificato solo nei seguenti due modi: ▪ i primi tre caratteri diversi da spazio e il quarto =spazio ▪ tutti i caratteri diversi da spazio Verifica - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici intervento codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a quattro cifre nell'elenco dei codici intervento codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
108. SIEST_1 Tipo di struttura di erogazione della procedura 1	AN (1)	OBB	Se IEST_1 diverso da "spazio" Obbligatorietà 1 = ist. Provincia BZ 2 = ist. austriaco 3 = altro ist. territ. italiano 4 = altro ist. Estero 5 = ist. Provincia TN
109. CIEST_1 Codice di struttura di erogazione della procedura 1	AN (8)	OBB	Se SIEST_1 = 1, 2, 5 Obbligatorietà
110. IEST_2 Procedura 2 erogata esternamente	AN (5)		Codici ICD9-CM Un intervento/procedura può essere codificato solo nei seguenti due modi: ▪ i primi tre caratteri diversi da spazio e il quarto =spazio ▪ tutti i caratteri diversi da spazio Verifica - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici intervento codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a quattro cifre nell'elenco dei codici intervento codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente
111. SIEST_2 Tipo di struttura di erogazione della procedura 2	AN (1)	OBB	Se IEST_2 diverso da "spazio" Obbligatorietà 1 = ist. Provincia BZ 2 = ist. austriaco 3 = altro ist. territ. italiano 4 = altro ist. Estero 5 = ist. Provincia TN

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
112. CIEST_2 Codice di struttura di erogazione della procedura 2	AN (8)	OBB	Se SIEST_2 = 1, 2, 5 Obbligatorietà
113. 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 8 = rep.56.00, 60.00, 60.01, 60.02, 75.00 nella stessa struttura 9 = rep.56.00, 60.00, 60.01, 60.02, 75.00 in altra struttura 10 = dim.strutt.di riab.extraosp. 11 = dim con attiv. ADI (dimissione protetta) 12 = ad altro regime (diurno, ordinario)
114. D_DIMOSP Data di dimissione o morte	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
115. R_AUTOPT Riscontro autoptico	AN (1)	OBB	Se MOD_DIM = 1 Obbligatorietà 1 = sì 2 = no
116. TIP_PROP Tipo medico proponente il ricovero	AN (1)	OBB V	1 = medico di base 2 = medico ospedaliero 3 = medico specialista ambulatoriale 4 = medico fuori Provincia Se TIP_PROP =1 → PROVENIE= 2 Se TIP_PROP =1 verifica codice medico di base Se TIP_PROP =3 verifica codice medico specialista
117. MED_PROP Codice del 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
118. GG_DEROGA Giornate di degenza derogate	N (3)		giornate derogate + giornate soglia + giornate abbattute <= durata della degenza, inclusi i giorni di permesso

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
119. D_PRENOT Data di prenotazione di ricovero	Data (8)	OBB	Se REGRIC = 1 e TIPO_RIC = 1 o 5 o se REGRIC = 2 Obbligatorietà Data di prenotazione minore od uguale data di ricovero Data di prenotazione maggiore della data di nascita dell'assistito Data di ricovero – Data di prenotazione < 2 anni (731 giorni)
120. TP_ESENZ	AN (1)	OBB V	NON COMPILARE
121. CD_ESENZ Codice esenzione	AN (2)	OBB V	NON COMPILARE
122. I_TICKET Importo del ticket di ricovero	N (8)	OBB	NON COMPILARE
123. CLASSE Classe	AN (1)	OBB V	Se ONER_DEG =2 → CLASSE = 1 Obbligatorietà 1 = sì 2 = no
124. GGCLASSE Giornate complessive trascorse in classe	N (3)	OBB	Obbligatorietà se CLASSE = 1 (giornate in classe <= durata della degenza, inclusi i giorni di permesso)
125. INCODO Codice del medico compilatore della scala F.I.M. ingresso	AN (4)	OBB	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Verifica congruità con tabella di riferimento In caso contrario non compilare
126. DICODO Codice del medico compilatore della scala F.I.M. dimissione	AN (4)	OBB	Se REGRIC = 1 e D_RICO-DNASCITA > 14 anni Obbligatorietà Verifica congruità con tabella di riferimento In caso contrario non compilare

ALLEGATO 4: FAC SIMILE DELLA SCHEDA CARTACEA

AZIENDA SANITARIA DI OSPEDALE			
SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: SDO-FIM			
CODICE NOSOGRAFICO			
DATI ANAGRAFICI			
Cognome e nome del paziente.....		Cognome acquisito..... Sesso ☐ Maschio ☐ Femmina	
Data di nascita (ggmmaaaa)		Luogo di nascita cod.	
Stato civile ☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ separato/a ☐ divorziato/a ☐ vedovo/a ☐ non dichiarato			
Luogo di residenza..... cod.		Cittadinanza cod.	
Codice sanitario (libretto) /			
Codice fiscale			
Regione di residenza cod.		ASL di residenza cod.	
Regione di assistenza cod.		ASL di assistenza cod.	
Residenza estera		Cassa malati estera	
Indirizzo cassa malati estera		C.A.P. cassa malati estera	
DATI DI RICOVERO			
Regime di ricovero ☐ Ordinario ☐ Diurno (Day Hospital)			
Data e ora di ingresso nell'unità operativa (ggmmaaaahhmm)			
U.O. ammissionecod. Giorni di permesso			
Data di prenotazione ric. (ggmmaaaahhmm)			
Medico proponente il ricovero			
☐ di base cod. ☐ ospedaliero ☐ specialista ambulatoriale cod. ☐ fuori provincia			
Onere della degenza	☐ a totale carico del SSN		Classe Giornate In classe
	☐ a carico di SSN e del paziente (diff. alb.)		
	☐ con rimborso a carico del SSN		
	☐ senza oneri per il SSN		
	☐ a carico di SSN e del paziente (libera professione)		
☐ a carico di SSN e del paziente (libera professione e diff. alb.)			
Provenienza del paziente	☐ senza proposta del medico		Classe Giornate In classe
	☐ con proposta del medico		
	☐ ricovero precedentemente programmato		
	☐ trasferito da un istituto di cura pubblico		
	☐ trasferito da un istituto di cura privato accreditato		
☐ trasferito da un istituto di cura privato non accreditato			
Tipo di ricovero	☐ programmato, non urgente		Tipo di ricovero in riabilitazione
	☐ urgente		
	☐ per trattamento sanitario obbligatorio (TSO)		
☐ per trattamento sanitario volontario (TSV)		☐ post acuto	
☐ programmato con preospedalizzazione		☐ di mantenimento	
☐ di valutazione			
DAY HOSPITAL Motivo del ricovero in regime diurno (DH) ☐ riabilitativo			
Numero accessi complessivi in regime diurno (DH)			
Diagnosi principale cod.			
Diagnosi concomitanti :			
Prima cod.			
Seconda cod.			
Terza cod.			
Quarta cod.			
Quinta cod.			
Data (ggmmaaaa)		Intervento chirurgico (o procedura) principale cod.	
Data (ggmmaaaa)		Intervento chirurgico (o procedura) secondario	
Int 1 cod.			
Int 2 cod.			
Int 3 cod.			
Int 4 cod.			
Int 5 cod.			
Procedure eseguite esternamente alla struttura	Procedura 1 cod.		Procedura 2 cod.
	Tipo struttura 1		
	☐ ist. prov. BZ cod.		
	☐ ist. prov. TN cod.		
	☐ ist. austriaco cod.		
☐ ist. altra regione italiana		☐ ist. altra regione italiana	

Firma del medico curante.

Firma del responsable del reparto

AZIENDA SANITARIA DI OSPEDALE|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: SDO-FIM

CODICE NOSOGRAFICO |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SCHEDA FIM

Cognome e nome del paziente.....

Codice del compilatore della scala FIM in ingresso |_|_|_|_| in uscita |_|_|_|_|

**Functional Independence Measure
FIM**

L I V E L L I	7. Autosufficienza completa 6. Autosufficienza con adattamenti		SENZA ASSISTENZA
	NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE 5. Supervisione – Predisposizione/adattamenti 4. Assistenza minima (paziente =>75%) 3. Assistenza moderata (paziente =>50%)		A S S I S T E N Z A
	NON AUTOSUFFICIENZA COMPLETA 2. Assistenza intensa (paziente =>25%) 1. Assistenza totale (paziente =>0%)		
	INGRESSO	DIMISSIONE	FOLLOW-UP
Cura della persona			
A. Nutrirsi			
B. Rassettersi			
C. Lavarsi			
D. Vestirsi, dalla vita in su			
E. Vestirsi, dalla vita in giù			
F. Igiene perineale			
Controllo sfinterico			
G. Vescica			
H. Alvo			
Mobilità			
Trasferimenti			
I. Letto-sedia-carrozzina			
J. W.C.			
K. Vasca o doccia			
Locomozione			
L. Cammino, carrozzina	c m cr		
M. Scale			
Comunicazione			
N. Comprensione	u v nv		
O. Espressione			
Capacità relazionali/cognitive			
P. Rapporto con gli altri			
Q. Soluzione di problemi			
R. Memoria			
PUNTEGGIO TOTALE FIM			

Attenzione: non lasciare caselle bianche

Assegnare il punteggio 1 alle attività non valutabili per motivi di sicurezza del paziente

Functional Independence Measure – Versione Italiana - COPYRIGHT 1992
The Research Foundation of the State University of New York, UDS-code 3/2/1990
Tutti i diritti riservati. Distribuzione esclusiva SO.GE.COM Editrice srl Milano

Firma del responsabile del reparto

Firma del medico curante