





FLS Specifiche dei flussi informativi uscenti ed entranti

Area Gestione Ricoveri

Versione 1.0

01 Agosto 2024

Diritti di Autore e Clausole di Riservatezza

La proprietà del presente documento è regolata dal contratto tra Regione Puglia ed il RTI Exprivia. Tutti i diritti sono riservati.

A norma della legge sul diritto di autore e del Codice Civile è vietata la riproduzione di questo scritto o di parte di esso con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopie, microfilm, registratori ed altro, salvo per quanto espressamente autorizzato.

Storia del Documento

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ver** | **Stato** | **Chi** | **Data** | **Memorizzato in:** |
| 1.0 | Bozza | DC | 01/08/2024 | SGI |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Storia delle Revisioni

|  |  |
| --- | --- |
| **Ver** | **Modifiche** |
| 1.0 | Versione iniziale contratto Edotto 2024 CIG 982251971. |
|  |  |
|  |  |

Modifiche Previste

Nessuna.

Tabella Redazione/Approvazione

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsabile redazione** | **Responsabile approvazione** |
| Exprivia | Regione Puglia |

Indice dei Contenuti

[0. Introduzione 4](#_Toc156563009)

[1. Scopo e Campo di Applicazione 4](#_Toc156563010)

[2. Riferimenti 4](#_Toc156563011)

[3. Termini e definizioni 5](#_Toc156563012)

[4. Flussi informativi di input al sistema 6](#_Toc156563013)

[4.1 Acquisizione dei dati relativi alle SDO 6](#_Toc156563014)

[4.1.1 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO A – Informazioni Anagrafiche 6](#_Toc156563015)

[4.1.2 Tracciato TRACCIATO A – Informazioni Anagrafiche – Definizione dei campi 8](#_Toc156563016)

[4.1.3 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO B – Informazioni Ricovero 21](#_Toc156563017)

[4.1.4 Tracciato B – Informazioni Ricovero – Definizione dei Campi 23](#_Toc156563018)

[4.1.5 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO C – Informazioni Riabilitazione 67](#_Toc156563019)

[4.1.6 Tracciato C – Informazioni Riabilitazione – Definizione dei Campi 68](#_Toc156563020)

[4.2 Acquisizione Id SDO per UVAR 81](#_Toc156563021)

[5. Flussi informativi prodotti dal sistema 83](#_Toc156563022)

[5.1 Tipologie di campi per flussi con tracciato record a lunghezza fissa 83](#_Toc156563023)

[5.2 Export dei dati relativi alle SDO per Azienda Sanitaria (con struttura XML e con struttura ASCII) 84](#_Toc156563024)

[5.3 Export dei dati relativi alle SDO da trasmettere al Ministero 134](#_Toc156563025)

[6. Allegati 135](#_Toc156563026)

[6.1 Tipo Trasmissione: modalità di valorizzazione 135](#_Toc156563027)

[6.2 Codice Istituto di cura: modalità di valorizzazione 135](#_Toc156563028)

[6.3 Codice identificativo del paziente: modalità di valorizzazione 136](#_Toc156563029)

[6.4 Codice Unità operativa: modalità di valorizzazione 136](#_Toc156563030)

[6.5 Tracciati XML-XSD 137](#_Toc156563031)

# Introduzione

Questo documento descrive le specifiche tecniche dei flussi informativi che mediante le funzionalità dell’area possono essere esportati (rispettivamente importati) dal (rispettivamente nel) database del sistema. Il documento è strutturato in due sezioni:

* flussi informativi di input al sistema Edotto che possono essere importati utilizzando le funzionalità di upload dell’area;
* flussi informativi prodotti mediante le funzionalità di export dell’area.

In ogni sezione viene fornita una sintetica definizione del flusso e le relative specifiche tecniche di tracciato, XML, CSV, ecc.

# Scopo e Campo di Applicazione

Il presente documento è destinato a progettisti e sviluppatori dei sistemi informativi che devono integrarsi con il sistema Edotto mediante acquisizione (rispettivamente produzione) di flussi informativi che sono prodotti (rispettivamente acquisiti) da tale sistema.

Non vengono riportate in questo documento le specifiche di flussi informativi la cui specifica tecnica è definita dal documenti normativi nazionali o regionali.

# Riferimenti

* D.M. 380 del 27/1/2000 - G.U. n. 295 del 19/12/2000 concernente "Regolamento recante l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati " in vigore già dal 01/01/2001.
* Deliberazione della Giunta Regionale 20 dicembre 2010, n. 2858 e Verbale 1.2010 del 10/01/2011.
* Deliberazione della Giunta Regionale 30 Novembre 2010, n. 2618 (Pubblicata sul BURP n.190 del 22/12/2010) – Farmaci oncologici ad alto costo ai fini dell’addebito in modalità sanitaria.
* Circolare Regione Puglia prot. AOO\_081/3-11-2015/1548 – Giubileo della Misericordia 2015/2016. D.L. 78/2015 convertito in legge n. 125/2015.

# Termini e definizioni

|  |  |
| --- | --- |
| *SDO* | *Scheda di Dimissione Ospedaliera* |
| *DRG* | *Diagnosis Related Group* |
| *LEA* | *Livelli Essenziali Assistenza* |
| *STP* | *Straniero Temporaneamente Presente* |
| *ICD IX CM* | *International Classificazione Desease IX Clinical Modification* |
| *DRG-CMS* | *Diagnostics Related Group CMS* |
| *DRG-LEA* | *Diagnostics Related Group ad alto rischio di inappropriatezza* |
| *ENI* | *Europei Non Iscrivibili* |
| *SISR* | *Sistema Informativo Sanitario Regionale* |
| *OBI* | *L’OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo o a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un’elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri setting assistenziali.*  *Tale modalità, caratterizzata da un’alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l’esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo* |
| *Istituto di ricovero* | *Istituto di ricovero e cura pubblico e privato:*  *- presidio ospedaliero di ASL*  *- azienda ospedaliera*  *- istituto ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)*  *- casa di cura privata*  *- istituto di ricovero e cura ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti*  *- ospedale militare*  *- altre istituzioni sanitarie pubbliche e private di cui agli artt. 26,36,39,40 L. 833/78.* |
| *Ricovero programmato* | *Ricovero day-hospital e ordinario programmato non urgente e programmato con pre-ospedalizzazione* |
| *Ricovero urgente* | *Ricovero ordinario urgente e ricovero ordinario TSO* |

# 

# Flussi informativi di input al sistema

## Acquisizione dei dati relativi alle SDO

Questo flusso contiene i dati delle SDO, le cui prestazioni sono erogate dai soggetti erogatori.

L’import di tale file è effettuato dalla funzione *Eseguire Upload SDO.*

Le strutture ospedaliere della Regione inviano i dati della SDO, mediante due tracciati distinti, di seguito indicati:

TRACCIATO A – che contiene le informazioni di carattere anagrafico;

TRACCIATO B – che contiene le informazioni relative al ricovero.

TRACCIATO C – che contiene le informazioni relative ai dati di riabilitazione del ricovero.

I dati anagrafici, sanitari e di riabilitazione sono, quindi, archiviati separatamente.

L’invio dei file viene effettuato tramite un tracciato XML. I file da inviare sono in formato XML, in base alle caratteristiche dei file XSD. I file che non rispettano le caratteristiche del XSD saranno scartati.

### Struttura XML per il tracciato TRACCIATO A – Informazioni Anagrafiche

Il tracciato *TRACCIATO A – Informazioni Anagrafiche* comprende le informazioni di carattere anagrafico che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente.

Di seguito viene riportato il tracciato record TRACCIATO A – Informazioni Anagrafiche.

I nodi di riferimento, intesi come insieme di informazioni associate all’evento, sono riportati nella seguente tabella.

Il nodo Informazioni Anagrafiche contiene al suo interno le informazioni di carattere anagrafico che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente.

| **Tracciato** | **Nodo di riferimento** | **Campo**  **(campi chiave**  **riportati in rosso)** |
| --- | --- | --- |
| **A - Informazioni Anagrafiche** | **Trasmissione *(Campo tecnico)*** | **Tipo** |
| **Informazioni Anagrafiche** | **Codice istituto di cura** |
| **Numero progressivo della scheda SDO** |
| **Numero progressivo scheda SDO della puerpera** |
| **Sesso** |
| **Data di nascita** |
| **Livello di istruzione** |
| **Stato civile** |
| **Comune di residenza** |
| **Stato estero di residenza straniero iscritto a SSN** |
| **Cittadinanza** |
| **Codice identificativo del paziente** |
| **Presenza del codice identificativo dell’assistito nella banca dati di verifica validità (contenuto informativo previsto per un futuro utilizzo)** |
| **Tipologia del codice Identificativo dell’assistito** |
| **Regione di residenza** |
| **ASL di residenza** |
|  |  | **Cognome assistito** |
|  | **Nome assistito** |
| **Comune di nascita** |
| **Numero identificazione istituzione TEAM** |
| **Numero tessera TEAM** |
|  | **Data scadenza tessera TEAM** |
| **Informazioni Accompagnatori** | **Codice identificativo accompagnatore** |
|  | **Cognome accompagnatore** |
|  | **Nome accompagnatore** |
|  | **Sesso accompagnatore** |
|  | **Data di nascita accompagnatore** |
|  | **Comune di nascita accompagnatore** |
|  | **Cittadinanza accompagnatore** |
|  |  | **Data inizio periodo accompagnamento** |
|  |  | **Data fine periodo accompagnamento** |

Nel paragrafo che segue è riportata la tabella di definizione dei campi. É specificato il dominio dei contenuti informativi, quindi i valori ammessi.

### Tracciato TRACCIATO A – Informazioni Anagrafiche – Definizione dei campi

Si riporta di seguito il tracciato delle informazioni richieste. Con “nodo di riferimento” si identifica il raggruppamento di un insieme di informazioni relative alla tematica assunta come nodo.

Si specificano, inoltre, le caratteristiche che le informazioni devono possedere per rendere il flusso univoco ed omogeneo su tutto il territorio regionale.

Ad es. un campo definito *campo data* deve rispecchiare il formato specificato *yyyy-mm-dd.* Oppure nel campo Tipo, che identifica il tipo di azione che assume il flusso in arrivo, riporta i valori ammessi: I inserimento, V variazione, C cancellazione.

Si riporta nel seguito la legenda che specifica le abbreviazioni e gli acronimi utilizzati nella spiegazione del tracciato xml.

|  |  |
| --- | --- |
| **Legenda** | |
| **Tipo campo** | **Obbligatorietà** |
| A: campo Alfabetico  AN: campo alfanumerico  N: campo numerico  D: campo data (YYYY-MM-DD) | OBB: sempre obbligatorio  FAC: sempre facoltativo  NBB: obbligatorio se si verificano le condizioni indicate |

| Nodo di riferimento | Nome campo | Descrizione | Tipo | Obbligatorietà | Informazioni di Dominio | Lunghezza campo |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Trasmissione** | Tipo | Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate | A | OBB | FORMATO: A  Valori ammessi:  I: Inserimento  V: Variazione  C: Cancellazione  Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati. | 1 |
| **A – Informazioni anagrafiche** | Codice Istituto di Cura | Indica l’istituto di cura pubblico o privato | N | OBB | **CAMPO CHIAVE (sui primi sei digit)**  Formato: NNNNNNNN  Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati. | 8 |
| Numero progressivo della scheda SDO | Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica | N | OBB | **CAMPO CHIAVE**  Formato: NNNNNNNN  Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui:   * i primi due identificano l'anno di ricovero; * gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell’Istituto di cura   La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero. | 8 |
| **A – Informazioni anagrafiche (segue)** | Numero progressivo scheda SDO della puerpera | Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica della scheda SDO della madre relativa al parto. | N | NBB  *(Obbligatorio solo nel caso si tratti della SDO di un neonato relativa all’evento della sua nascita ovvero*  *Provenienza del paziente=”01”)* | Formato: NNNNNNNN  Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui:   * i primi due identificano l'anno di ricovero;   gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell’Istituto di cura.  *Questo campo deve essere compilato con valore “99999999” nel caso in cui la madre richieda l’anonimato o il neonato venga dato in adozione.)*” | 8 |
| Sesso | Sesso del paziente | N | OBB | Formato: N  Valori ammessi:  1 = maschio  2 = femmina  9 = non definito | 1 |
| Data di Nascita | Data di nascita del paziente | AN | OBB | Formato: AAAA-MM-GG  La data di Nascita non deve essere successiva alla Data di Ricovero.  La differenza tra anno, mese e giorno di nascita e anno, mese e giorno di dimissione non può essere superiore a 125 anni.   * Per i ricoveri riferiti all’evento nascita il campo “Provenienza del Paziente” deve essere uguale a “01” | 10 |
| **A – Informazioni anagrafiche (segue)** | Livello di Istruzione | Titolo di studio del paziente al momento del ricovero | N | OBB | Formato: N  Valori ammessi:  0 = Nessun titolo  1 = Licenza elementare  2 = Diploma di scuola media inferiore  3 = Diploma di scuola media superiore  4 = Diploma universitario o Laurea breve  5 = Laurea o superiore  9 = Non dichiarato | 1 |
| Stato civile | Stato civile del paziente al momento del ricovero | N | OBB | Formato: N  Valori ammessi:  1 = Celibe/Nubile  2 = Coniugato/a  3 = Separato/a  4 = Divorziato/a  5 = Vedovo/a  6 = Non dichiarato | 1 |
| **A – Informazioni anagrafiche (segue)** | Comune di residenza | Comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all’estero, Stato estero di residenza, al momento del ricovero | AN | OBB | Formato: NNNNNN  Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all’interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune.  Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall’ISTAT.  Per i ricoveri riferiti all’evento nascita deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127. | 6 |
| Comune di domicilio del paziente straniero | Comune di domicilio del paziente straniero al momento del ricovero | AN | NBB *(Obbligatorio in caso di stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN)* | Formato: NNNNNN  Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all’interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune.  Per gli stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice del comune di iscrizione al SSN ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla ASL e la Regione di assistenza (Regione e ASL di iscrizione) | 6 |
| Regione di iscrizione del paziente straniero | La regione cui appartiene il comune di domicilio del paziente straniero al momento del ricovero | N | NBB *(Obbligatorio in caso di stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN)* | Formato: NNN  I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.  Per gli stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice della regione di iscrizione al SSN. | 3 |
| ASL di iscrizione del paziente straniero | ASL che comprende il comune, o la frazione di comune in cui è iscritto l'assistito straniero al momento del ricovero | N | NBB *(Obbligatorio in caso di stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN)* | Formato NNN  Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della ASL (di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1) utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.  Per gli stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice della ASL di iscrizione al SSN. | 3 |
| Cittadinanza | Cittadinanza del paziente al momento del ricovero | N | OBB | Formato: NNN  Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza è il seguente:   * 100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana;   il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dall’ISTAT, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera o sia apolide. | 3 |
| **A – Informazioni anagrafiche (segue)** | Codice identificativo del paziente | Codice identificativo del paziente al momento del ricovero [[1]](#footnote-1) | AN | OBB | Il campo deve avere lunghezza massima di 20 caratteri  Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati. | 20 |
| Presenza del codice identificativo dell’assistito nella banca dati di verifica validità | Informazione relativa alla presenza del codice identificativo dell’assistito nella banca dati di verifica | N | FAC | Formato: N  Valori ammessi:  0 = Codice identificativo valido (presente in banca dati)  1 = Codice identificativo errato (non presente in banca dati)  **Contenuto informativo previsto per un futuro utilizzo.** | 1 |
| **A – Informazioni anagrafiche (segue)** | Tipologia del codice Identificativo dell’assistito | Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell’assistito | N | OBB | Formato: NN  Valori ammessi:  0 = Codice fiscale  1 = Codice STP  2 = Codice ENI  3 = Codice TEAM  99 = Codice non valorizzato | 2 |
| Regione di Residenza | La regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente al momento del ricovero | N | OBB | Formato: NNN  I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.  Nel caso in cui il paziente sia residente all’estero, va indicato il codice dello Stato estero definito dall’ISTAT. | 3 |
| ASL di Residenza | ASL che comprende il comune, o la frazione di comune in cui risiede l'assistito al momento del ricovero | N | OBB | Formato NNN  Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della ASL (di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1) utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.  Questa variabile si compila con 999 per i residenti all’estero, ovvero nel caso in cui la Regione di Residenza sia valorizzata con il codice dello Stato estero definito dall’ISTAT. | 3 |
| Cognome assistito |  | AN | OBB | Riportare la dicitura “ANONIMO” in caso di assistito che richiede l’anonimato | 80 |
| Nome assistito |  | AN | OBB | Riportare la dicitura “ANONIMO” in caso di assistito che richiede l’anonimato | 80 |
| Comune di nascita | Comune di nascita dell’assistito, nel caso il paziente sia nato all’estero, riportare lo Stato estero di nascita | AN | OBB | Formato: NNNNNN  Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all’interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune.  Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall’ISTAT. | 6 |
| Numero identificazione istituzione TEAM | Numero di identificazione dell’istituzione | AN | FAC | Campo 7 della Tessera TEAM  Da compilare in caso di cittadini residenti in uno stato estero. | 10 |
| Numero tessera TEAM | Numero di identificazione della tessera | AN | FAC | Campo 8 della Tessera TEAM  Da compilare in caso di cittadini residenti in uno stato estero. | 20 |
| Data scadenza tessera TEAM | Data di scadenza della tessera Team | AN | FAC | Formato: AAAA-MM-GG  Data di scadenza della tessera TEAM (Campo 9).  Da compilare in caso di cittadini residenti in uno stato estero. | 10 |
| **A – Informazioni accompagnatori**  NB: (Possono essere inserite da 1 a 2 accompagnatori. Per ogni accompagnatore possono essere inseriti da 1 a 3 periodi di accompagnamento) | Num. Accompagnatore | Numero accompagnatore | N | FAC | Numero accompagnatore | 1 |
| Codice identificativo accompagnatore | Codice identificativo del cittadino che accompagna l’assistito per il ricovero | AN | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di accompagnatore compilato*) | Può essere valorizzato con il codice fiscale/STP/ENI.  Ammissibile solo per ricovero con regime=1 e “V650” in diagnosi secondaria. | 16 |
| Cognome accompagnatore | Cognome dell’accompagnatore | AN | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di accompagnatore compilato*) | Cognome dell’accompagnatore | 80 |
| Nome accompagnatore | Nome dell’accompagnatore | AN | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di accompagnatore compilato*) | Nome dell’accompagnatore | 80 |
| **A – Informazioni accompagnatori (segue)**  NB: (Possono essere inserite da 1 a 2 accompagnatori. Per ogni accompagnatore possono essere inseriti da 1 a 3 periodi di accompagnamento) | Sesso accompagnatore | Sesso dell’ accompagnatore | N | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di accompagnatore compilato*) | Formato: N  Valori ammessi:  1 = maschio  2 = femmina  9 = non definito | 1 |
| Data di Nascita accompagnatore | Data di nascita dell’accompagnator | AN | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di accompagnatore compilato*) | Formato: AAAA-MM-GG  L’età deve essere successiva a 11 anni | 10 |
| Comune di nascita accompagnatore | Comune di nascita dell’accompagnatore, nel caso l’accompagnatore sia nato all’estero, riportare lo Stato estero di nascita | AN | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di accompagnatore compilato*) | Formato: NNNNNN  Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all’interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune.  Nel caso in cui l’accompagnatore sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall’ISTAT. | 6 |
| Cittadinanza accompagnatore | Cittadinanza dell’accompagnatore | N | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di accompagnatore compilato*) | Formato: NNN  Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza è il seguente:   * 100, nel caso in cui l’accompagnatore abbia la cittadinanza italiana;   il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dall’ISTAT, nel caso in cui l’accompagnatore abbia la cittadinanza estera o sia apolide. | 3 |
| **A – Informazioni accompagnatori (segue)**  NB: (Possono essere inserite da 1 a 2 accompagnatori. Per ogni accompagnatore possono essere inseriti da 1 a 3 periodi di accompagnamento) | Num. Periodo accompagnamento | Numero periodo accompagnamento | N | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di accompagnatore compilato*) | Numero periodo accompagnamento | 1 |
| Data inizio periodo accompagnamento | Data di inizio periodo accompagnamento | AN | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di accompagnatore compilato*) | Formato: AAAA-MM-GG  La data deve essere coerente con il periodo di ricovero e con i periodi di accompagnamento. | 10 |
| Data fine periodo accompagnamento | Data di fine periodo accompagnamento | AN | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di accompagnatore compilato*) | Formato: AAAA-MM-GG  La data deve essere coerente con il periodo di ricovero e con i periodi di accompagnamento. | 10 |

### Struttura XML per il tracciato TRACCIATO B – Informazioni Ricovero

Il tracciato *TRACCIATO B – Informazioni Ricovero* comprende le informazioni relative al ricovero ospedaliero di un paziente.

Di seguito viene riportato il tracciato record TRACCIATO B – Informazioni Ricovero.

I nodi di riferimento, intesi come insiemi di informazioni associate all’evento, sono riportati nella seguente tabella:

| **Tracciato** | **Nodo di riferimento** | **Campo (campi chiave riportati in rosso)** |
| --- | --- | --- |
| **B - Informazioni Ricovero** | **Trasmissione *(Campo tecnico)*** | **Tipo (coincidente con il Tipo impostato nel “Tracciato A” per lo stesso identificativo SDO)** |
| **Informazioni Ricovero** | Codice istituto di cura |
| Numero progressivo della scheda SDO |
| **Regime di ricovero** |
| **Data di prenotazione** |
| **Classe di priorità** |
| **Data di ricovero** |
| **Ora di ricovero** |
| **Unità operativa di ammissione** |
| **Onere della degenza** |
| **Provenienza del paziente** |
| **Tipo di ricovero** |
| **Traumatismi o intossicazioni** |
| **Codice causa esterna** |
| **Trasferimenti** | **Data trasferimento** |
| **Ora trasferimento** |
| **Unità operativa trasferimento** |
| **Dimissione** | **Unità operativa di dimissione** |
| **Data di dimissione o morte** |
| **Ora di dimissione o morte** |
| **Modalità di dimissione** |
| **Informazioni Ricovero** | **Riscontro autoptico** |
| **Motivo del ricovero in regime diurno** |
| **Peso alla nascita** |
| **Accessi in DH** | **Data accesso in DH** |
| **Diagnosi principale** | **Diagnosi principale di dimissione** |
| **Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero** |
| **Stadiazione condensata** |
| **Lateralità** |
| **Diagnosi secondarie** | **Diagnosi secondarie di dimissione** |
| **Diagnosi secondarie presenti al ricovero** |
| **Stadiazione condensata** |
| **Lateralità** |
| **Tipo diagnosi riabilitazione** |
| **Intervento principale** | **Intervento principale** |
| **Intervento principale esterno** |
| **Data intervento principale** |
| **Ora inizio intervento principale** |
| **Identificativo chirurgo intervento principale** |
| **Identificativo anestesista intervento principale** |
| **Check list sala operatoria intervento principale** |
| **Lateralità** |
| **Interventi secondario** | **Interventi secondari** |
| **Interventi secondari esterni** |
| **Data intervento secondario** |
| **Ora inizio intervento secondario** |
| **Identificativo chirurgo intervento secondario** |
| **Identificativo anestesista intervento secondario** |
| **Check list sala operatoria intervento secondario** |
| **Lateralità** |
| **Informazioni Ricovero** | **Rilevazione del dolore** |
| **Pressione arteriosa sistolica** |
| **Creatinina serica** |
| **Frazione eiezione** |
| **Altre Informazioni Ricovero** | **Medico prescrittore** |
| **Tipo prestazione libero professionale** |
| **Tipo alta specialità** |
| **Flag disabile adulto** |
| **Flag farmaco oncologico** |
| **Numero progressivo CedAP** |
| **Numero accessi ospedalizzazione domiciliare** |
| **Data ultimo accesso ospedalizzazione domiciliare** |
| **Flag Autocertificazione Diagnosi** |
| **Flag Radiologia Interventistica** |
| **Tampone** | **Flag Tampone** |
| **Descrizione protocollo referto** |
| **Tampone Familiare** | **Flag Tampone** |
| **Descrizione protocollo referto** |
| **Classificazione ASA** | **Codice ASA** |
| **Intervento non dilazionabile** |
| **Endoprotesi** | **Codice classificazione dispositivo medico** |
| **Numero repertorio dispositivo medico** |
| **Informazioni Ricovero** | **FlagAutorizzazioneProrogaAltri60Giorni** |
| **CriterioProrogaDisciplina75** |
| **CriterioProrogaDisciplina28** |

Nel paragrafo che segue è riportata la tabella di definizione dei campi. É specificato il dominio dei contenuti informativi, quindi i valori ammessi.

### Tracciato B – Informazioni Ricovero – Definizione dei Campi

Si riporta di seguito il tracciato delle informazioni richieste. Con “nodo di riferimento” si identifica il raggruppamento di un insieme di informazioni relative alla tematica assunta come nodo.

Si specificano, inoltre, le caratteristiche che le informazioni devono riportare per rendere il flusso univoco ed omogeneo su tutto il territorio regionale.

Per la legenda si faccia riferimento a quanto già riportato per il “Tracciato A”.

| Nodo di riferimento | Nome campo | Descrizione | Tipo | Obbligatorietà | Informazioni di Dominio | Lunghezza campo |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Trasmissione** | Tipo | Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate | A | OBB | Cfr. Tracciato A. Coincidente con il Tipo impostato nel “Tracciato A” per lo stesso identificativo SDO | 1 |
| **B - Informazioni Ricovero** | Codice Istituto di Cura | Indica l’istituto di cura pubblico o privato | N | OBB | **CAMPO CHIAVE**  Formato: NNNNNNNN  Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati. | 8 |
| Numero progressivo della scheda SDO | Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica | N | OBB | **CAMPO CHIAVE**  Formato: NNNNNNNN  Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui:   * i primi due identificano l'anno di ricovero; * gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell’Istituto di cura   La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero. | 8 |
| **Informazioni Ricovero** | Regime di Ricovero | Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario", "ricovero diurno" | N | OBB | Formato: N  Valori ammessi:  1 = Ricovero ordinario  2 = Ricovero diurno   * Il “ricovero diurno” si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni: si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato; * è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero e non prevede il pernottamento del paziente; * fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che per la loro intrinseca complessità o invasività o per il correlato rischio per il paziente non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale. | 1 |
| **Informazioni Ricovero** | Data di Prenotazione | La data di prenotazione esprime la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa.  Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94. | AN | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2 o se Regime di Ricovero = 1 e Tipo Ricovero = 1 o Tipo Ricovero = 4*) | Formato: AAAA-MM-GG  Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti.  La data di prenotazione deve essere compilata per tutti i ricoveri in regime diurno e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (con “tipo ricovero” valorizzato a “1” – ricovero programmato non urgente, oppure “4” – ricovero programmato con preospedalizzazione)  La data di prenotazione deve essere precedente o coincidente con la data di ricovero.  In caso di trasferimenti da altri istituti, la data di prenotazione deve coincidere con la data in cui il trasferimento è stato concordato fra i due istituti.  La data di prenotazione non si compila per tipo ricovero “5” – parto non urgente. | 10 |
| **Informazioni Ricovero** | Classe di priorità | Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nell’Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002 | AN | NBB  (*obbligatorio se valorizzata*  *Data di Prenotazione*) | Formato: N  Valori ammessi:  A = Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.  B = Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.  C = Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.  D = Ricovero senza attesa definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.  La classe di priorità non si compila per tipo ricovero “5” – parto non urgente. | 1 |
| **Informazioni Ricovero** | Data di Ricovero | Data di ricovero nell’istituto di cura | AN | OBB | Formato: AAAA-MM-GG  Coincide con la data in cui il paziente viene accettato nel reparto di ammissione.  In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire la data in cui si effettua l’accesso alla sala operatoria  Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti  In caso di ricovero diurno (codice 2 per la variabile "Regime di ricovero"), va indicata la data del primo accesso.  Per i ricoveri corrispondenti all’evento nascita, la provenienza del paziente deve essere valorizzata a “01” | 10 |
| **Informazioni Ricovero** | Ora di ricovero | Ora di accettazione nel reparto di ammissione; si intende l’ora in cui viene assegnato il letto al paziente. | AN | NBB  (*obbligatoria se valorizzato Regime di Ricovero = 1*) | Formato: OO:MM  Da compilare solo per i ricoveri ordinari.  Si intende l’ora in cui viene assegnato il letto al paziente.  In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire l’ora di accesso alla sala operatoria.  Per i ricoveri corrispondenti all’evento nascita, l’ora di ricovero coincide con l’ora di nascita. | 5 |
| **Informazioni Ricovero** | Unità operativa di ammissione | L'unità operativa di ammissione individua l'unità operativa presso la quale il paziente viene ricoverato all'accettazione, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa. | N | OBB | FORMATO = NNNNNNNNNNNN  Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati.  Il reparto deve essere attivo alla data di ricovero. | 12 |
| **Informazioni Ricovero** | Onere della Degenza | Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero. | AN | OBB | FORMATO = N  Valori ammessi:  1 = ricovero a totale carico del SSN;  2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);  4 = ricovero senza oneri per il SSN;  5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);  6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);  7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN;  8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;  A = ricovero a carico del Ministero dell’interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;  9 = altro. | 1 |
| **Informazioni Ricovero** | Provenienza del paziente | La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero. | N | OBB | FORMATO = NN  Valori ammessi:  01 = Ricovero al momento della nascita  02 = Pronto soccorso  03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico  04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura  05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico  06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato  07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato  08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura  09 = Carcere  10 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)  11 = paziente che accede all’istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso  12 = provenienza OBI  99 = Altro | 2 |
| **Informazioni Ricovero** | Tipo di ricovero | Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario individua i ricoveri programmati, distinguendoli dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. | N | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e Provenienza del Paziente <> “01”*) | FORMATO = N  Valori ammessi:  1 = ricovero programmato, non urgente;  2 = ricovero urgente;  3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);  4 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO devono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione.  5 = parto non urgente  Questa variabile non si compila per i ricoveri corrispondenti all’evento nascita ovvero Provenienza paziente = “01”  In caso di trasferimento da altro istituto, il ricovero si intende programmato.  Attribuire il valore “2” anche ai parti urgenti e ai pazienti provenienti da OBI. | 1 |
| **Informazioni Ricovero** | Traumatismi o Intossicazioni | Informazione che caratterizza la causa del ricovero, quando questo è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89) | N | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di Ammissione <> 56, 60, 28 e 75*) | FORMATO = N  Valori ammessi:  1 = infortunio sul lavoro;  2 = infortunio in ambiente domestico;  3 = incidente stradale;  4 = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);  5 = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);  9 = altro tipo di incidente o di intossicazione. | 1 |
| **Informazioni Ricovero** | Codice Causa Esterna | Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo o dell’intossicazione quando il ricovero è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89). | AN | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di Ammissione <> 56, 60, 28 e 75*)) | FORMATO = ENNNN)  In tale campo dovrà essere inserito un codice E della Classificazione ICD-9-CM versione correntemente in uso.  Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89) | 4/5 |
| **Trasferimenti**  (NB: Possono essere inseriti da 1 a 15 trasferimenti, sia interni che esterni allo stabilimento ospedaliero dello stesso istituto di ricovero, relativamente ad un singolo ricovero) | Num Trasferimento | La variabile descrive il percorso che il paziente ha seguito durante un singolo ricovero.  Si ha un trasferimento quando il paziente viene trasferito da un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto al posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto/ struttura diversi. (senza chiusura della SDO) | N | FAC | Numero di trasferimento | 2 |
| Data Trasferimento | AN | NBB  *(obbligatoria se valorizzata Ora Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e Regime di Ricovero=1)* | Il set di informazioni (Data, Ora e Unità di trasferimento) è di per sé facoltativo ma in presenza di una solo delle tre informazioni devono essere compilate anche le altre due.  Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente:  AAAA-MM-GG  In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata la Data di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Ora di Trasferimento ed Unità Operativa di Trasferimento | 10 |
| Ora Trasferimento | AN | NBB  *(obbligatoria se valorizzata Data Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e Regime di Ricovero=1)* | Formato: OO:MM   * In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata l’Ora di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Data di Trasferimento ed Unità Operativa di Trasferimento * In presenza di Trasferimenti che hanno stessa Data di Trasferimento verrà inoltre controllato che l’Ora del Trasferimento sia successiva all’Ora del Trasferimento precedente | 5 |
| Unità Operativa Trasferimento | N | NBB  *(obbligatoria se valorizzato Data Trasferimento o Ora Trasferimento e Regime di Ricovero=1)* | FORMATO = NNNNNNNNNNNN  Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati.  In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata l’Unità Operativa di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Data di Trasferimento ed Ora di Trasferimento | 12 |
| **Dimissione** | Unità operativa di dimissione | Indica l’unità operativa presso cui è ricoverato il paziente al momento della dimissione: il campo deve essere sempre compilato, anche nel caso in cui l’unità operativa coincida con l'unità operativa di ammissione o con quella relativa all'ultimo trasferimento interno. | N | OBB | FORMATO = NNNNNNNNNNNN  Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati. | 12 |
| **Dimissione** | Data di dimissione o morte | Indica la data di dimissione o di decesso del paziente | AN | OBB | Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente:  AAAA-MM-GG  Nel caso di ricovero in regime diurno, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso presso l’istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno. | 10 |
| **Dimissione** | Ora di dimissione o morte | Indica l’ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l’ora del decesso. | AN | NBB  (*obbligatoria se valorizzato Regime di Ricovero = 1*) | Formato: OO:MM  Inserire l’ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l’ora di morte. | 5 |
| **Dimissione** | Modalità di dimissione | La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso dall’istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture. | AN | OBB | FORMATO: NN  Valori ammessi:  01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto;  02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente;  03 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)  04 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal d.m. 17/12/2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare”;  05 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato);  06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti;  07 = trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura;  08 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione.  09 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI | 2 |
| **Informazioni ricovero** | Riscontro autoptico | Individua i pazienti deceduti durante il ricovero per i quali è stata effettuata l'autopsia. | N | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Modalità di Dimissione = “01”)* | FORMATO: N  Valori ammessi:  1 = autopsia eseguita  2 = autopsia non eseguita  Deve essere compilato se e solo se modalità di dimissione = ‘01” | 1 |
| **Informazioni ricovero** | Motivo del ricovero in regime diurno | Indica se il ricovero in regime diurno è effettuato a scopo diagnostico, chirurgico, terapeutico o riabilitativo. | N | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2*) | FORMATO: N  Valori ammessi:  1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up)  2 = ricovero diurno chirurgico  3 = ricovero diurno terapeutico  4 = ricovero diurno riabilitativo  Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 della variabile "regime di ricovero") | 1 |
| **Informazioni Ricovero** | Peso alla nascita | Indica il peso rilevato al momento della nascita e riportato nella scheda di dimissione relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita. | N | NBB  (*obbligatorio se*  *provenienza del paziente = “01”)* | FORMATO: NNN  Peso rilevato al momento della nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.  Va rilevato il peso in grammi | 4 |
| **Accessi in DH**  NB: (Possono essere inseriti più accessi all’interno dell’anno) | Data di accesso per ricovero diurno | Indica la data in cui il paziente ha avuto accesso presso l’istituto di cura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale in regime diurno | AN | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2*) | Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente:  AAAA-MM-GG  Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre l’anno di inizio del ciclo assistenziale, riportare le date in cui il paziente ha accesso presso l’istituto di cura fino al 31 dicembre.  Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 o 3 alla variabile "regime di ricovero") | 10 |
| **Diagnosi Principale** | Diagnosi principale di dimissione | La diagnosi principale di dimissione è la condizione, identificata alla fine del ricovero come la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. | AN | OBB | FORMATO: ANN(NN)  La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 99630 e non 9963  Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.  La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di dimissione ospedaliera e correttamente codificata utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso). | 3/5 |
| **Diagnosi Principale** | Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero | Indica se la diagnosi principale rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l’anamnesi o diagnosticata successivamente all’ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero. | N | OBB | FORMATO: N  Valori ammessi:  0 = No  1 = Sì | 1 |
| Lateralità | Ove applicabile specificare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | FAC | FORMATO: N  Valori ammessi:  1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale | 1 |
| Stadiazione condensata | Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1) | N | NBB  (*obbligatorio in presenza di diagnosi di dimissione principale identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1*) | FORMATO: N  Valori ammessi:  1 = tumore localizzato, confinato all’organo di origine  2 = infiltrazione locale extraorgano  3 = metastasi ai linfonodi regionali  4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali  5 = metastasi a distanza  6 = metastasi ai linfonodi non regionali  7 = non confinato all’organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6  8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4  9 = ignoto | 1 |
| **Diagnosi Secondarie**  NB: (Possono essere inserite da 1 a 5 diagnosi secondarie) | Num Diagnosi secondarie | Numero diagnosi | N | FAC | Numero diagnosi secondaria | 1 |
| Diagnosi secondarie di dimissione | Le diagnosi secondarie di dimissione sono quelle condizioni, diverse dalla diagnosi principale, che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano l’assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico. | AN | FAC | FORMATO: ANN(NN)  La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 99630 e non 9963  Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l’assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico. Possono essere riportate al massimo cinque diagnosi secondarie, che devono essere correttamente codificate utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso). | 3/5 |
| **Diagnosi Secondarie**  NB: (Possono essere inserite da 1 a 5 diagnosi secondarie) | Diagnosi secondarie presenti al ricovero | Indica se la diagnosi secondaria rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l’anamnesi o diagnosticata successivamente all’ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero. | N | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di diagnosi secondaria di dimissione compilata*) | FORMATO: N  Valori ammessi:  0 = No  1 = Sì | 1 |
| Lateralità | Ove applicabile specificare se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | FAC | FORMATO: N  Valori ammessi:  1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale | 1 |
|  | Stadiazione condensata | Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione secondaria (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1) | N | NBB  (*obbligatorio in presenza di diagnosi di dimissione secondaria identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1*) | FORMATO: N  Valori ammessi:  1 = tumore localizzato, confinato all’organo di origine  2 = infiltrazione locale extraorgano  3 = metastasi ai linfonodi regionali  4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali  5 = metastasi a distanza  6 = metastasi ai linfonodi non regionali  7 = non confinato all’organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6  8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4  9 = ignoto | 1 |
|  | Tipo diagnosi riabilitazione | Indica se la diagnosi è di riabilitazione | AN | FAC | Valori ammessi:  E = Diagnosi eziologica principale determinante la sindrome funzionale  M = Marcatore di complessità clinico assistenziale presenti all’ammissione  C = Complicanze cliniche insorte o comorbilità pregresse riacutizzate durante il ricovero o marcatori di complessità “malattia specifici” o menomazioni-disabilità coesistenti | 1 |
| **Intervento Principale** | Intervento Principale | L’intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero e individuata come quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.) | AN | FAC | FORMATO: NNN(N)  La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 5591 e non 559  L’intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero individuata secondo i seguenti criteri:  1. in presenza di più procedure chirurgiche, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.);  2. nel caso in cui siano segnalate sia procedure chirurgiche sia procedure diagnostiche o terapeutiche, riportare sempre prima le procedure chirurgiche;  3. in presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche, selezionare e codificare come principale quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse;  4. in caso di parto.  L’intervento principale deve essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso). | 3/4 |
| **Intervento Principale** | Intervento principale esterno | Indica se l’intervento principale è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | N | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Intervento Principale*) | FORMATO: N  Valori ammessi:  0 = No  1 = Sì | 1 |
| **Intervento Principale** | Data intervento principale | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento principale. | AN | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Intervento Principale*) | Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente:  AAAA-MM-GG | 10 |
| **Intervento Principale** | Ora inizio intervento principale | Indica l’ora di inizio dell’intervento principale, intesa come il momento chirurgico che inizia con l’incisione (cosi come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2 / 2.7 | 117 del 14/3/1996). | AN | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Intervento Principale*) | FORMATO: OO:MM  Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l’ora di inizio della procedura riportata nel campo “Intervento principale”.  In presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ. | 5 |
| **Intervento Principale** | Identificativo Chirurgo intervento principale  NB: (Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio) | Individua il chirurgo responsabile dell’intervento principale. | AN | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ*) | Codice fiscale  Compilare per tutte le procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ.  Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all’intervento, come risultante dal registro operatorio. | 16 |
| **Intervento Principale** | Identificativo Anestesista intervento principale | Individua l’anestesista dell’intervento principale. | AN | FAC | Codice fiscale  Compilare esclusivamente per tutte le procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ). | 16 |
| **Intervento Principale** | Check List Sala Operatoria intervento principale | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall’intesa tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome nel documento recante “Disciplina per la revisione della normativa dell’accreditamento” del 20 dicembre 2012 | N | NBB  (*obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ*) | FORMATO: N  Valori ammessi:  0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile  Compilare per tutte le procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ)  Compilare per tutte le procedure effettuate in sala operatoria | 1 |
| Lateralità | Ove applicabile specificare se l’intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | FAC | FORMATO: N  Valori ammessi:  1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale | 1 |
| **Interventi Secondari**  NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all’intervento principale) | Num intervento secondario | Numero intervento secondario | N | FAC | Numero intervento secondario | 2 |
| Interventi secondari | Ulteriori procedure oltre all’intervento principale. | AN | FAC | FORMATO: NNN(N)  Quando nella cartella clinica sono indicate procedure in numero superiore alle sei previsti dal tracciato record della S.D.O., la scelta delle priorità delle segnalazioni è condotta secondo quanto stabilito nell’Accordo della Conferenza Stato-Regioni rep. atti 64/CSR del 29/06/2010  L’intervento secondario deve essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso). | 3/4 |
| **Interventi Secondari**  NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all’intervento principale) | Interventi secondari esterni | Indicare se l’ulteriore procedura rispetto all’intervento principale è stata effettuata in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quello in cui è ricoverato il paziente | N | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato*) | FORMATO: N  Valori ammessi:  0 = No  1 = Sì | 1 |
| Data intervento secondario | Indica la data dell’intervento secondario per ogni campo di intervento compilato. | AN | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato*) | Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente:  AAAA-MM-GG  N.B. Per i ricoveri con preospedalizzazione – TIPO\_RICOVERO = 4 la data delle procedure eseguite puó essere anteriore alla data di ricovero | 10 |
| **Interventi Secondari**  NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all’intervento principale) | Ora inizio intervento secondario | Indica l’ora di inizio dell’intervento secondario, intesa come il momento chirurgico che inizia con l’incisione (cosi come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2 / 2.7 | 117 del 14/3/1996). | AN | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato*) | Formato: OO:MM  Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l’ora di inizio della procedura riportata nel campo “Intervento secondario”.  In presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ. | 5 |
| Identificativo Chirurgo intervento secondario  NB: (Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio) | Individua il chirurgo responsabile dell’intervento secondario. | AN | NBB  (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato *di classificazione 4 AHRQ*) | Codice fiscale  Compilare per tutte le procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ).  Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all’intervento, come risultante dal registro operatorio | 16 |
| **Interventi Secondari**  NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all’intervento principale) | Identificativo Anestesista intervento secondario | Individua l’anestesista dell’intervento secondario. | AN | FAC | Codice fiscale  Compilare esclusivamente per tutte le procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ) | 16 |
| **Interventi Secondari**  NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all’intervento principale) | Check List Sala Operatoria intervento secondario | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall’intesa tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome nel documento recante “Disciplina per la revisione della normativa dell’accreditamento” del 20 dicembre 2012 | N | NBB  (*obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato di classificazione 4 AHRQ*) | FORMATO: N  Valori ammessi:  0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile  Compilare per tutte le procedure “terapeutiche maggiori” come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ)  Compilare per tutte le procedure effettuate in sala operatoria | 1 |
| Lateralità | Ove applicabile specificare se l’intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | FAC | FORMATO: N  Valori ammessi:  1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale | 1 |
| **Informazioni Ricovero** | Rilevazione del dolore | Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010 | N | OBB | FORMATO: N  Valori ammessi:  0 = No  1 = Sì | 1 |
| **Informazioni Ricovero** | Pressione arteriosa sistolica | Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l’ammissione in reparto o al momento dell’accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx) | N | NBB  (*obbligatorio se presente diagnosi - principale o secondaria - valorizzata con codice ICD9-CM 410.xx*). | FORMATO: NNN  Riportare il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l’ammissione in reparto o al momento dell’accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso. | 3 |
| **Informazioni Ricovero** | Creatinina serica | Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) | N | NBB  (*obbligatorio se valgono le condizioni specificate nelle informazioni di dominio*) | FORMATO: NN,NN  Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) **valore massimo accettabile 99,99 mg/dL**.  Il campo deve essere compilato nei seguenti casi:   1. intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all’inizio dell’intervento; 2. diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx) e pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Indicare il valore della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale; 3. intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell’intervento. | 1/5 |
|  | Frazione di eiezione | Indica la frazione di eiezione pre-operatoria riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all’inizio dell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). | N | NBB  (*obbligatorio se rilevato intervento – principale o secondario – valorizzato con codice ICD9-CM 36.1x o 35.1x-35.2x*). | FORMATO: NN  Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all’inizio dell'intervento. | 2 |
| **Altre Informazioni Ricovero** | Medico prescrittore | Codice fiscale del medico che ha prescritto il ricovero | AN | FAC | Ammissibile solo per ricoveri programmati | 16 |
| **Altre Informazioni Ricovero (segue)** | Tipo prestazione libero professionale | Tipo prestazione libero professionale | AN | NBB (Obbligatorio nel caso in cui il campo Onere degenza contiene i valori 5 o 6) | I valori ammessi sono A, B, C, come previsto dal comma 2 art. 15 quinquies D.Lgs. 502/92. | 1 |
| Tipo alta specialità | Tipo alta specialità | N | FAC | FORMATO: N  Può essere impostato ad 1 nel caso di ricovero con prestazioni di terapia intensiva neuro-riabilitativa in alta specialità. | 1 |
| Flag disabile adulto | Flag disabile adulto | N | FAC | FORMATO: N  Può essere impostato ad 1 nel caso di disabile adulto. Può essere funzionale alla compilazione dell’accompagnatore. | 1 |
| Flag farmaco oncologico | Flag farmaco oncologico | N | FAC | FORMATO: N  Può essere impostato ad 1 nel caso di regime ricovero=2 e sia stato somministrato un farmaco oncologico ad alto costo (DGR. N. 1894 del 23/09/2014). | 1 |
| Numero progressivo CedAP | Numero progressivo del CedAP. | N | NBB  *(Obbligatorio in caso di SDO per parto)* | Formato: NNNNNNNNNN  Il codice da utilizzare è articolato in 10 caratteri di cui:   * i primi quattro identificano l'anno del CedAP;   gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell’Istituto di cura.  La SDO si riferisce ad un “*evento parto*” se in almeno uno dei campi di diagnosi è indicato un codice ICD9CM dal 640 al 676 con indicazione nella descrizione del “parto senza menzione della condizione antepartum” e/o “parto con menzione della condizione antepartum”, oppure in uno dei campi relativi all’intervento chirurgico/procedura diagnostica è indicato uno dei codici dei capitoli 72, 73 e 74. | 10 |
| Numero accessi ospedalizzazione domiciliare | Indica il numero complessivo di giornate di accesso assistenza domiciliare in caso di attivazione ospedalizzazione domiciliare | N | FAC | FORMATO: NN  Può essere valorizzato in caso di modalità di dimissione=4 | 2 |
| Data ultimo accesso ospedalizzazione domiciliare | Indica la data in cui è stato effettuato l’ultimo accesso di assistenza domiciliare in caso di attivazione ospedalizzazione domiciliare | AN | FAC | Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente:  AAAA-MM-GG  Può essere valorizzato in caso di modalità di dimissione=4. Se valorizzato deve essere compatibile con il periodo di ricovero | 10 |
| Flag Autocertificazione Diagnosi | Indica se il paziente ha avuto un ricovero precedente con le diagnosi indicate nella DGR 2051/2016 – Allegato Fattori di rischio | N | FAC | FORMATO: N  Può essere impostato ad 1 nel caso in cui il paziente ha avuto un ricovero precedente con le diagnosi indicate nella DGR 2051/2016 – Allegato Fattori di rischio. |  |
| Flag  Radiologia  Interventistica | Indica se il ricovero è stato prodotto dalla Radiologia Interventistica che è una disciplina trasversale a più unità operative ed è indipendente dall’unità operativa di dimissione. | N | FAC | FORMATO: N  Può essere impostato ad 1 nel caso in cui il ricovero è stato prodotto dalla radiologia interventistica. | 1 |
| **Tampone** | Flag tampone | Indica l’eventuale esecuzione del tampone | N | FAC | FORMATO: N  In caso di esecuzione del tampone deve essere impostato a 1. | 1 |
| Protocollo del referto | Numero di protocollo del referto | AN | FAC | Nel caso in cui sia stato eseguito il tampone, indicare come campo descrittivo il numero di protocollo del referto | 250 |
| **Tampone Familiare** | Flag tampone | Indica l’eventuale esecuzione del tampone per il familiare | N | FAC | FORMATO: N  In caso di esecuzione del tampone deve essere impostato a 1. | 1 |
| Protocollo del referto | Numero di protocollo del referto | AN | FAC | Nel caso in cui sia stato eseguito il tampone per il familiare, indicare come campo descrittivo il numero di protocollo del referto | 250 |
| **Classificazione ASA** | Codice ASA | Da valorizzare nel caso in cui il paziente sia stato sottoposto a intervento chirurgico | N | NBB *(Obbligatorio in caso di intervento chirurgico)* | FORMATO: N  In caso di consulenza anestesiologica richiesta può assumere i valori: 1, 2, 3, 4 e 5; in caso di consulenza anestesiologica non richiesta assume valore 9. | 1 |
| Intervento non dilazionabile | Da avvalorare in caso di intervento chirurgico non dilazionabile e che non consente una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni anomalia. | AN | FAC | Può assumere il valore “E”. La lettera ‘E’ viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA. Non può essere impostato se il campo Codice ASA non è valorizzato o assume il valore 9. | 1 |
| **Endoprotesi**  NB: (Possono essere inserite da 1 a 5 endoprotesi) | Num Endoprotesi | Numero di endoprotesi | N | *FAC* | Numero di endoprotesi | 1 |
| Codice classificazione dispositivo medico | Codice classificazione nazionale dispositivo medico | AN | *NBB*  *(obbligatorio se valorizzato il numero di repertorio dispositivo medico)* | Può assumere i valori I, IIa, IIb, III, IA, ND | 3 |
| Numero repertorio dispositivo medico | Numero repertorio dispositivo medico | AN | *NBB*  *(obbligatorio se valorizzato il codice classificazione dispositivo medico)* | Campo descrittivo utile alla valorizzazione del numero di repertorio del dispositivo medico | 20 |
| **Informazioni Ricovero**  **Informazioni Ricovero**  **Informazioni Ricovero** | Flag Autorizzazione Proroga Altri 60 Giorni | Flag Autorizzazione Proroga Altri 60 Giorni | N | *FAC* | FORMATO: N  Nel caso di ricovero di riabilitazione, Indica se è stata autorizzata la proroga degenza per ulteriori 60 giorni rispetto ai 120 previsti. Il campo è, eventualmente, da valorizzare solo nel caso in cui il ricovero risulti dimesso in un reparto la cui specialità clinica è 75 o 28 e se il ricovero ha superato i 120 giorni di degenza  Valori ammessi:  1 = proroga autorizzata | 1 |
| Criterio Proroga Disciplina 75 | Criterio Proroga Disciplina 75 | N | *NBB*  *(obbligatorio se valorizzato il Flag per la proroga degenza per altri 60 giorni* | FORMATO: N  In caso di ricovero di riabilitazione, con dimissione in un reparto con specialità clinica 75, specifica il criterio associato all’autorizzazione alla proroga degenza per la disciplina 75  Valori ammessi  1: PRESENZA DI IMPORTANTI DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI (>= LCF 3: RISPOSTA LOCALIZZATA E <= DSR 16: DISABILITA' SEVERA)  2: PRESENZA DI DISTURBI DELLA DEGLUTIZIONE CON POSSIBILITA' DI MIGLIORAMENTO: DYSPHAGIA OUTCOME SEVERITY SCALE >=3 (DIETA SEMISOLIDA OMOGENEA CON POSSIBILITA' DI INIZIALE ALIMENTAZIONE PER OS)  3: FASI DI FLUTTUAZIONE DALLO STATO VEGETATIVO ALLA MINIMA COSCIENZA - DOCUMENTATI DALLE INDAGINI CLINICHE E NEUROFISIOLOGICHE UTILIZZATE PER LE FORMULAZIONI PROGNOSTICHE: PRESENZA DI ONDA N20 MEDIANTE ESECUZIONE DI PESS DA NERVO MEDIANO ED EEG CON TRACCIATO CARATTERIZZATO DA RIDUZIONE QUANTITATIVA DELLE ONDE LENTE THETA-DELTA RISPETTO AL PATTERN D'INGRESSO, CON EVENTUALE COMPARSA DI RITMI DI ATTIVAZIONE (ALFA)  4: SUSCETTIBILITA' ALLE INFEZIONI CON ENTRATA IN STATO SETTICO, IN PROSSIMITA' DELLA DIMISSIONE, DOCUMENTATO DA POSITIVITA' DEGLI ESAMI COLTURALI ED INCREMENTO DEGLI INDICI DI FLOGOSI, PRO CALCITONINA E PCR CON LEUCOCITOSI  5: MIGLIORAMENTO DELL'AUTONOMIA RESPIRATORIA CON EVENTUALE DECANNULAZIONE DEL PAZIENTE | 1 |
| Criterio Proroga Disciplina 28 | Criterio Proroga Disciplina 28 | N | *NBB*  *(obbligatorio se valorizzato il Flag per la proroga degenza per altri 60 giorni* | FORMATO: N  In caso di ricovero di riabilitazione, con dimissione in un reparto con specialità clinica 28, specifica il criterio associato all’autorizzazione alla proroga degenza per la disciplina 28  Valori ammessi  1: PER LE PERSONE CON LESIONI MIDOLLARI CERVICALI CON COMORBILITA' RESPIRATORIE, INTESTINALI, VESCICOSFINTERALI, DOLORE NEUROPATICO E SPASTICITA' CONSIDERARE IL PROLUNGAMENTO DELLA DEGENZA IN BASE AL DOCUMENTATO GRADUALE MIGLIORAMENTO DELLE SCALE DI VALUTAZIONE (SCIM E FIM) AL FINE DI RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI A MEDIO-TERMINE PREVISTI DAL PROGETTO RIABILITATIVO | 1 |

### Struttura XML per il tracciato TRACCIATO C – Informazioni Riabilitazione

Il tracciato *TRACCIATO C – Informazioni Riabilitazione* comprende le informazioni relative ai dati di riabilitazione del ricovero ospedaliero di un paziente.

Di seguito viene riportato il tracciato record TRACCIATO C – Informazioni Riabilitazione.

I nodi di riferimento, intesi come insiemi di informazioni associate all’evento, sono riportati nella seguente tabella:

| **Tracciato** | **Nodo di riferimento** | **Campo (campi chiave riportati in rosso)** |
| --- | --- | --- |
| **C - Informazioni Riabilitazione** | **Trasmissione *(Campo tecnico)*** | **Tipo (coincidente con il Tipo impostato nel “Tracciato A” per lo stesso identificativo SDO)** |
| **Informazioni Riabilitazione** | Codice istituto di cura |
| Numero progressivo della scheda SDO |
| **Provenienza Paziente Riabilitazione** |
| **Modalita Dimissione Riabilitazione** |
| **Rankin** |
| **BI-i** |
| **BI-U** |
| **BID-E** |
| **BID-U** |
| **SIXMWT-E** |
| **SIXMWT-U** |
| **GCS-E** |
| **GCS-U** |
| **GOSE-E** |
| **GOSE-U** |
| **LCF-E** |
| **LCF-U** |
| **ASIA-E** |
| **ASIA-U** |
| **SCIM-E** |
| **SCIM-U** |
| **RCS-E** |
| **RCS-U** |

### Tracciato C – Informazioni Riabilitazione – Definizione dei Campi

Si riporta di seguito il tracciato delle informazioni richieste. Con “nodo di riferimento” si identifica il raggruppamento di un insieme di informazioni relative alla tematica assunta come nodo.

Si specificano, inoltre, le caratteristiche che le informazioni devono riportare per rendere il flusso univoco ed omogeneo su tutto il territorio regionale.

Per la legenda si faccia riferimento a quanto già riportato per il “Tracciato A”.

| Nodo di riferimento | Nome campo | Descrizione | Tipo | Obbligatorietà | Informazioni di Dominio | Lunghezza campo |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Trasmissione** | Tipo | Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate | A | OBB | Cfr. Tracciato A. Coincidente con il Tipo impostato nel “Tracciato A” per lo stesso identificativo SDO | 1 |
| **C - Informazioni Riabilitazione** | Codice Istituto di Cura | Indica l’istituto di cura pubblico o privato | N | OBB | **CAMPO CHIAVE**  Formato: NNNNNNNN  Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati. | 8 |
| Numero progressivo della scheda SDO | Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica | N | OBB | **CAMPO CHIAVE**  Formato: NNNNNNNN  Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui:   * i primi due identificano l'anno di ricovero; * gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell’Istituto di cura   La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero. | 8 |
|  | Provenienza Paziente Riabilitazione | Indica la specifica modalità di provenienza del paziente prima del ricovero | N | Fac | Formato: N  Valori ammessi da 1 a 8.   1. ACUTI 2. RIABILITAZIONE 3. LUNGODEGENZA 4. RESIDENZE SOCIO-ASSISTENZIALI 5. HOSPICE 6. STRUTTURE PSICHIATRICHE 7. STRUTTURE DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 L.833/78 8. ALTRO | 1 |
|  | Modalita Dimissione Riabilitazione | Indica la specifica modalità di dimissione del paziente | N | FAC | Formato: N  Valori ammessi da 1 a 6.   1. SENZA PROSECUZIONE RIABILITAZIONE 2. CON ATTIVAZIONE DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE 3. CON ATTIVAZIONE DI RIABILITAZIONE DOMICILIARE 4. CON ATTIVAZIONE DI ALTRO REGIME DI RICOVERO (DH RIABILITATIVO) 5. SENZA RIABILITAZIONE DOMICILIARE 6. CON RIABILITAZIONE DOMICILIARE | 1 |
|  | Rankin | Scala di Rankin Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione dall’ UO di ammissione in caso di trasferimenti interni tra reparti di riabilitazione | N | FAC | Formato: N  Valori ammessi da 0 a 5.   1. NESSUNA SINTOMATOLOGIA 2. NESSUNA DISABILITA' SIGNIFICATIVA MALGRADO I SINTOMI 3. DISABILITA' LIEVE 4. DISABILITA' MODERATA 5. DISABILITA' MODERATAMENTE GRAVE 6. DISABILITA' GRAVE | 1 |
|  | BI-I | Indice di Barthel Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione dall’ UO di ammissione in caso di trasferimenti interni tra reparti di riabilitazione | N | FAC | Formato: NNN  Valori ammessi da 0 a 100 | 3 |
|  | BI-U | Indice di Barthel Valore acquisito alla dimissione dal reparto di riabilitazione dall’ UO di dimissione in caso di trasferimenti interni tra reparti di riabilitazione | N | FAC | Formato: NNN  Valori ammessi da 0 a 100 | 3 |
|  | BID-E | Scala Barthel – Dispnea - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: NNN  Valori ammessi da 0 a 100 | 3 |
|  | BID-U | Scala Barthel – Dispnea - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: NNN  Valori ammessi da 0 a 100 | 3 |
|  | SIXMWT-E | Test del cammino dei 6 minuti - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: NNN  Valori ammessi da 0 a 999 | 3 |
|  | SIXMWT-U | Test del cammino dei 6 minuti - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: NNN  Valori ammessi da 0 a 999 | 3 |
|  | GCS-E | Glasgow Coma Scale - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: NN  Valori ammessi da 3 a 15 | 2 |
|  | GCS-U | Glasgow Coma Scale - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: NN  Valori ammessi da 3 a 15 | 2 |
|  | GOSE-E | Glasgow Coma Scale Extended - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: N  Valori ammessi da 1 a 8 | 1 |
|  | GOSE-U | Glasgow Coma Scale Extended - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: N  Valori ammessi da 1 a 8 | 1 |
|  | LCF-E | Scala Level of cognitive functioning – Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: N  Valori ammessi da 1 a 8.   1. NESSUNA REAZIONE 2. REAZIONE GENERALIZZATA 3. REAZIONE LIMITATA/LOCALIZZATA 4. CONFUSO E AGITATO 5. CONFUSO E INAPPROPRIATO 6. CONFUSO E APPROPRIATO 7. AUTOMATICO E APPROPRIATO 8. CONSAPEVOLE E APPROPRIATO | 1 |
|  | LCF-U | Scala Level of cognitive functioning – Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: N  Valori ammessi da 1 a 8.   1. NESSUNA REAZIONE 2. REAZIONE GENERALIZZATA 3. REAZIONE LIMITATA/LOCALIZZATA 4. CONFUSO E AGITATO 5. CONFUSO E INAPPROPRIATO 6. CONFUSO E APPROPRIATO 7. AUTOMATICO E APPROPRIATO 8. CONSAPEVOLE E APPROPRIATO | 1 |
|  | ASIA-E | American Spinal Injury Association - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | AN | FAC | Per il pattern fare riferimento al file xsd | 4 |
|  | ASIA-U | American Spinal Injury Association - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | AN | FAC | Per il pattern fare riferimento al file xsd | 4 |
|  | SCIM-E | Spinal Cord Independence Measure - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: NNN  Valori ammessi da 0 a 100. | 3 |
|  | SCIM-U | Spinal Cord Independence Measure - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | N | FAC | Formato: NNN  Valori ammessi da 0 a 100. | 3 |
|  | RCS-E | Rehabilitation Complexity Scale - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione dall’ UO di ammissione in caso di trasferimenti interni tra reparti di riabilitazione | N | FAC | Formato: NN  Valori ammessi da 0 a 26. | 2 |
|  | RCS-U | Rehabilitation Complexity Scale - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione dall’ UO di dimissione in caso di trasferimenti interni tra reparti di riabilitazione | N | FAC | Formato: NN  Valori ammessi da 0 a 26. | 2 |

## Acquisizione Id SDO per UVAR

Questo flusso contiene i dati degli identificativi delle SDO da duplicare come UVAR e eventualmente confermare.

L’import di tale file è effettuato dalla funzione *Eseguire Upload Id SDO UVAR .*

La funzione produce anche un report con le eventuali anomalie riscontrate (es. SDO già presente nell’archivio UVAR)

Nel seguito viene riportato il tracciato record del flusso.

| ***Campo*** | ***Descrizione*** | ***Tipo*** | ***Posizione*** | | ***Lunghezza*** | ***Valori ammessi*** | ***Vincolo*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***da*** | ***a*** |
| Codice istituto | Codice Nazionale dell’Istituto di Ricovero erogatore. | AN | 1 | 6 | 6 |  | OBB |
| Numero scheda | Le prime due cifre identificano l’anno, le rimanenti sei un progressivo all’interno dell’anno. | AN | 7 | 14 | 8 |  | OBB |
| Tipo Operazione | Può assumere i seguenti valori:  1=sdo da confermare  2=sdo da duplicare senza confermare | AN | 15 | 15 | 1 |  | OBB |

# Flussi informativi prodotti dal sistema

## Tipologie di campi per flussi con tracciato record a lunghezza fissa

I flussi informativi con tracciato record a lunghezza fissa sono basati dalle seguenti tipologie di campi:

* campo di tipo “**Alfanumerico**”: rappresenta una stringa di caratteri alfanumerici. Per un campo a dimensione fissa, la stringa è allineata a sinistra, valorizzando le posizioni non utilizzate con il carattere di “**spazio**”
* campo di tipo “**Data**”: rappresenta una data codificata secondo il formato “**GGMMAAAA**” dove:
* i primi due caratteri, GG, indicano il giorno - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 9 = 09);
* i successivi due caratteri, MM, indicano il mese - allineato a destra e preceduto da zero in caso di numero ad una cifra (es.: 2 = 02);
* gli ultimi quattro caratteri, AAAA, indicano l’anno – espresso nella sua forma estesa (es.: 1999, 2004).
* campo di tipo “**Ora**”: rappresenta una ora codificata secondo il formato “**HHMI**” dove:
* i primi due caratteri HH indicano l’ora – allineato a destra e preceduto da zero in caso di un numero ad una cifra (es. 1 = 01, 23 = 23)
* gli ultimi due caratteri indicano i minuti - allineato a destra e preceduto da zero in caso di un numero ad una cifra (es. 1 = 01)

Ciascun flusso con tracciato record a lunghezza fissa viene descritto con una tabella che riporta

|  |  |
| --- | --- |
| **Campo** | Nome del campo |
| **Descrizione** | Descrizione del campo |
| **Tipo** | Tipologia del campo.   |  |  | | --- | --- | | **Alfanumerico (AN)** | campo con valore alfanumerico | | **Data (DATA)** | Data | | **Ora (ORA)** | Ora | |
| **Posizione** | Posizione iniziale e finale del campo |
| **Lunghezza** | Lunghezza in caratteri del campo |
| **Valori ammessi** | Indicazioni sui valori ammessi |

## Export dei dati relativi alle SDO per Azienda Sanitaria (con struttura XML e con struttura ASCII)

Questo flusso contiene i dati delle SDO relative ad uno specifico periodo ad uso delle Aziende Sanitarie.

L’export di tale file è effettuato dalla funzione *Esportare SDO Azienda Sanitaria.*

Il tracciato record del flusso con struttura XML per il file dei ricoveri coincide con quello di input con l’aggiunta dei dati relativi a “DRG” e “Valore SDO” e non prevede l’elemento “tipo Diagnosi Riabilitazione” nelle diagnosi secondarie che è stato inserito nel file relativo ai dati di Riabilitazione. Eventualmente si varieranno le dimensioni degli identificativi oggetto di cifratura.

Di seguito viene riportato il tracciato con struttura ASCII (valido a partire dall’anno di dimissione 2017).

Specifiche dell’export SDO per Azienda Sanitaria in formato ASCII – Informazioni Anagrafiche

| ***Campo*** | ***Descrizione*** | ***Tipo*** | ***Posizione*** | | ***Lunghezza*** | ***Valori ammessi*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***da*** | ***a*** |
| **Identificativo SDO** | | | | | | |
| Codice Istituto di Cura | Indica l’istituto di cura pubblico o privato | AN | 1 | 8 | 8 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Numero progressivo della scheda SDO | Numero identificativo della cartella clinica  Il codice è articolato in 8 caratteri di cui:   * i primi due identificano l'anno di ricovero * gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell’Istituto di cura | AN | 9 | 16 | 8 |  |
| **Identificativo SDO madre** | | | | | | |
| Numero progressivo scheda SDO della puerpera | Numero identificativo della cartella clinica della scheda SDO della madre relativa al parto  Il codice è articolato in 8 caratteri di cui:   * i primi due identificano l'anno di ricovero * gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva   Valorizzato con “99999999” nel caso in cui la madre richieda l’anonimato | AN | 17 | 24 | 8 |  |
| **Assistito** | | | | | | |
| Sesso | Sesso del paziente | AN | 25 | 25 | 1 | 1 = maschio  2 = femmina  9 = non definito |
| Data di Nascita | Data di nascita del paziente | DATA | 26 | 33 | 8 |  |
| Livello di Istruzione | Titolo di studio del paziente al momento del ricovero | AN | 34 | 34 | 1 | 0 = Nessun titolo  1 = Licenza elementare  2 = Diploma di scuola media inferiore  3 = Diploma di scuola media superiore  4 = Diploma universitario o Laurea breve  5 = Laurea o superiore  9 = Non dichiarato |
| Stato civile | Stato civile del paziente al momento del ricovero | AN | 35 | 35 | 1 | 1 = Celibe/Nubile  2 = Coniugato/a  3 = Separato/a  4 = Divorziato/a  5 = Vedovo/a  6 = Non dichiarato |
| Comune di residenza | Comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all’estero, Stato estero di residenza, al momento del ricovero | AN | 36 | 41 | 6 |  |
| Comune di domicilio del paziente straniero | Codice ISTAT del comune di domicilio del paziente straniero al momento del ricovero | AN | 42 | 47 | 6 |  |
| Regione di iscrizione del paziente straniero | La regione cui appartiene il comune di domicilio del paziente straniero al momento del ricovero | AN | 48 | 50 | 3 |  |
| ASL di iscrizione del paziente straniero | ASL che comprende il comune, o la frazione di comune in cui è iscritto l'assistito straniero al momento del ricovero | AN | 51 | 53 | 3 |  |
| Cittadinanza | Cittadinanza del paziente al momento del ricovero | AN | 54 | 56 | 3 |  |
| Codice identificativo del paziente | Codice identificativo del paziente al momento del ricovero | AN | 57 | 76 | 20 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Presenza del codice identificativo dell’assistito nella banca dati di verifica validità | Contenuto informativo previsto per un futuro utilizzo. | AN | 77 | 77 | 1 |  |
| Tipologia del codice Identificativo dell’assistito | Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell’assistito | AN | 78 | 79 | 2 | 0 = Codice fiscale  1 = Codice STP  2 = Codice ENI  3 = Codice TEAM  99 = Codice non valorizzato |
| Regione di Residenza | La regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente al momento del ricovero | AN | 80 | 82 | 3 |  |
| ASL di Residenza | ASL che comprende il comune, o la frazione di comune in cui risiede l'assistito al momento del ricovero | AN | 83 | 85 | 3 |  |
| Cognome assistito |  | AN | 86 | 165 | 80 |  |
| Nome assistito |  | AN | 166 | 245 | 80 |  |
| Comune di nascita | Codice ISTAT del comune o dello Stato Estero di nascita dell’assistito | AN | 246 | 251 | 6 |  |
| Numero identificazione istituzione TEAM | Numero di identificazione dell’istituzione | AN | 252 | 261 | 10 |  |
| Numero tessera TEAM | Numero di identificazione della tessera | AN | 262 | 281 | 20 |  |
| Data scadenza tessera TEAM | Data di scadenza della tessera Team | DATA | 282 | 289 | 8 |  |
| **Accompagnatori** | | | | | | |
| Codice identificativo accompagnatore 1 |  | AN | 290 | 305 | 16 |  |
| Cognome accompagnatore 1 |  | AN | 306 | 385 | 80 |  |
| Nome accompagnatore 1 |  | AN | 386 | 465 | 80 |  |
| Sesso accompagnatore 1 |  | AN | 466 | 466 | 1 | 1 = maschio  2 = femmina  9 = non definito |
| Data di nascita accompagnatore 1 |  | DATA | 467 | 474 | 8 |  |
| Comune di nascita accompagnatore 1 | Codice ISTAT del comune o dello Stato Estero di nascita dell’accompagnatore | AN | 475 | 480 | 6 |  |
| Cittadinanza accompagnatore 1 |  | AN | 481 | 483 | 3 |  |
| Data inizio periodo accompagnamento 1 dell’accompagnatore 1 |  | DATA | 484 | 491 | 8 |  |
| Data fine periodo accompagnamento 1 dell’accompagnatore 1 |  | DATA | 492 | 499 | 8 |  |
| Data inizio periodo accompagnamento 2 dell’accompagnatore 1 |  | DATA | 500 | 507 | 8 |  |
| Data fine periodo accompagnamento 2 dell’accompagnatore 1 |  | DATA | 508 | 515 | 8 |  |
| Data inizio periodo accompagnamento 3 dell’accompagnatore 1 |  | DATA | 516 | 523 | 8 |  |
| Data fine periodo accompagnamento 3 dell’accompagnatore 1 |  | DATA | 524 | 531 | 8 |  |
| Codice identificativo accompagnatore 2 |  | AN | 532 | 547 | 16 |  |
| Cognome accompagnatore 2 |  | AN | 548 | 627 | 80 |  |
| Nome accompagnatore 2 |  | AN | 628 | 707 | 80 |  |
| Sesso accompagnatore 2 |  | AN | 708 | 708 | 1 |  |
| Data di nascita accompagnatore 2 |  | DATA | 709 | 716 | 8 |  |
| Comune di nascita accompagnatore 2 | Codice ISTAT del comune o dello Stato Estero di nascita dell’accompagnatore | AN | 717 | 722 | 6 |  |
| Cittadinanza accompagnatore 2 |  | AN | 723 | 725 | 3 |  |
| Data inizio periodo accompagnamento 1 dell’accompagnatore 2 |  | DATA | 726 | 733 | 8 |  |
| Data fine periodo accompagnamento 1 dell’accompagnatore 2 |  | DATA | 734 | 741 | 8 |  |
| Data inizio periodo accompagnamento 2 dell’accompagnatore 2 |  | DATA | 742 | 749 | 8 |  |
| Data fine periodo accompagnamento 2 dell’accompagnatore 2 |  | DATA | 750 | 757 | 8 |  |
| Data inizio periodo accompagnamento 3 dell’accompagnatore 2 |  | DATA | 758 | 765 | 8 |  |
| Data fine periodo accompagnamento 3 dell’accompagnatore 2 |  | DATA | 766 | 773 | 8 |  |

Specifiche dell’export SDO per Azienda Sanitaria in formato ASCII – Informazioni Ricovero

| ***Campo*** | ***Descrizione*** | ***Tipo*** | ***Posizione*** | | ***Lunghezza*** | ***Valori ammessi*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***da*** | ***a*** |
| **Identificativo SDO** | | | | | | |
| Codice Istituto di Cura | Indica l’istituto di cura pubblico o privato | AN | 1 | 8 | 8 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Numero progressivo della scheda SDO | Numero identificativo della cartella clinica  Il codice è articolato in 8 caratteri di cui:   * i primi due identificano l'anno di ricovero * gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell’Istituto di cura | AN | 9 | 16 | 8 |  |
| **Informazioni ricovero** | | | | | | |
| Regime di Ricovero |  | AN | 17 | 17 | 1 | 1 = Ricovero ordinario  2 = Ricovero diurno |
| Data di Prenotazione | Data di prenotazione di un ricovero programmato | DATA | 18 | 25 | 8 |  |
| Classe di priorità | Classe di priorità del ricovero programmato | AN | 26 | 26 | 1 | A = Ricovero entro 30 giorni  B = Ricovero entro 60 giorni  C = Ricovero entro 180 giorni  D = Ricovero entro 12 mesi |
| Data di Ricovero | Data di accettazione nel reparto di ammissione | DATA | 27 | 34 | 8 |  |
| Ora di ricovero | Ora di accettazione nel reparto di ammissione | ORA | 35 | 38 | 4 |  |
| Unità operativa di ammissione | Unità operativa presso la quale il paziente viene ricoverato all'accettazione | AN | 39 | 50 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Onere della Degenza | Il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero | AN | 51 | 51 | 1 | 1 = ricovero a totale carico del SSN  2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera)  4 = ricovero senza oneri per il SSN  5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione)  6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera)  7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN  8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza  A = ricovero a carico del Ministero dell’interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza  9 = altro |
| Provenienza del paziente | Istituzione da cui proviene il paziente o medico che ha proposto il ricovero | AN | 52 | 53 | 2 | 01 = Ricovero al momento della nascita  02 = Pronto soccorso  03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico  04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura  05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico  06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato  07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato  08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura  09 = Carcere  10 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)  11 = paziente che accede all’istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso  12 = provenienza OBI  99 = Altro |
| Tipo di ricovero | Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario individua i ricoveri programmati, distinguendoli dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) | AN | 54 | 54 | 1 | 1 = ricovero programmato, non urgente  2 = ricovero urgente  3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO)  4 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO devono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione  5 = parto non urgente |
| Traumatismi o Intossicazioni | Informazione che caratterizza la causa del ricovero, quando questo è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione | AN | 55 | 55 | 1 | 1 = infortunio sul lavoro  2 = infortunio in ambiente domestico  3 = incidente stradale  4 = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta)  5 = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto)  9 = altro tipo di incidente o di intossicazione |
| Codice Causa Esterna | Codice della Classificazione ICD-9-CM che caratterizza la causa esterna del traumatismo o dell’intossicazione | AN | 56 | 60 | 5 |  |
| **Trasferimenti** | | | | | | |
| Data Trasferimento 1 | Data del trasferimento numero 1 | DATA | 61 | 68 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 1 | Ora del trasferimento numero 1 | ORA | 69 | 72 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 1 | Unità operativa del trasferimento 1 | AN | 73 | 84 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 2 | Data del trasferimento numero 2 | DATA | 85 | 92 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 2 | Ora del trasferimento numero 2 | ORA | 93 | 96 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 2 | Unità operativa del trasferimento 2 | AN | 97 | 108 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 3 | Data del trasferimento numero 3 | DATA | 109 | 116 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 3 | Ora del trasferimento numero 3 | ORA | 117 | 120 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 3 | Unità operativa del trasferimento 3 | AN | 121 | 132 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 4 | Data del trasferimento numero 4 | DATA | 133 | 140 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 4 | Ora del trasferimento numero 4 | ORA | 141 | 144 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 4 | Unità operativa del trasferimento 4 | AN | 145 | 156 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 5 | Data del trasferimento numero 5 | DATA | 157 | 164 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 5 | Ora del trasferimento numero 5 | ORA | 165 | 168 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 5 | Unità operativa del trasferimento 5 | AN | 169 | 180 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 6 | Data del trasferimento numero 6 | DATA | 181 | 188 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 6 | Ora del trasferimento numero 6 | ORA | 189 | 192 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 6 | Unità operativa del trasferimento 6 | AN | 193 | 204 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 7 | Data del trasferimento numero 7 | DATA | 205 | 212 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 7 | Ora del trasferimento numero 7 | ORA | 213 | 216 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 7 | Unità operativa del trasferimento 7 | AN | 217 | 228 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 8 | Data del trasferimento numero 8 | DATA | 229 | 236 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 8 | Ora del trasferimento numero 8 | ORA | 237 | 240 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 8 | Unità operativa del trasferimento 8 | AN | 241 | 252 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 9 | Data del trasferimento numero 9 | DATA | 253 | 260 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 9 | Ora del trasferimento numero 9 | ORA | 261 | 264 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 9 | Unità operativa del trasferimento 9 | AN | 265 | 276 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 10 | Data del trasferimento numero 10 | DATA | 277 | 284 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 10 | Ora del trasferimento numero 10 | ORA | 285 | 288 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 10 | Unità operativa del trasferimento 10 | AN | 289 | 300 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 11 | Data del trasferimento numero 11 | DATA | 301 | 308 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 11 | Ora del trasferimento numero 11 | ORA | 309 | 312 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 11 | Unità operativa del trasferimento 11 | AN | 313 | 324 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 12 | Data del trasferimento numero 12 | DATA | 325 | 332 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 12 | Ora del trasferimento numero 12 | ORA | 333 | 336 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 12 | Unità operativa del trasferimento 12 | AN | 337 | 348 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 13 | Data del trasferimento numero 13 | DATA | 349 | 356 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 13 | Ora del trasferimento numero 13 | ORA | 357 | 360 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 13 | Unità operativa del trasferimento 13 | AN | 361 | 372 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 14 | Data del trasferimento numero 14 | DATA | 373 | 380 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 14 | Ora del trasferimento numero 14 | ORA | 381 | 384 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 14 | Unità operativa del trasferimento 14 | AN | 385 | 396 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data Trasferimento 15 | Data del trasferimento numero 15 | DATA | 397 | 404 | 8 |  |
| Ora Trasferimento 15 | Ora del trasferimento numero 15 | ORA | 405 | 408 | 4 |  |
| Unità Operativa Trasferimento 15 | Unità operativa del trasferimento 15 | AN | 409 | 420 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| **Dimissione** | | | | | | |
| Unità operativa di dimissione | Indica l’unità operativa presso cui è ricoverato il paziente al momento della dimissione | AN | 421 | 432 | 12 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Data di dimissione o morte | Indica la data di dimissione o di decesso del paziente | DATA | 433 | 440 | 8 |  |
| Ora di dimissione o morte | Indica l’ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l’ora del decesso | ORA | 441 | 444 | 4 |  |
| Modalità di dimissione | La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso dall’istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture | AN | 445 | 446 | 2 | 01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto  02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente  03 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)  04 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal d.m. 17/12/2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare”  05 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato)  06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti  07 = trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura  08 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione  09 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI |
| Riscontro autoptico | Individua i pazienti deceduti durante il ricovero per i quali è stata effettuata l'autopsia | AN | 447 | 447 | 1 | 1 = autopsia eseguita  2 = autopsia non eseguita |
| Motivo del ricovero in regime diurno | Indica il motivo del ricovero in regime diurno | AN | 448 | 448 | 1 | 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up)  2 = ricovero diurno chirurgico  3 = ricovero diurno terapeutico  4 = ricovero diurno riabilitativo |
| Peso alla nascita | Indica il peso rilevato al momento della nascita | AN | 449 | 452 | 4 |  |
| **Accessi in DH** | | | | | | |
| Numero giornate in DH | Numero di accessi in DH | AN | 453 | 455 | 3 |  |
| **Diagnosi principale** | | | | | | |
| Diagnosi principale di dimissione | Codice ICD9CM della diagnosi principale di dimissione | AN | 456 | 460 | 5 |  |
| Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero | Indica se la diagnosi principale era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l’anamnesi o diagnosticata successivamente all’ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero | AN | 461 | 461 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Lateralità | Ove applicabile specifica se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 462 | 462 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Stadiazione condensata | Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale | AN | 463 | 463 | 1 | 1 = tumore localizzato, confinato all’organo di origine  2 = infiltrazione locale extraorgano  3 = metastasi ai linfonodi regionali  4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali  5 = metastasi a distanza  6 = metastasi ai linfonodi non regionali  7 = non confinato all’organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6  8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4  9 = ignoto |
| **Diagnosi secondarie** | | | | | | |
| Diagnosi secondaria 1 | Codice ICD9CM della diagnosi secondaria 1 | AN | 464 | 468 | 5 |  |
| Diagnosi secondaria 1 presente al ricovero | Indica se la diagnosi secondaria 1 rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l’anamnesi o diagnosticata successivamente all’ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero. | AN | 469 | 469 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Lateralità 1 | Ove applicabile specificare se la diagnosi secondaria 1 si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 470 | 470 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Stadiazione condensata 1 | Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi secondaria 1 | AN | 471 | 471 | 1 | 1 = tumore localizzato, confinato all’organo di origine  2 = infiltrazione locale extraorgano  3 = metastasi ai linfonodi regionali  4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali  5 = metastasi a distanza  6 = metastasi ai linfonodi non regionali  7 = non confinato all’organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6  8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4  9 = ignoto |
| Diagnosi secondaria 2 | Codice ICD9CM della diagnosi secondaria 2 | AN | 472 | 476 | 5 |  |
| Diagnosi secondaria 2 presente al ricovero | Indica se la diagnosi secondaria 2 rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l’anamnesi o diagnosticata successivamente all’ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero. | AN | 477 | 477 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Lateralità 2 | Ove applicabile specificare se la diagnosi secondaria 2 si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 478 | 478 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Stadiazione condensata 2 | Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi secondaria 2 | AN | 479 | 479 | 1 | 1 = tumore localizzato, confinato all’organo di origine  2 = infiltrazione locale extraorgano  3 = metastasi ai linfonodi regionali  4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali  5 = metastasi a distanza  6 = metastasi ai linfonodi non regionali  7 = non confinato all’organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6  8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4  9 = ignoto |
| Diagnosi secondaria 3 | Codice ICD9CM della diagnosi secondaria 3 | AN | 480 | 484 | 5 |  |
| Diagnosi secondaria 3 presente al ricovero | Indica se la diagnosi secondaria 3 rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l’anamnesi o diagnosticata successivamente all’ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero. | AN | 485 | 485 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Lateralità 3 | Ove applicabile specificare se la diagnosi secondaria 3 si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 486 | 486 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Stadiazione condensata 3 | Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi secondaria 3 | AN | 487 | 487 | 1 | 1 = tumore localizzato, confinato all’organo di origine  2 = infiltrazione locale extraorgano  3 = metastasi ai linfonodi regionali  4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali  5 = metastasi a distanza  6 = metastasi ai linfonodi non regionali  7 = non confinato all’organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6  8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4  9 = ignoto |
| Diagnosi secondaria 4 | Codice ICD9CM della diagnosi secondaria 4 | AN | 488 | 492 | 5 |  |
| Diagnosi secondaria 4 presente al ricovero | Indica se la diagnosi secondaria 4 rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l’anamnesi o diagnosticata successivamente all’ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero. | AN | 493 | 493 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Lateralità 4 | Ove applicabile specificare se la diagnosi secondaria 4 si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 494 | 494 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Stadiazione condensata 4 | Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi secondaria 4 | AN | 495 | 495 | 1 | 1 = tumore localizzato, confinato all’organo di origine  2 = infiltrazione locale extraorgano  3 = metastasi ai linfonodi regionali  4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali  5 = metastasi a distanza  6 = metastasi ai linfonodi non regionali  7 = non confinato all’organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6  8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4  9 = ignoto |
| Diagnosi secondaria 5 | Codice ICD9CM della diagnosi secondaria 5 | AN | 496 | 500 | 5 |  |
| Diagnosi secondaria 5 presente al ricovero | Indica se la diagnosi secondaria 5 rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l’anamnesi o diagnosticata successivamente all’ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero. | AN | 501 | 501 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Lateralità 5 | Ove applicabile specificare se la diagnosi secondaria 5 si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 502 | 502 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Stadiazione condensata 5 | Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi secondaria 5 | AN | 503 | 503 | 1 | 1 = tumore localizzato, confinato all’organo di origine  2 = infiltrazione locale extraorgano  3 = metastasi ai linfonodi regionali  4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali  5 = metastasi a distanza  6 = metastasi ai linfonodi non regionali  7 = non confinato all’organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6  8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4  9 = ignoto |
| **Intervento principale** | | | | | | |
| Intervento Principale | Codice ICD9CM dell’intervento principale | AN | 504 | 507 | 4 |  |
| Intervento principale esterno | Indica se l’intervento principale è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | AN | 508 | 508 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Data intervento principale | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento principale | DATA | 509 | 516 | 8 |  |
| Ora inizio intervento principale | Indica l’ora di inizio dell’intervento principale | ORA | 517 | 520 | 4 |  |
| Identificativo Chirurgo 1 intervento principale | Identificativo del chirurgo 1 responsabile dell’intervento principale | AN | 521 | 536 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 2 intervento principale | Identificativo del chirurgo 2 responsabile dell’intervento principale | AN | 537 | 552 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 3 intervento principale | Identificativo del chirurgo 13responsabile dell’intervento principale | AN | 553 | 568 | 16 |  |
| Identificativo Anestesista intervento principale | Identificativo dell’anestesista dell’intervento principale | AN | 569 | 584 | 16 |  |
| Check List Sala Operatoria intervento principale | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria | AN | 585 | 585 | 1 | 0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile |
| Lateralità | Ove applicabile specifica se l’intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 586 | 586 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| **Interventi secondari** | | | | | | |
| Intervento secondario 1 | Codice ICD9CM dell’intervento secondario | AN | 587 | 590 | 4 |  |
| Intervento secondario 1 esterno | Indica se l’intervento secondario è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | AN | 591 | 591 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Data intervento secondario 1 | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento secondario | DATA | 592 | 599 | 8 |  |
| Ora inizio intervento secondario 1 | Indica l’ora di inizio dell’intervento secondario | ORA | 600 | 603 | 4 |  |
| Identificativo Chirurgo 1 intervento secondario 1 | Identificativo del chirurgo 1 responsabile dell’intervento secondario | AN | 604 | 619 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 2 intervento secondario 1 | Identificativo del chirurgo 2 responsabile dell’intervento secondario | AN | 620 | 635 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 3 intervento secondario 1 | Identificativo del chirurgo 3 responsabile dell’intervento secondario | AN | 636 | 651 | 16 |  |
| Identificativo Anestesista intervento secondario 1 | Identificativo dell’anestesista dell’intervento secondario | AN | 652 | 667 | 16 |  |
| Check List Sala Operatoria intervento secondario 1 | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria | AN | 668 | 668 | 1 | 0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile |
| Lateralità 1 | Ove applicabile specifica se l’intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 669 | 669 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Intervento secondario 2 | Codice ICD9CM dell’intervento secondario | AN | 670 | 673 | 4 |  |
| Intervento secondario 2 esterno | Indica se l’intervento secondario è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | AN | 674 | 674 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Data intervento secondario 2 | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento secondario | DATA | 675 | 682 | 8 |  |
| Ora inizio intervento secondario 2 | Indica l’ora di inizio dell’intervento secondario | ORA | 683 | 686 | 4 |  |
| Identificativo Chirurgo 1 intervento secondario 2 | Identificativo del chirurgo 1 responsabile dell’intervento secondario | AN | 687 | 702 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 2 intervento secondario 2 | Identificativo del chirurgo 2 responsabile dell’intervento secondario | AN | 703 | 718 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 3 intervento secondario 2 | Identificativo del chirurgo 3 responsabile dell’intervento secondario | AN | 719 | 734 | 16 |  |
| Identificativo Anestesista intervento secondario 2 | Identificativo dell’anestesista dell’intervento secondario | AN | 735 | 750 | 16 |  |
| Check List Sala Operatoria intervento secondario 2 | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria | AN | 751 | 751 | 1 |  |
| Lateralità 2 | Ove applicabile specifica se l’intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 752 | 752 | 1 |  |
| Intervento secondario 3 | Codice ICD9CM dell’intervento secondario | AN | 753 | 756 | 4 |  |
| Intervento secondario 3 esterno | Indica se l’intervento secondario è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | AN | 757 | 757 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Data intervento secondario 3 | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento secondario | DATA | 758 | 765 | 8 |  |
| Ora inizio intervento secondario 3 | Indica l’ora di inizio dell’intervento secondario | ORA | 766 | 769 | 4 |  |
| Identificativo Chirurgo 1 intervento secondario 3 | Identificativo del chirurgo 1 responsabile dell’intervento secondario | AN | 770 | 785 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 2 intervento secondario 3 | Identificativo del chirurgo 2 responsabile dell’intervento secondario | AN | 786 | 801 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 3 intervento secondario 3 | Identificativo del chirurgo 3 responsabile dell’intervento secondario | AN | 802 | 817 | 16 |  |
| Identificativo Anestesista intervento secondario 3 | Identificativo dell’anestesista dell’intervento secondario | AN | 818 | 833 | 16 |  |
| Check List Sala Operatoria intervento secondario 3 | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria | AN | 834 | 834 | 1 | 0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile |
| Lateralità 3 | Ove applicabile specifica se l’intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 835 | 835 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Intervento secondario 4 | Codice ICD9CM dell’intervento secondario | AN | 836 | 839 | 4 |  |
| Intervento secondario 4 esterno | Indica se l’intervento secondario è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | AN | 840 | 840 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Data intervento secondario 4 | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento secondario | DATA | 841 | 848 | 8 |  |
| Ora inizio intervento secondario 4 | Indica l’ora di inizio dell’intervento secondario | ORA | 849 | 852 | 4 |  |
| Identificativo Chirurgo 1 intervento secondario 4 | Identificativo del chirurgo 1 responsabile dell’intervento secondario | AN | 853 | 868 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 2 intervento secondario 4 | Identificativo del chirurgo 2 responsabile dell’intervento secondario | AN | 869 | 884 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 3 intervento secondario 4 | Identificativo del chirurgo 3 responsabile dell’intervento secondario | AN | 885 | 900 | 16 |  |
| Identificativo Anestesista intervento secondario 4 | Identificativo dell’anestesista dell’intervento secondario | AN | 901 | 916 | 16 |  |
| Check List Sala Operatoria intervento secondario 4 | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria | AN | 917 | 917 | 1 | 0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile |
| Lateralità 4 | Ove applicabile specifica se l’intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 918 | 918 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Intervento secondario 5 | Codice ICD9CM dell’intervento secondario | AN | 919 | 922 | 4 |  |
| Intervento secondario 5 esterno | Indica se l’intervento secondario è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | AN | 923 | 923 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Data intervento secondario 5 | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento secondario | DATA | 924 | 931 | 8 |  |
| Ora inizio intervento secondario 5 | Indica l’ora di inizio dell’intervento secondario | ORA | 932 | 935 | 4 |  |
| Identificativo Chirurgo 1 intervento secondario 5 | Identificativo del chirurgo 1 responsabile dell’intervento secondario | AN | 936 | 951 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 2 intervento secondario 5 | Identificativo del chirurgo 2 responsabile dell’intervento secondario | AN | 952 | 967 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 3 intervento secondario 5 | Identificativo del chirurgo 3 responsabile dell’intervento secondario | AN | 968 | 983 | 16 |  |
| Identificativo Anestesista intervento secondario 5 | Identificativo dell’anestesista dell’intervento secondario | AN | 984 | 999 | 16 |  |
| Check List Sala Operatoria intervento secondario 5 | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria | AN | 1000 | 1000 | 1 | 0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile |
| Lateralità 5 | Ove applicabile specifica se l’intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 1001 | 1001 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Intervento secondario 6 | Codice ICD9CM dell’intervento secondario | AN | 1002 | 1005 | 4 |  |
| Intervento secondario 6 esterno | Indica se l’intervento secondario è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | AN | 1006 | 1006 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Data intervento secondario 6 | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento secondario | DATA | 1007 | 1014 | 8 |  |
| Ora inizio intervento secondario 6 | Indica l’ora di inizio dell’intervento secondario | ORA | 1015 | 1018 | 4 |  |
| Identificativo Chirurgo 1 intervento secondario 6 | Identificativo del chirurgo 1 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1019 | 1034 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 2 intervento secondario 6 | Identificativo del chirurgo 2 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1035 | 1050 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 3 intervento secondario 6 | Identificativo del chirurgo 3 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1051 | 1066 | 16 |  |
| Identificativo Anestesista intervento secondario 6 | Identificativo dell’anestesista dell’intervento secondario | AN | 1067 | 1082 | 16 |  |
| Check List Sala Operatoria intervento secondario 6 | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria | AN | 1083 | 1083 | 1 | 0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile |
| Lateralità 6 | Ove applicabile specifica se l’intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 1084 | 1084 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Intervento secondario 7 | Codice ICD9CM dell’intervento secondario | AN | 1085 | 1088 | 4 |  |
| Intervento secondario 7 esterno | Indica se l’intervento secondario è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | AN | 1089 | 1089 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Data intervento secondario 7 | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento secondario | DATA | 1090 | 1097 | 8 |  |
| Ora inizio intervento secondario 1 | Indica l’ora di inizio dell’intervento secondario | ORA | 1098 | 1101 | 4 |  |
| Identificativo Chirurgo 1 intervento secondario 7 | Identificativo del chirurgo 1 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1102 | 1117 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 2 intervento secondario 7 | Identificativo del chirurgo 2 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1118 | 1133 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 3 intervento secondario 7 | Identificativo del chirurgo 3 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1134 | 1149 | 16 |  |
| Identificativo Anestesista intervento secondario 7 | Identificativo dell’anestesista dell’intervento secondario | AN | 1150 | 1165 | 16 |  |
| Check List Sala Operatoria intervento secondario 7 | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria | AN | 1166 | 1166 | 1 | 0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile |
| Lateralità 7 | Ove applicabile specifica se l’intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 1167 | 1167 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Intervento secondario 8 | Codice ICD9CM dell’intervento secondario | AN | 1168 | 1171 | 4 |  |
| Intervento secondario 8 esterno | Indica se l’intervento secondario è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | AN | 1172 | 1172 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Data intervento secondario 8 | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento secondario | DATA | 1173 | 1180 | 8 |  |
| Ora inizio intervento secondario 8 | Indica l’ora di inizio dell’intervento secondario | ORA | 1181 | 1184 | 4 |  |
| Identificativo Chirurgo 1 intervento secondario 8 | Identificativo del chirurgo 1 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1185 | 1200 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 2 intervento secondario 8 | Identificativo del chirurgo 2 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1201 | 1216 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 3 intervento secondario 8 | Identificativo del chirurgo 3 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1217 | 1232 | 16 |  |
| Identificativo Anestesista intervento secondario 8 | Identificativo dell’anestesista dell’intervento secondario | AN | 1233 | 1248 | 16 |  |
| Check List Sala Operatoria intervento secondario 8 | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria | AN | 1249 | 1249 | 1 | 0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile |
| Lateralità 8 | Ove applicabile specifica se l’intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 1250 | 1250 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Intervento secondario 9 | Codice ICD9CM dell’intervento secondario | AN | 1251 | 1254 | 4 |  |
| Intervento secondario 9 esterno | Indica se l’intervento secondario è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | AN | 1255 | 1255 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Data intervento secondario 9 | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento secondario | DATA | 1256 | 1263 | 8 |  |
| Ora inizio intervento secondario 9 | Indica l’ora di inizio dell’intervento secondario | ORA | 1264 | 1267 | 4 |  |
| Identificativo Chirurgo 1 intervento secondario 9 | Identificativo del chirurgo 1 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1268 | 1283 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 2 intervento secondario 9 | Identificativo del chirurgo 2 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1284 | 1299 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 3 intervento secondario 9 | Identificativo del chirurgo 3 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1300 | 1315 | 16 |  |
| Identificativo Anestesista intervento secondario 9 | Identificativo dell’anestesista dell’intervento secondario | AN | 1316 | 1331 | 16 |  |
| Check List Sala Operatoria intervento secondario 9 | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria | AN | 1332 | 1332 | 1 | 0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile |
| Lateralità 9 | Ove applicabile specifica se l’intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 1333 | 1333 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| Intervento secondario 10 | Codice ICD9CM dell’intervento secondario | AN | 1334 | 1337 | 4 |  |
| Intervento secondario 10 esterno | Indica se l’intervento secondario è stato effettuato in modalità “in service” presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente | AN | 1338 | 1338 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Data intervento secondario 10 | Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento secondario | DATA | 1339 | 1346 | 8 |  |
| Ora inizio intervento secondario 10 | Indica l’ora di inizio dell’intervento secondario | ORA | 1347 | 1350 | 4 |  |
| Identificativo Chirurgo 1 intervento secondario 10 | Identificativo del chirurgo 1 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1351 | 1366 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 2 intervento secondario 10 | Identificativo del chirurgo 2 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1367 | 1382 | 16 |  |
| Identificativo Chirurgo 3 intervento secondario 10 | Identificativo del chirurgo 3 responsabile dell’intervento secondario | AN | 1383 | 1398 | 16 |  |
| Identificativo Anestesista intervento secondario 10 | Identificativo dell’anestesista dell’intervento secondario | AN | 1399 | 1414 | 16 |  |
| Check List Sala Operatoria intervento secondario 10 | Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria | AN | 1415 | 1415 | 1 | 0 = No  1 = Sì  9 = Non Applicabile |
| Lateralità 10 | Ove applicabile specifica se l’intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale | AN | 1416 | 1416 | 1 | 1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale |
| **Informazioni ricovero** | | | | | | |
| Rilevazione del dolore | Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero | AN | 1417 | 1417 | 1 | 0 = No  1 = Sì |
| Pressione arteriosa sistolica | Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica | AN | 1418 | 1420 | 3 |  |
| Creatinina serica | Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL)  Il valore è articolato in 4 cifre di cui:   * le prime 2 rappresentano la parte intera * le successive la parte decimale   Il numero è allineato a destra, valorizzando le posizioni non utilizzate con il carattere “**0**” (zero) | AN | 1421 | 1424 | 4 |  |
| Frazione di eiezione | Indica la frazione di eiezione pre-operatoria riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all’inizio dell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico o di intervento sulle valvole cardiache | AN | 1425 | 1426 | 2 |  |
| **Altre informazioni ricovero** | | | | | | |
| Medico prescrittore | Codice fiscale del medico che ha prescritto il ricovero | AN | 1427 | 1442 | 16 |  |
| Tipo prestazione libero professionale | Tipo prestazione libero professionale | AN | 1443 | 1443 | 1 | A, B, C |
| Tipo alta specialità | Può essere impostato ad 1 nel caso di ricovero con prestazioni di terapia intensiva neuro-riabilitativa in alta specialità | AN | 1444 | 1444 | 1 |  |
| Flag disabile adulto | Può essere impostato ad 1 nel caso di disabile adulto | AN | 1445 | 1445 | 1 |  |
| Flag farmaco oncologico | Può essere impostato ad 1 nel caso di regime ricovero=2 e sia stato somministrato un farmaco oncologico ad alto costo | AN | 1446 | 1446 | 1 |  |
| Numero progressivo CedAP | Numero progressivo del CedAP.  Il codice da utilizzare è articolato in 10 caratteri di cui:   * i primi quattro identificano l'anno del CedAP * gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell’Istituto di cura | AN | 1447 | 1456 | 10 |  |
| Numero accessi ospedalizzazione domiciliare | Indica il numero complessivo di giornate di accesso assistenza domiciliare in caso di attivazione ospedalizzazione domiciliare | AN | 1457 | 1458 | 2 |  |
| Data ultimo accesso ospedalizzazione domiciliare | Indica la data in cui è stato effettuato l’ultimo accesso di assistenza domiciliare in caso di attivazione ospedalizzazione domiciliare | DATA | 1459 | 1466 | 8 |  |
| Codice ASA | Da valorizzare nel caso in cui il paziente sia stato sottoposto a intervento chirurgico | AN | 1467 | 1467 | 1 | In caso di consulenza anestesiologica richiesta può assumere i valori: 1, 2, 3, 4 e 5; in caso di consulenza anestesiologica non richiesta assume valore 9. |
| Intervento non dilazionabile | Da avvalorare in caso di intervento chirurgico non dilazionabile e che non consente una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni anomalia | AN | 1468 | 1468 | 1 | Può assumere il valore “E” |
| **Endoprotesi** | | | | | | |
| Codice classificazione dispositivo medico 1 | Codice classificazione nazionale dispositivo medico | AN | 1469 | 1471 | 3 | Può assumere i valori I, IIa, IIb, III, IA, ND |
| Numero repertorio dispositivo medico 1 | Numero repertorio dispositivo medico | AN | 1472 | 1491 | 20 |  |
| Codice classificazione dispositivo medico 2 | Codice classificazione nazionale dispositivo medico | AN | 1492 | 1494 | 3 | Può assumere i valori I, IIa, IIb, III, IA, ND |
| Numero repertorio dispositivo medico 2 | Numero repertorio dispositivo medico | AN | 1495 | 1514 | 20 |  |
| Codice classificazione dispositivo medico 3 | Codice classificazione nazionale dispositivo medico | AN | 1515 | 1517 | 3 | Può assumere i valori I, IIa, IIb, III, IA, ND |
| Numero repertorio dispositivo medico 3 | Numero repertorio dispositivo medico | AN | 1518 | 1537 | 20 |  |
| Codice classificazione dispositivo medico 4 | Codice classificazione nazionale dispositivo medico | AN | 1538 | 1540 | 3 | Può assumere i valori I, IIa, IIb, III, IA, ND |
| Numero repertorio dispositivo medico 4 | Numero repertorio dispositivo medico | AN | 1541 | 1560 | 20 |  |
| Codice classificazione dispositivo medico 5 | Codice classificazione nazionale dispositivo medico | AN | 1561 | 1563 | 3 | Può assumere i valori I, IIa, IIb, III, IA, ND |
| Numero repertorio dispositivo medico 5 | Numero repertorio dispositivo medico | AN | 1564 | 1583 | 20 |  |
| **Altre informazioni** | | | | | | |
| Codice DRG | Codice del DRG | AN | 1584 | 1586 | 3 |  |
| Valore SDO | Importo della SDO.  Il valore è articolato in 15 cifre di cui:   * le prime 13 rappresentano la parte intera * le successive la parte decimale   Il numero è allineato a destra, valorizzando le posizioni non utilizzate con il carattere “**0**” (zero) | AN | 1587 | 1601 | 15 |  |
| Flag tampone | Indica l’eventuale esecuzione del tampone | AN | 1602 | 1602 | 1 | In caso di esecuzione del tampone deve essere impostato a 1. |
| Protocollo del referto | Numero di protocollo del referto | AN | 1603 | 1852 | 250 |  |
| Flag  Radiologia  Interventistica | Indica se il ricovero è stato prodotto dalla Radiologia Interventistica che è una disciplina trasversale a più unità operative ed è indipendente dall’unità operativa di dimissione. | AN | 1853 | 1853 | 1 | É impostato ad 1 nel caso in cui il ricovero è stato prodotto dalla radiologia interventistica. |

Specifiche dell’export SDO per Azienda Sanitaria in formato ASCII – Informazioni Riabilitazione

| ***Campo*** | ***Descrizione*** | ***Tipo*** | ***Posizione*** | | ***Lunghezza*** | ***Valori ammessi*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***da*** | ***a*** |
| **Identificativo SDO** | | | | | | |
| Codice Istituto di Cura | Indica l’istituto di cura pubblico o privato | AN | 1 | 8 | 8 | Le modalità di valorizzazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati |
| Numero progressivo della scheda SDO | Numero identificativo della cartella clinica  Il codice è articolato in 8 caratteri di cui:   * i primi due identificano l'anno di ricovero * gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell’Istituto di cura | AN | 9 | 16 | 8 |  |
| **Informazioni riabilitazione** | | | | | | |
| Provenienza Paziente Riabilitazione | Indica la specifica modalità di provenienza del paziente prima del ricovero | AN | 17 | 17 | 1 | Valori ammessi da 1 a 8.  1: ACUTI  2: RIABILITAZIONE  3: LUNGODEGENZA  4: RESIDENZE SOCIO-ASSISTENZIALI  5: HOSPICE  6: STRUTTURE PSICHIATRICHE  7: STRUTTURE DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 L.833/78  8: ALTRO |
| Modalita Dimissione Riabilitazione | Indica la specifica modalità di dimissione del paziente | AN | 18 | 18 | 1 | Valori ammessi da 1 a 6.  1: SENZA PROSECUZIONE RIABILITAZIONE  2: CON ATTIVAZIONE DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE  3: CON ATTIVAZIONE DI RIABILITAZIONE DOMICILIARE  4: CON ATTIVAZIONE DI ALTRO REGIME DI RICOVERO (DH RIABILITATIVO)  5: SENZA RIABILITAZIONE DOMICILIARE  6: CON RIABILITAZIONE DOMICILIARE |
| Posizione Diagnosi Secondaria 1 | Indica se la diagnosi è di riabilitazione | AN | 19 | 19 | 1 | Valori ammessi:  E = Diagnosi eziologica principale determinante la sindrome funzionale  M = Marcatore di complessità clinico assistenziale presenti all’ammissione  C = Complicanze cliniche insorte o comorbilità pregresse riacutizzate durante il ricovero o marcatori di complessità “malattia specifici” o menomazioni-disabilità coesistenti |
| Posizione Diagnosi Secondaria 2 | Indica se la diagnosi è di riabilitazione | AN | 20 | 20 | 1 | Valori ammessi:  E = Diagnosi eziologica principale determinante la sindrome funzionale  M = Marcatore di complessità clinico assistenziale presenti all’ammissione  C = Complicanze cliniche insorte o comorbilità pregresse riacutizzate durante il ricovero o marcatori di complessità “malattia specifici” o menomazioni-disabilità coesistenti |
| Posizione Diagnosi Secondaria 3 | Indica se la diagnosi è di riabilitazione | AN | 21 | 21 | 1 | Valori ammessi:  E = Diagnosi eziologica principale determinante la sindrome funzionale  M = Marcatore di complessità clinico assistenziale presenti all’ammissione  C = Complicanze cliniche insorte o comorbilità pregresse riacutizzate durante il ricovero o marcatori di complessità “malattia specifici” o menomazioni-disabilità coesistenti |
| Posizione Diagnosi Secondaria 4 | Indica se la diagnosi è di riabilitazione | AN | 22 | 22 | 1 | Valori ammessi:  E = Diagnosi eziologica principale determinante la sindrome funzionale  M = Marcatore di complessità clinico assistenziale presenti all’ammissione  C = Complicanze cliniche insorte o comorbilità pregresse riacutizzate durante il ricovero o marcatori di complessità “malattia specifici” o menomazioni-disabilità coesistenti |
| Posizione Diagnosi Secondaria 5 | Indica se la diagnosi è di riabilitazione | AN | 23 | 23 | 1 | Valori ammessi:  E = Diagnosi eziologica principale determinante la sindrome funzionale  M = Marcatore di complessità clinico assistenziale presenti all’ammissione  C = Complicanze cliniche insorte o comorbilità pregresse riacutizzate durante il ricovero o marcatori di complessità “malattia specifici” o menomazioni-disabilità coesistenti |
| Codice RANKIN | Scala di Rankin Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione dall’ UO di ammissione in caso di trasferimenti interni tra reparti di riabilitazione | AN | 24 | 24 | 1 | Valori ammessi da 0 a 5.  0: NESSUNA SINTOMATOLOGIA  1: NESSUNA DISABILITA' SIGNIFICATIVA MALGRADO I SINTOMI  2: DISABILITA' LIEVE  3: DISABILITA' MODERATA  4: DISABILITA' MODERATAMENTE GRAVE  5: DISABILITA' GRAVE |
| Codice BI – I | Indice di Barthel Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione dall’ UO di ammissione in caso di trasferimenti interni tra reparti di riabilitazione | AN | 25 | 27 | 3 | Valori ammessi da 0 a 100. |
| Codice BI – U | Indice di Barthel Valore acquisito alla dimissione dal reparto di riabilitazione dall’ UO di dimissione in caso di trasferimenti interni tra reparti di riabilitazione | AN | 28 | 30 | 3 | Valori ammessi da 0 a 100. |
| Codice BID – E | Scala Barthel – Dispnea - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | AN | 31 | 33 | 3 | Valori ammessi da 0 a 100. |
| Codice BID – U | Scala Barthel – Dispnea - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | AN | 34 | 36 | 3 | Valori ammessi da 0 a 100. |
| Codice SIXMWT – E | Test del cammino dei 6 minuti - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | AN | 37 | 39 | 3 | Valori ammessi da 0 a 999 |
| Codice SIXMWT – U | Test del cammino dei 6 minuti - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | AN | 40 | 42 | 3 | Valori ammessi da 0 a 999 |
| Codice GCS – E | Glasgow Coma Scale - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | AN | 43 | 44 | 2 | Valori ammessi da 3 a 15 |
| Codice GCS – U | Glasgow Coma Scale - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | AN | 45 | 46 | 2 | Valori ammessi da 3 a 15 |
| Codice GOSE – E | Glasgow Coma Scale Extended - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | AN | 47 | 47 | 1 | Valori ammessi da 1 a 8 |
| Codice GOSE – U | Glasgow Coma Scale Extended - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | AN | 48 | 48 | 1 | Valori ammessi da 1 a 8 |
| Codice LCF – E | Scala Level of cognitive functioning – Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | AN | 49 | 49 | 1 | Valori ammessi da 1 a 8  1: NESSUNA REAZIONE  2: REAZIONE GENERALIZZATA  3: REAZIONE LIMITATA/LOCALIZZATA  4: CONFUSO E AGITATO  5: CONFUSO E INAPPROPRIATO  6: CONFUSO E APPROPRIATO  7: AUTOMATICO E APPROPRIATO  8: CONSAPEVOLE E APPROPRIATO |
| Codice LCF – U | Scala Level of cognitive functioning – Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | AN | 50 | 50 | 1 | Valori ammessi da 1 a 8  1: NESSUNA REAZIONE  2: REAZIONE GENERALIZZATA  3: REAZIONE LIMITATA/LOCALIZZATA  4: CONFUSO E AGITATO  5: CONFUSO E INAPPROPRIATO  6: CONFUSO E APPROPRIATO  7: AUTOMATICO E APPROPRIATO  8: CONSAPEVOLE E APPROPRIATO |
| Codice ASIA – E | American Spinal Injury Association - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | AN | 51 | 54 | 4 | Per il pattern fare riferimento al file xsd |
| Codice ASIA – U | American Spinal Injury Association - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione | AN | 55 | 58 | 4 | Per il pattern fare riferimento al file xsd |
| Codice SCIM – E | Spinal Cord Independence Measure - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione | AN | 59 | 61 | 3 | Valori ammessi da 0 a 100 |
| Codice SCIM – U | Spinal Cord Independence Measure - Valore acquisito all’uscita in reparto di riabilitazione | AN | 62 | 64 | 3 | Valori ammessi da 0 a 100 |
| Codice RCS – E | Rehabilitation Complexity Scale - Valore acquisito all’ingresso in reparto di riabilitazione dall’ UO di ammissione in caso di trasferimenti interni tra reparti di riabilitazione | AN | 65 | 66 | 2 | Valori ammessi da 0 a 26 |
| Codice RCS – U | Rehabilitation Complexity Scale - Valore acquisito all’uscita dal reparto di riabilitazione dall’ UO di ammissione in caso di trasferimenti interni tra reparti di riabilitazione | AN | 67 | 68 | 2 | Valori ammessi da 0 a 26 |

## Export dei dati relativi alle SDO da trasmettere al Ministero

Questo flusso contiene i dati, rilevati attraverso la scheda di dimissione ospedaliera, che devono essere trasmessi dalle regioni e dalle province autonome al Ministero della Sanità. Le modalità di trasmissione dei dati sono conformi alle specifiche previste dal Ministero.

L’export di tale file è effettuato dalla funzione *Esportare SDO Ministero.*

# Allegati

## Tipo Trasmissione: modalità di valorizzazione

Nel flusso di upload, il campo deve essere valorizzato come segue:

* utilizzato il codice “I” per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione (upload). Il record non deve essere già presente nella base dati.
* utilizzato il codice “V” per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione (upload). Il record deve essere già presente nella base dati.
* utilizzato il codice “C” per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione (upload). Il record deve essere già presente nella base dati.

Inoltre:

1. per lo stesso identificativo SDO deve essere impostato un uguale valore del campo “Tipo trasmissione” sia nel Tracciato A che nel Tracciato B e nel tracciato C.
2. il valore “C” può essere utilizzato solo per SDO che sono nello stato di “non validato” e che non sono già state inviate al Ministero.
3. il valore “V” può essere utilizzato solo per SDO che sono nello stato di “non validato”.

Nel flusso di dati relativi alle SDO per Azienda Sanitaria, sarà impostato il valore fisso “I”

Il campo chiave “Identificativo SDO” considerato per inserimenti/variazioni/cancellazioni dei dati trasmessi è dato da: Codice istituto di cura + Numero progressivo della scheda SDO.

## Codice Istituto di cura: modalità di valorizzazione

Il campo, che identifica l’Istituto di cura dal quale è dimesso il paziente, deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis. (codici di cui al D.M. 23/12/1996 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996, detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se l’istituto di cura si compone di un’unica sede, per gli ultimi due caratteri utilizzare il codice “00”.

## Codice identificativo del paziente: modalità di valorizzazione

Il campo deve essere valorizzato come segue:

* per i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice fiscale, a 16 caratteri (legge 412/91);
* per i cittadini europei in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) riportare il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri, riportato sulla TEAM;
* per i cittadini Europei non in possesso della TEAM e non iscrivibili al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice ENI (Europeo non iscritto) a 16 caratteri (Circolare Ministero della Salute 19 febbraio 2008);
* per gli stranieri non in regola con le norme relative all’ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi D.P.R. 31.8.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000, n.5);
* per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere compilato con il carattere “X” ripetuto 20 volte;

## Codice Unità operativa: modalità di valorizzazione

Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP.13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).

Il codice a 12 caratteri è così composto:

* i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma,
* i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale,
* i successivi due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis; se l’istituto di cura si compone di un’unica sede, utilizzare il codice “00”;
* gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo:
  + Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12)
    - i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera;
    - gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.
  + Per le case di cura private (modello HSP13)
    - i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera;
    - gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.

## Tracciati XML-XSD

Di seguito, insieme allo schema XML è fornito il relativo schema XSD per l’informazione anagrafica, per l’informazione ricovero e per l’informazione riabilitazione.

Tracciato Informazioni Anagrafiche XML (Esempio)

Cfr. allegato XML-Esempio Anagrafica.xml

Tracciato Informazioni Anagrafiche XSD

Cfr. allegato XSD-Informazione Anagrafica.xsd

Tracciato Informazioni Ricovero XML (Esempio)

Cfr. allegato XML-Esempio Ricovero.xml

Tracciato Informazioni Ricovero XSD

Cfr. allegato XSD-Informazione Ricovero.xsd

Tracciato Informazioni Riabilitazione XML (Esempio)

Cfr. allegato XML-Esempio Riabilitazione.xml

Tracciato Informazioni Riabilitazione XSD

Cfr. allegato XSD-Informazione Riabilitazione.xsd

1. [↑](#footnote-ref-1)