

So.Re.Sa. S.p.A.

*(Società Regionale per la Sanità
Regione Campania)*

Rif. Consip ID SIGEF 1607

Regione Campania

Titolo Documento: Specifiche funzionali tracciato SDO

Versione: 1.3

Data: 16/01/2024

<i>Enterprise Services Italia S.r.l. (DXC Technology)</i>
<i>KPMG Advisory S.p.A.</i>
<i>Exprivia S.p.A.</i>
<i>Dedagroup Public Services S.r.l.</i>
<i>Dedagroup S.p.A.</i>
<i>Data Management PA S.p.A.</i>

Tabella Storia del documento

Versione	Data	Stato	Revisore
1.0	20/03/2023	Bozza	Exprivia
1.1	05/07/2023	Definitiva	So.Re.Sa.
1.2	18/07/2023	Definitiva	So.Re.Sa.
1.3	16/01/2024	Definitiva	So.Re.Sa.

Modifiche previste

Le modifiche potranno avvenire a seguito di revisioni o intese con Regione Campania

Sommario

Introduzione.....	6
0. Scopo e Campo di Applicazione.....	6
1. Riferimenti	6
2. Flussi informativi di input al sistema.....	9
2.1 Acquisizione dei dati relativi alle SDO.....	9
2.1.1 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO A – Informazioni Anagrafiche	9
2.1.2 TRACCIATO A – Informazioni Anagrafiche – Definizione dei campi	10
2.1.3 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO B – Informazioni Ricovero	27
2.1.4 Tracciato B – Informazioni Ricovero – Definizione dei Campi.....	29
2.1.5 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO C – Informazioni Riabilitazione.....	61
2.1.6 Tracciato C – Informazioni di Riabilitazione– Definizione dei Campi	62
3. Allegati.....	75
3.1 Tipo Trasmissione: modalità di valorizzazione	75
3.2 Codice Istituto di cura: modalità di valorizzazione.....	76
3.3 Codice identificativo del paziente: modalità di valorizzazione	77
3.4 Codice Unità operativa: modalità di valorizzazione	77
3.5 Tracciati XML-XSD	78
3.6 Regole per la lettura posizionale delle diagnosi di dimissione	79

Acronimi

<i>SDO</i>	<i>Scheda di Dimissione Ospedaliera</i>
<i>DRG</i>	<i>Diagnosis Related Group</i>
<i>LEA</i>	<i>Livelli Essenziali Assistenza</i>
<i>STP</i>	<i>Straniero Temporaneamente Presente</i>
<i>ICD IX CM</i>	<i>International Classificazione Disease IX Clinical Modification</i>
<i>DRG-CMS</i>	<i>Diagnosis Related Group CMS</i>
<i>DRG-LEA</i>	<i>Diagnosis Related Group ad alto rischio di inappropriatelyzza</i>
<i>ENI</i>	<i>Europei Non Iscrivibili</i>
<i>SISR</i>	<i>Sistema Informativo Sanitario Regionale</i>
<i>OBI</i>	<p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
<i>Istituto di ricovero</i>	<p><i>Istituto di ricovero e cura pubblico e privato:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>presidio ospedaliero di ASL</i> - <i>azienda ospedaliera</i> - <i>istituto ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)</i> - <i>casa di cura privata</i> - <i>istituto di ricovero e cura ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti</i> - <i>ospedale militare</i> - <i>altre istituzioni sanitarie pubbliche e private di cui agli artt. 26,36,39,40 L. 833/78.</i>
<i>Ricovero programmato</i>	<i>Ricovero day-hospital e ordinario programmato non urgente e programmato con pre-ospedalizzazione</i>
<i>Ricovero urgente</i>	<i>Ricovero ordinario urgente e ricovero ordinario TSO</i>

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 Sinfonia;
- 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.

0. Scopo e Campo di Applicazione

Il presente documento è destinato a progettisti e sviluppatori dei sistemi informativi che devono integrarsi con il sistema Sinfonia 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 dai documenti normativi nazionali o regionali.

1. Riferimenti

- **Decreto del Ministro della Sanità del 28 dicembre 1991:** Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera
- **Linee Guida del Ministero della Sanità del 17 giugno 1992:** La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex DM 28.12.1991
- **Decreto del Ministro della Sanità del 26 luglio 1993:** Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati
- **Decreto del Ministro della Sanità del 15 aprile 1993:** Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera
- **Decreto del Ministro della Sanità del 14 dicembre 1994:** Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera
- **Circolare del Ministero della Sanità n. 900.2/2.7/117 del 14/3/1996:** Registro operatorio.
- **Decreto del Ministro della Sanità del 30 giugno 1997:** Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al DM 14 dicembre 1994
- **Ministero della Sanità – GU 29 giugno 1995 - Linee di guida n. 1/95 -** applicazione del DM 14 dicembre 1994 relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”
- **Decreto del Ministro della Sanità n. 380 del 27 ottobre 2000:** Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001:** Definizione dei livelli essenziali di assistenza
- **Circolare del Ministero della Salute n. 34703 del 23 ottobre 2008:** Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)
- **Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 18 dicembre 2008:** Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche

contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere

- **Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009:** Controlli sulle cartelle cliniche
- **Legge n. 38 del 15 marzo 2010:** Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore
- **Accordo Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome del 29 aprile 2010:** Aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera
- **Decreto del Ministero della Salute n. 135 del 8 luglio 2010:** Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380
- **Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012:** Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale
- **Intesa conferenza Stato Regioni n. 259 del 20/12/2012:** "Disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITamento"
- **Decreto del Ministro della Salute n. 261 del 07 dicembre 2016:** "Regolamento recante modifiche del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni concernente la scheda di dimissione ospedaliera"
- **Specifiche funzionali SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera Versione 1.6 - 22 febbraio 2017 2016**
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017:** Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- **Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 835 del 23 febbraio 2001:** Aggiornamento delle norme concernenti la disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati della Regione Campania
- **Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 1154 del 16 marzo 2001:** Gestione del flusso informativo delle SDO
- **Circolare dell'Assessore alla Sanità n. 7541 del 27 giugno 2001:** Nuova disciplina del flusso informativo sui dimessi SDO - Ulteriori specifiche tecniche
- **Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 6490 del 30 novembre 2001:** Direttive concernenti l'attività di assistenza ospedaliera in regime di day surgery
- **Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 6472 del 3 dicembre 2002:** Aggiornamento del disciplinare tecnico per la gestione delle informazioni rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera
- **Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 114 del 17 gennaio 2003:** Modifiche alla Delibera di Giunta regionale 6490/2001 "Direttive concernenti le attività di assistenza ospedaliera in regime di day surgery
- **Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 547 del 30 marzo 2007:** Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri - Adeguamento delle soglie massime di ricovero ai sensi dell'allegato 2C del DPCM 20.11.2001 - Livelli Essenziali di Assistenza - Istituzione del modello organizzativo del Day Service

- **Decreto del Commissario ad Acta n. 58 del 30 settembre 2010:** Definizione soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna
- **Decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 17 gennaio 2011:** Adozione linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione delle SDO
- **Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 271 del 12 giugno 2012:** Piano regionale per il governo delle liste di attesa
- **Decreto del Commissario ad Acta n. 32 del 27 marzo 2013:** Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 in materia di criteri e tariffe dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica ambulatoriale – Determinazioni
- **Decreto del Commissario ad Acta n. 17 del 20 marzo 2014:** Definizione Linee guida per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricovero. Revoca del decreto del commissario ad acta n. 58 del 30.09.2010
- **Decreto del Commissario ad Acta n. 89 del 08 agosto 2016:** Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati – Determinazioni.
- **Decreto Dirigenziale della Direzione Generale Tutela salute e coord.to del Sistema Sanitario Regionale n. 83 del 28/04/2017:** Nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera della Regione Campania
- **Parere, ai sensi dell'articolo 2, comma 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sullo schema di decreto relativo a "Regolamento recante integrazioni al decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la Scheda di Dimissione Ospedaliera"**

2. Flussi informativi di input al sistema

2.1 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 Acquisire Flusso Informativo - SDO *del GAF di Sinfonia*.

Le strutture ospedaliere della Regione inviano i dati della SDO, mediante tre 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 ricoveri di riabilitazione.

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

In particolare, il tracciato C verrà attivato solo a partire dal 01/07/2023 pertanto sarà possibile conferirlo in GAF Sinfonia solo a partire da tale data.

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.

2.1.1 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 (<i>Campo tecnico</i>)	Tipo
	Informazioni Anagrafiche	Codice istituto di cura
		Numero progressivo della scheda SDO

Tracciato	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
		Numero progressivo scheda SDO della puerpera
		Sesso
		Data di nascita
		Livello di istruzione
		Stato civile
		Comune di residenza
		Comune di domicilio del paziente straniero
		Regione di iscrizione del paziente straniero
		ASL di iscrizione del paziente straniero
		Quartiere
		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

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

2.1.2 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	OBB: sempre obbligatorio
AN: campo alfanumerico	FAC: sempre facoltativo
N: campo numerico	NBB: obbligatorio se si verificano le condizioni indicate
D: campo data (YYYY-MM-DD)	

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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Numero progressivo della scheda SDO	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica	N	OBB	<p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Formato: NNNNNNNN</p> <p>Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i primi due identificano l'anno di ricovero; • gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura <p>La numerazione progressiva è unica, indipendentemente e dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.</p>	8

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
A – Informazioni anagrafiche (segue)	Numero progressivo o scheda SDO della puerpera	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica della scheda SDO della madre relativa al parto.	N	NBB <i>(Obbligatorio solo nel caso si tratti della SDO di un neonato relativa all'evento della sua nascita ovvero Provenienza del paziente="01")</i>	Formato: NNNNNNNN Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: <ul style="list-style-type: none"> • i primi due identificano l'anno di ricovero; gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura. <i>Questo campo deve essere compilato con valore "99999999" nel caso in cui la madre richieda l'anonimato o il neonato venga dato in adozione.)</i>	8
	Sesso	Sesso del paziente	N	OBB	Formato: N Valori ammessi: 1 = maschio 2 = femmina	1

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	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. <ul style="list-style-type: none"> 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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
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. Per i senza fissa dimora e gli apolidi il campo va codificato con 999999.	6

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Comune di domicilio del paziente straniero	Comune di domicilio del paziente straniero al momento del ricovero	AN	NBB <i>(Obbligatorio in caso di stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN)</i>	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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Regione di iscrizione del paziente straniero	La regione cui appartiene il comune di domicilio del paziente straniero al momento del ricovero	N	NBB <i>(Obbligatorio in caso di stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN)</i>	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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	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 <i>(Obbligatorio in caso di stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN)</i>	<p>Formato NNN</p> <p>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.</p> <p>Per gli stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice della ASL di iscrizione al SSN.</p>	3
	Quartiere	Il campo QUARTIERE contiene i codici dei quartieri della città di Napoli.	AN	NBB <i>(Obbligatorio per i pazienti residenti a Napoli, (codice Comune residenza 063049))</i>	<p>Per i pazienti non residenti a Napoli il campo QUARTIERE non deve essere compilato.</p> <p>Nel caso sia impossibile rilevare il quartiere di residenza di pazienti della città di Napoli, usare il valore "00", che ha significato di non rilevato.</p>	2

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	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: <ul style="list-style-type: none"> • 100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana; il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dall'ISTAT, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera o sia apolide.	3
A – Informazioni anagrafiche (segue)	Codice identificativo del paziente	Codice identificativo del paziente al momento del ricovero 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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	ASL di Residenza	ASL che comprende il comune, o la frazione di comune in cui risiede l'assistito al momento del ricovero	N	NBB	<p>Formato NNN</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Non compilare questa variabile in caso di residenti all'estero non iscritti al SSN, e di stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno.</p>	3
	Cognome assistito		AN	OBB	Riportare la dicitura "ANONIMO" in caso di assistito che richiede l'anonimato	80

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Nome assistito		AN	OBB	Riportare la dicitura "ANONIMO" in caso di assistito che richiede l'anonomato	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	<p>Formato: NNNNNN</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	6
	Numero identificazione istituzione TEAM	Numero di identificazione dell'istituzione	AN	FAC	<p>Campo 7 della Tessera TEAM</p> <p>Da compilare in caso di cittadini residenti in uno stato estero.</p>	10

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	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

2.1.3 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 (<i>Campo tecnico</i>)	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	Num. Trasferimento
		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
		Numero di giornate di presenza in ricovero diurno
		Peso alla nascita

Tracciato	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
	Accessi in DH	Data accesso in DH
	Diagnosi principale	Diagnosi principale di dimissione
		Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero
		Lateralità
		Stadiazione condensata
	Diagnosi secondarie	Num. Diagnosi secondarie
		Diagnosi secondarie di dimissione
		Diagnosi secondarie presenti al ricovero
		Lateralità
		Stadiazione condensata
	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
		Flag Robot
	Interventi secondario	Num. intervento 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
		Flag Robot
	Informazioni Ricovero	Rilevazione del dolore
		Pressione arteriosa sistolica
		Creatinina serica
		Frazione eiezione
Altre Informazioni Ricovero	Espianto	
	Età gestazionale	
	DRG	

Tracciato	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
		Tariffa - Valore importo fatturato
		Numero della fattura
		Data della fattura

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

2.1.4 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		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: <ul style="list-style-type: none"> • i primi due identificano l'anno di ricovero; • gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura 	8

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
					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.	
Informazioni Ricovero	Regime di Ricovero	Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario", "ricovero diurno"	N	OBB	<p>Formato: N</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>1 = Ricovero ordinario</p> <p>2 = Ricovero diurno</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	AN	NBB <i>(obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2 o se Regime di</i>	<p>Formato: AAAA-MM-GG</p> <p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri</p>	10

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
		<p>pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa.</p> <p>Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.</p>		<p><i>Ricovero = 1 e Tipo Ricovero = 1 o Tipo Ricovero = 4)</i></p>	<p>previsti.</p> <p>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)</p> <p>La data di prenotazione deve essere precedente o coincidente con la data di ricovero.</p> <p>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.</p> <p>La data di prenotazione non si compila per tipo ricovero "5" – parto non urgente.</p>	
Informazioni Ricovero	Classe di priorità	<p>di Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nell'Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002</p>	AN	<p>NBB (obbligatorio se valorizzata Data di Prenotazione)</p>	<p>Formato: N</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>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.</p> <p>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</p>	1

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
					<p>diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>La classe di priorità non si compila per tipo ricovero "5" – parto non urgente.</p>	
Informazioni Ricovero	Data di Ricovero	Data di ricovero nell'istituto di cura	AN	OBB	<p>Formato: AAAA-MM-GG</p> <p>Coincide con la data in cui il paziente viene accettato nel reparto di ammissione.</p> <p>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</p> <p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti</p> <p>In caso di ricovero diurno (codice 2 per la variabile "Regime di ricovero"), va indicata la data del primo accesso.</p> <p>Per i ricoveri corrispondenti all'evento</p>	10

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
					nascita, la provenienza del paziente deve essere valorizzata a "01"	
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 (<i>obbligatoria se valorizzato Regime di Ricovero = 1</i>)	<p>Formato: OO:MM</p> <p>Da compilare solo per i ricoveri ordinari.</p> <p>Si intende l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente.</p> <p>In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire l'ora di accesso alla sala operatoria.</p> <p>Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita, l'ora di ricovero coincide con l'ora di nascita.</p>	5

<p>Informazioni Ricovero</p>	<p>Unità operativa di ammissione</p>	<p>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.</p>	<p>N</p>	<p>OBB</p>	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNN</p> <p>Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati.</p> <p>Il reparto deve essere attivo alla data di ricovero.</p>	<p>12</p>
-------------------------------------	--------------------------------------	--	----------	------------	---	-----------

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni Ricovero	Tipo di ricovero	<p>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.</p>	N	<p>NBB <i>(obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e Provenienza del Paziente <> "01")</i></p>	<p>FORMATO = N</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>1 = ricovero programmato, non urgente;</p> <p>2 = ricovero urgente;</p> <p>3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);</p> <p>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.</p> <p>5 = parto non urgente</p> <p>Questa variabile non si compila per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita ovvero Provenienza paziente = "01"</p> <p>In caso di trasferimento da altro istituto, il ricovero si intende programmato.</p> <p>Attribuire il valore "2" anche ai parti urgenti e ai pazienti provenienti da OBI.</p>	1

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
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 <i>(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)</i>	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 <i>(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)</i>	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)	Num Trasferimenti	La variabile descrive il percorso che il paziente ha seguito durante un singolo ricovero.	N	FAC	Numero di trasferimento	2

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
trasferimenti, sia interni che esterni allo stabilimento ospedaliero dello stesso istituto di ricovero, relativamente ad un singolo ricovero)	Data Trasferimento	Si ha un trasferimento quando il paziente viene trasferito da un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto al posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto/ struttura diversi. (senza chiusura della SDO)	AN	NBB <i>(obbligatoria se valorizzata Ora Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e Regime di Ricovero=1)</i>	<p>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.</p> <p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG</p> <p>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</p>	10
	Ora Trasferimento				<p>Formato: OO:MM</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
					sia successiva all'Ora del Trasferimento precedente	
	Unità Operativa Trasferimento		N	NBB (obbligatoria se valorizzato Data Trasferimento o Ora Trasferimento e Regime di Ricovero=1).	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNN</p> <p>Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati.</p> <p>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.</p> <p>Per le sole attività di emodinamica e radiologia interventistica, è ammessa la compilazione del campo da parte di strutture senza posti letto, rispettivamente con codice '0899' per la emodinamica e '6999' per la radiologia interventistica.</p>	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	N	OBB	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNN</p> <p>Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo relativo agli Allegati.</p>	12

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
		l'unità operativa di ammissione o con quella relativa all'ultimo trasferimento interno.				
Dimissione	Data di dimissione o morte	Indica la data di dimissione o di decesso del paziente	AN	OBB	<p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG</p> <p>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.</p>	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 <i>(obbligatoria se valorizzato Regime di Ricovero = 1)</i>	<p>Formato: OO:MM</p> <p>Inserire l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora di morte.</p>	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	AN	OBB	<p>FORMATO: NN</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto;</p> <p>02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente;</p> <p>03 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze</p>	2

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
		altre strutture.			<p>socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)</p> <p>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";</p> <p>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);</p> <p>06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti;</p> <p>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;</p> <p>08 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione.</p> <p>09 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI</p>	
Informazioni ricovero	Riscontro autoptico	Individua i pazienti deceduti durante il ricovero per i quali è stata effettuata l'autopsia.	N	NBB <i>(obbligatorio se valorizzato Modalità di Dimissione = "01")</i>	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = autopsia eseguita 2 = autopsia non eseguita Deve essere compilato se	1

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
					e solo se modalità di dimissione = '01"	
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 <i>(obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2)</i>	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
	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno	Indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto accessi presso l'istituto di cura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale in regime diurno	N	NBB <i>(obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2)</i>	FORMATO: NNN Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre l'anno di inizio del ciclo assistenziale, riportare il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha accessi presso l'istituto di cura fino al 31 dicembre. Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 della variabile "regime di ricovero")	3

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	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 <i>(obbligatorio se provenienza del paziente = "01")</i>	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 ricovero diurno	Indica la data specifica in cui il paziente ha avuto accesso presso l'istituto di cura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale in regime diurno	AN	NBB <i>(obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2)</i>	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"). Le date di accesso devono essere coerenti con il "Numero di giornate di presenza in ricovero diurno"	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	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	3/5

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
		bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche.			<p>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.</p> <p>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).</p>	
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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
					1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	
	Stadiazione condensata	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)	N	NBB <i>(obbligatorio in presenza di diagnosi di dimissione principale identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)</i>	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto	1
Diagnosi Secondarie	Num Diagnosi secondarie	Numero diagnosi	N	FAC	Numero diagnosi secondaria	1
NB: (Possono essere inserite da 1 a 5 diagnosi secondarie)	Diagnosi secondarie di dimissione	Le diagnosi secondarie di dimissione sono quelle condizioni, diverse dalla diagnosi principale, che coesistono al	AN	FAC	FORMATO: ANN(NN) La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es.	3/5

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
		<p>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.</p>			<p>99630 e non 9963</p> <p>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).</p>	
<p>Diagnosi Secondarie</p> <p>NB: (Possono essere inserite da 1 a 5 diagnosi secondarie)</p>	<p>Diagnosi secondarie presenti al ricovero</p>	<p>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</p>	<p>N</p>	<p>NBB</p> <p><i>(obbligatorio per ogni campo di diagnosi secondaria di dimissione compilata)</i></p>	<p>FORMATO: N</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>0 = No</p> <p>1 = Sì</p>	<p>1</p>

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
		all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.				
	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 <i>(obbligatorio in presenza di diagnosi di dimissione secondaria identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)</i>	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto	1
Intervento Principale	Intervento Principale	L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero	AN	FAC	FORMATO: NNN(N) La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il	3/4

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
		<p>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.)</p>			<p>codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 5591 e non 559</p> <p>L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero individuata secondo i seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>L'intervento principale deve essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione</p>	

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
					clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).	
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 <i>(obbligatorio se valorizzato Intervento Principale)</i>	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 <i>(obbligatorio se valorizzato Intervento Principale)</i>	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 (così come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2 / 2.7 117 del 14/3/1996).	AN	NBB <i>(obbligatorio se valorizzato Intervento Principale)</i>	FORMATO: OO:MM Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l'ora di inizio della procedura riportata nel campo "Intervento principale". 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	Individua il chirurgo responsabile dell'intervento principale.	AN	NBB <i>(obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione</i>	Codice fiscale Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione	16

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio)			4 AHRQ)	AHRQ. Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio.	
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 Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012	N	NBB <i>(obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ)</i>	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

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	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
Intervento Principale	Flag robot	Indica l'eventuale utilizzo del robot nel corso dell'intervento chirurgico	N	FAC <i>(obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione 3 e 4 AHRQ)</i>	FORMATO: N Può essere impostato ad 1 nel caso di utilizzo del robot nel corso di un intervento chirurgico.	1
	Num intervento secondario	Numero intervento secondario	N	FAC	Numero intervento secondario	2
Interventi Secondari	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	3/4
	NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)					

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
					correntemente in uso).	
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 può essere anteriore alla data di ricovero	10
Interventi Secondari NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto	Ora inizio intervento secondario	Indica l'ora di inizio dell'intervento secondario, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione (così come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2 /	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	5

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
all'intervento principale)		2.7 117 del 14/3/1996).			procedure diagnostiche o terapeutiche compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.	
	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 <i>classificazione 4 AHRQ</i>)	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	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	N	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato di	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)		operatoria, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012		<i>classificazione 4 AHRQ)</i>	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	
	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
Interventi Secondari	Flag robot	Indica l'eventuale utilizzo del robot nel corso dell'intervento chirurgico	N	FAC <i>(obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione 3 e 4 AHRQ)</i>	FORMATO: N Può essere impostato ad 1 nel caso di utilizzo del robot nel corso di un intervento chirurgico.	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	N	NBB <i>(obbligatorio se presente diagnosi -</i>	FORMATO: NNN Riportare il primo valore di pressione arteriosa	3

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
		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)		<i>principale o secondaria - valorizzata con codice ICD9-CM 410.xx).</i>	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.	
Informazioni Ricovero	Creatinina serica	Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL)	N	NBB <i>(obbligatorio se valgono le condizioni specificate nelle informazioni di dominio)</i>	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	1/5

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
					<p>momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento;</p> <p>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;</p> <p>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</p>	

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
					dell'intervento.	
	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 bypass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x).	N	NBB <i>(obbligatorio se rilevato intervento principale o secondario – valorizzato con codice ICD9-CM 36.1x o 35.1x-35.2x).</i>	FORMATO: NN Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.	2
Altre Informazioni Ricovero	Espianto	Individua i casi in cui in pazienti deceduti sia stato effettuato espianto di organo singolo o multiplo	N	NBB <i>(obbligatorio per assistiti deceduti).</i>	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1
	Età gestazionale	Numero delle settimane di gestazione compiute della madre.	N	NBB <i>(obbligatorio per le SDO di nascita).</i>	FORMATO: NN Il campo deve essere compilato nelle SDO di nascita. Valori ammessi: Numeri interi nell'intervallo (22,44)	2
	DRG	Codice del DRG attribuito a ciascun dimesso secondo la versione 24 CMS del Grouper	N	NBB <i>(obbligatorio per le SDO con disciplina del reparto di</i>	FORMATO: NNN La compilazione del campo non è obbligatoria per i dimessi dalle unità	3

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
		(configurata per i codici ICD-9-CM versione 2007).			operative di lungodegenza (codice di disciplina 60) e di lungodegenza neuropsichiatrica (codice di disciplina 99) delle case di cura temporaneamente accreditate che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera di neuropsichiatria. Valori ammessi: CMS 24	
	Tariffa	Tariffa in EURO, calcolata per ciascun dimesso secondo il tariffario regionale previsto con il DCA 32/ 2013	N	OBB	FORMATO: NNNNNN,NN Valore numerico composto da sei cifre intere e due decimali separati da virgola	9
	Numero della fattura	Indicare il numero della fattura come previsto dal DCA 89/2016.	N	FAC	FORMATO: AN Il campo deve avere lunghezza massima di 20 caratteri	20
	Data della fattura	Indicare la data della fattura come previsto dal DCA 89/2016.	N	FAC	Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG	10

2.1.5 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO C – Informazioni Riabilitazione

Il tracciato C comprende le informazioni relative ai ricoveri di riabilitazione.

Di seguito viene riportato il tracciato record.

Tracciato	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
C - Informazioni Riabilitazione	Trasmissione (<i>Campo tecnico</i>)	Tipo
	Informazioni Riabilitazione	Codice istituto di cura
		Numero progressivo della scheda SDO
		Provenienza paziente RIAB
		Modalità dimissione RIAB
		Posizione 1^a diagnosi secondaria
		Posizione 2^a diagnosi secondaria
		Posizione 3^a diagnosi secondaria
		RANKIN
		BI-I
		BI-U
		BID-E
		BID-U
		6MWT-E
		6MWT-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		

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

2.1.6 Tracciato C – Informazioni di 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		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Trasmissione	Tipo	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate	A	OBB	FORMATO: C Valori ammessi: I: Inserimento V: Variazione C: Cancellazione Va utilizzato il codice “T” per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice “V” per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice “C” per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.	1

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni di riabilitazione	Codice Istituto di Cura	Indica l'istituto di cura pubblico o privato	N	OBB	<p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Formato: NNNNNNNN</p> <p>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.11 bis. (codici di cui al D.M. 23/12/1996 e successive modifiche).</p> <p>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"</p>	8

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 di riabilitazione (segue)	Provenienza Paziente RIAB	Indica la specifica modalità di provenienza del paziente prima del ricovero	N	NBB	Formato N Valori ammessi Da 1 a 8 compresi 1,2,3 solo per le provenienze nel flusso ricoveri con valori 05,06,07,08 compresi 4,5,6,7,8 Solo per le provenienze nel flusso ricoveri con valore 10	1
	Modalità dimissione RIAB	Indica la specifica modalità di dimissione del paziente	N	NBB	Formato N Valori ammessi Da 1 a 6 compresi 1,2,3,4 solo per le modalità di dimissione nel flusso ricoveri con valore 02 5,6 solo per le modalità di dimissione nel flusso ricoveri con valore 09	1

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Posizione 1 ^a diagnosi secondaria	In riferimento ai criteri di codifica posizionale delle diagnosi: indica la posizione assegnata alla diagnosi secondaria trasmessa	A	NBB Informazione obbligatoria se valorizzata la 1 diagnosi secondaria	Formato A Valori ammessi: E: Diagnosi Eziologica M: Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all'ammissione C: Complicanza clinica insorta o comorbidità pregressa <u>NB: per la lettura posizionale delle diagnosi consultare l'allegato al paragrafo 3.6</u>	1
	Posizione 2 ^a diagnosi secondaria	In riferimento ai criteri di codifica posizionale delle diagnosi: indica la posizione assegnata alla diagnosi secondaria trasmessa	A	NBB Informazione obbligatoria se valorizzata la 2 diagnosi secondaria	Formato A Valori ammessi: M: Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all'ammissione C: Complicanza clinica insorta o comorbidità pregressa <u>NB: per la lettura posizionale delle diagnosi consultare l'allegato al paragrafo 3.6</u>	1
	Posizione 3 ^a diagnosi secondaria	In riferimento ai criteri di codifica posizionale delle diagnosi: indica la posizione assegnata alla diagnosi secondaria trasmessa	A	NBB Informazione obbligatoria se valorizzata la 3 diagnosi secondaria	Formato A Valori ammessi: M: Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all'ammissione C: Complicanza clinica insorta o comorbidità pregressa <u>NB: per la lettura posizionale delle diagnosi consultare l'allegato al paragrafo 3.6</u>	1

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni di riabilitazione (segue)	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	NBB	Formato N (numero intero) Valori ammessi: 0-5 inclusi gli estremi Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 ed età del paziente <u>≥ 18 anni</u> <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	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	NBB	Formato NNN (numero intero) Valori ammessi: 0-100 inclusi gli estremi Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 ed età del paziente <u>≥ 18 anni</u> <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	3

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	BI-U	<p>Indice di Barthel</p> <p>Valore acquisito alla dimissione dal reparto di riabilitazione</p> <p>dall' UO di dimissione in caso di trasferimenti interni tra reparti di riabilitazione</p>	N	NBB	<p>Formato NNN (numero intero)</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>0-100 inclusi gli estremi</p> <p>Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 ed età del paziente <u>≥ 18 anni</u></p> <p><u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u></p>	3
	BID-E	<p>Scala Barthel – Dispnea -</p> <p>Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione</p>	N	NBB	<p>Formato NNN (numero intero)</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>0-100 inclusi gli estremi</p> <p>Obbligatoria solo per disciplina 56 ed età del paziente <u>≥ 18 anni</u></p> <p><u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u></p>	3

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	BID-U	Scala Barthel – Dispnea - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione	N	NBB	Formato NNN (numero intero) Valori ammessi: 0-100 inclusi gli estremi Obbligatoria solo per disciplina 56 ed età del paziente ≥ 18 anni <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	3
	6MWT-E	Test del cammino dei 6 minuti - Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione	N	NBB	Formato NNN (numero intero) Valori ammessi: 0-999 inclusi gli estremi Obbligatoria solo per disciplina 56 ed età del paziente ≥ 18 anni <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	3

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni di riabilitazione (segue)	6MWT-U	Test del cammino dei 6 minuti - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione	N	NBB	Formato NNN (numero intero) Valori ammessi: 0-999 inclusi gli estremi Obbligatoria solo per disciplina 56 ed età del paziente <u>≥ 18 anni</u> <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	3
	GCS-E	Glasgow Coma Scale - Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione	N	NBB	Formato NN (numero intero) Valori ammessi: 3-15 inclusi gli estremi Obbligatoria solo per disciplina 75 ed età del paziente <u>≥ 18 anni</u> <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	2

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	GCS-U	Glasgow Coma Scale - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione	N	NBB	Formato NN (numero intero) Valori ammessi: 3-15 inclusi gli estremi Obbligatoria solo per disciplina 75 ed età del paziente <u>>= 18 anni</u> <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	2
	GOSE-E	Glasgow Coma Scale Extended - Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione	N	NBB	Formato N (numero intero) Valori ammessi: 1-8 inclusi gli estremi Obbligatoria solo per disciplina 75 ed età del paziente <u>>= 18 anni</u> <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	1

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	GOSE-U	Glasgow Coma Scale Extended - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione	N	NBB	Formato N (numero intero) Valori ammessi: 1-8 inclusi gli estremi Obbligatoria solo per disciplina 75 ed età del paziente <u>>= 18 anni</u> <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	1
	LCF-E	Scala Level of cognitive functioning – Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione	N	NBB	Formato N (numero intero) Valori ammessi: 1-8 inclusi gli estremi Obbligatoria solo per disciplina 75 ed età del paziente <u>>= 18 anni</u> <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	1

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni di riabilitazione (segue)	LCF-U	Scala Level of cognitive functioning – Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione	N	NBB	Formato N (numero intero) Valori ammessi: 1-8 inclusi gli estremi Obbligatoria solo per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	1
	ASIA-E	American Spinal Injury Association - Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione	AN	NBB	Formato: XNNX <u>Livello Neurologico:</u> Valori ammessi: alfabetici (C,T,L,S solo in prima posizione) numerici (01-12 nelle posizioni 2 e 3) <u>Livello Completezza/Incompletezza:</u> Valori ammessi: (A, B, C, D, E solo posizione 4) Obbligatoria solo per disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	4

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	ASIA-U	American Spinal Injury Association - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione	AN	NBB	<p>Formato: XNNX</p> <p><u>Livello Neurologico:</u></p> <p>Valori ammessi: alfabetici (C,T,L,S solo in prima posizione) numerici (01-12 nelle posizioni 2 e 3)</p> <p><u>Livello Completezza/Incompletezza:</u></p> <p>Valori ammessi: (A, B, C, D, E solo posizione 4)</p> <p>Obbligatoria solo per disciplina 28 ed età del paziente ≥ 18 anni</p> <p><u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u></p>	4
	SCIM-E	Spinal Cord Independence Measure - Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione	N	NBB	<p>Formato NNN (numero intero)</p> <p>Valori ammessi: 0-100 inclusi gli estremi</p> <p>Obbligatoria solo per disciplina 28 ed età del paziente ≥ 18 anni</p> <p><u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u></p>	3

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	SCIM-U	Spinal Cord Independence Measure - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione	N	NBB	Formato NNN (numero intero) Valori ammessi: 0-100 inclusi gli estremi Obbligatoria solo per disciplina 28 ed età del paziente <u>>= 18 anni</u> <u>NB: l'assenza o l'eventuale presenza di valori per utenti < 18 anni non produce alcuna anomalia</u>	3
Informazioni di riabilitazione (segue)	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	NBB	Formato NN (numero intero) Valori ammessi: 0-22 inclusi gli estremi Obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 e per tutte le fasce di età <u>NB: l'assenza di valori per TUTTI gli utenti PRODUCE anomalia di mancata compilazione della scala obbligatoria</u>	2

Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione		Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	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	NBB	Formato NN (numero intero) Valori ammessi: 0-22 inclusi gli estremi Obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 e per tutte le fasce di età <u>NB: l'assenza di valori per TUTTI gli utenti PRODUCE anomalia di mancata compilazione della scala obbligatoria</u>	2

3. Allegati

3.1 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, nel Tracciato B che 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 “T”

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.

3.2 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”.

3.3 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).

Il campo CF non è obbligatorio nei casi coperti da riservatezza ai sensi di legge, per i quali può essere indicata la dicitura ANONIMO sia nel Cognome che nel Nome.

Si riportano di seguito le prestazioni in riferimento alle quali è prevista la copertura da riservatezza

Tipologia patologia/ricovero	Campi interessati dalla verifica	Valore
HIV	Diagnosi principale o secondarie	'042' o V08
Dipendenza	Diagnosi principale o secondarie	303.xx o 304.xx
Parto	DRG	Da 370 a 375
Aborto	Diagnosi principale o secondarie	635x

3.4 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.

3.5 Tracciati XML-XSD

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

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

3.6 Regole per la lettura posizionale delle diagnosi di dimissione

Si riportano le regole per la lettura posizionale delle diagnosi di dimissione riportate nella SDO in base ai criteri individuati nelle “Linee Guida per la compilazione e la codifica della SDO in caso di ricoveri in reparti di riabilitazione (cod. 28, 56, 75)”.

Il codice di cardinalità che verrà utilizzato per trasmettere l’informazione sarà alfabetico (E, M, C) richiamante il significato della diagnosi:

- E: Diagnosi Eziologica
- M: Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all’ammissione
- C: Complicanza clinica insorta o comorbidità pregressa

Per la Diagnosi Principale (sempre presente in prima posizione) e per le eventuali diagnosi secondarie 4 e 5 (se presenti sono sempre complicanze cliniche insorte o comorbidità pregresse) non bisogna inserire nessun codice di cardinalità.

Tracciato B	Tracciato C	
Nome Campo	Nome Campo	Valori ammessi
Diagnosi principale di dimissione		
diagnosi secondaria di dimissione 1	Posizione 1 ^a diagnosi secondaria	E-M-C
diagnosi secondaria di dimissione 2	Posizione 2 ^a diagnosi secondaria	M-C
diagnosi secondaria di dimissione 3	Posizione 3 ^a diagnosi secondaria	M-C
diagnosi secondaria di dimissione 4		
diagnosi secondaria di dimissione 5		

Di seguito si riporta una tabella esplicativa con tutte le possibili combinazioni che si possono avere:

Numero Diagnosi secondarie compilate	una diagnosi secondaria compilata			due diagnosi secondarie compilate					tre diagnosi secondarie compilate				
	E	M	C	E	C	M	C	C	E	M	C	M	C
Posizione DS 1	---	---	---	M	C	M	C	C	M	M	C	M	C
Posizione DS 2	---	---	---	---	---	---	---	---	C	M	C	C	C
Posizione DS 3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Posizione DS 4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Posizione DS 5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---