REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. 49 DEL 21 DIC. 2017

OGGETTO: Integrazione al Decreto n. 118 del 23 dicembre 2016.

NOTE PER LA TRASPARENZA:
Definizione delle integrazioni al tracciato della scheda di dimissione ospedaliera del decreto n.118 del 23 dicembre 2016

IL DIRETTORE

DELLA DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR-CRAV

APPURATO che il Decreto Regionale n. 118 del 23 dicembre 2016 ha aggiornato la disciplina del flusso informativo 'Scheda di Dimissione Ospedaliera' e dei tracciati record.

VISTA la necessità di ampliare l'operatività del flusso informativo 'Scheda di Dimissione Ospedaliera'.

VISTO il Decreto Ministeriale 7 dicembre 2016, n. 261 "*Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera*" per l'aggiornamento del flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 31 del 7-2-2017.

DECRETA

1. di apportare le integrazioni contenute nell'**allegato A**, che forma parte integrante del presente decreto e precisamente quelle riportate qui di seguito.

tracciato	descrizione campo	modifica apportata a:			
		descrizione campo	lunghezza	obbligatorietà	istruzioni per la codifica
Z1 - ANAGRAFICA	codice istituto di cura di dimissione	SI			SI
	numero progressivo della scheda SDO				SI
	data di nascita				SI
	comune o stato estero di residenza				SI
	codice identificativo del paziente				SI
	tipologia del codice identificativo utente		SI		SI
	MPI - Master Patient Index			SI	
	codice istituzione competente			SI	

tracciato	descrizione campo	modifica apportata a:			
		descrizione campo	lunghezza	obbligatorietà	istruzioni per la codifica
Z2 - INFORMAZIONI DI RICOVERO	codice istituto di cura di dimissione	SI			SI
	numero progressivo della scheda SDO				SI
	regime di ricovero				SI
	classe di priorità				SI
	unità operativa di ammissione				SI
	specialità effettiva di ammissione		SI		SI
	equipe infermieristica di ammissione				SI
	provenienza del paziente				SI
	codice provenienza				SI
	codice causa esterna				SI
	unità operativa di dimissione				SI
	unità operativa di dimissione - MRA				SI
	specialità effettiva di dimissione		SI		SI
	equipe infermieristica di dimissione				SI
	modalità di dimissione				SI
	codice destinazione				SI
	numero giorni di presenza in ricovero diurno				SI
	medico prescrittore			SI	SI
	numero giorni di permesso			SI	
	classe ASA			SI	SI
	importo erogato al privato accreditato	SI		SI	SI
	convenzioni tra aziende sanitarie			SI	SI
	ricoveri peculiari			SI	SI
Z3 - TRASFERIMENTI	codice istituto di cura di dimissione	SI			SI
	numero progressivo della scheda SDO				SI
	specialità effettiva di trasferimento		SI		SI
	equipe infermieristica di trasferimento				SI
	data trasferimento			SI	SI
	ora trasferimento			SI	SI
	unità operativa trasferimento			SI	SI
Z4 - DIAGNOSI	codice istituto di cura di dimissione	SI			SI
	numero progressivo della scheda SDO				SI
	diagnosi di dimissione			SI	SI
	diagnosi di dimissione presente al ricovero				SI
	versione Tnm				SI
Z5 - INTERVENTI	codice istituto di cura di dimissione	SI			SI
	numero progressivo della scheda SDO				SI
	Identificativo tipo intervento				SI
	intervento			SI	
	unità operativa di intervento			SI	
	specialità effettiva di intervento		SI		SI

		modifica apportata a:			
	descrizione campo	**descrizione campo**	**lunghezza**	**obbligatorietà**	**istruzioni per la codifica**
Z5 - INTERVENTI	equipe infermieristica di intervento			SI	SI
	sala operatoria			SI	SI
	intervento esterno			SI	SI
	data inizio intervento			SI	SI
	ora inizio intervento			SI	SI
	data fine intervento			SI	SI
	ora fine intervento			SI	SI
	identificativo chirurgo A intervento			SI	SI
	identificativo chirurgo B intervento				SI
	identificativo chirurgo C intervento				SI
	identificativo anestesista intervento				SI
	check list sala operatoria intervento			SI	SI
	tabella sale		modificata		

2. di incaricare il Settore Sistema Informatico SSR di correggere, con propria circolare interna, eventuali errori materiali che si dovessero riscontrare nell'**allegato A**;
3. di incaricare il Settore Sistema Informatico SSR di provvedere, con propria circolare interna, ogni ulteriore integrazione all'**allegato A** al fine di mantenere l'allineamento con le specifiche ministeriali;
4. di stabilire che le informazioni contenute nell'**allegato A** del presente decreto, saranno operative per i dati riferiti all'attività del mese di gennaio 2018 e a seguire;
5. di dare atto che il presente provvedimento non comporta alcun onere a carico del bilancio regionale in corso.
6. di pubblicare il presente decreto nel Bollettino Ufficiale della Regione nei modi e nei termini di rito.

F.to Dott. Claudio Costa

REGIONE DEL VENETO
DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR - CRAV

INTEGRAZIONI AL TRACCIATO SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERE E SPECIFICHE TECNICHE

Tracciati

Descrizione dei tracciati

In base al decreto n. 118 del 23 dicembre 2016 il flusso informativo regionale SDO è composto da 6 tracciati distinti che raccolgono informazioni di differente tipologia:

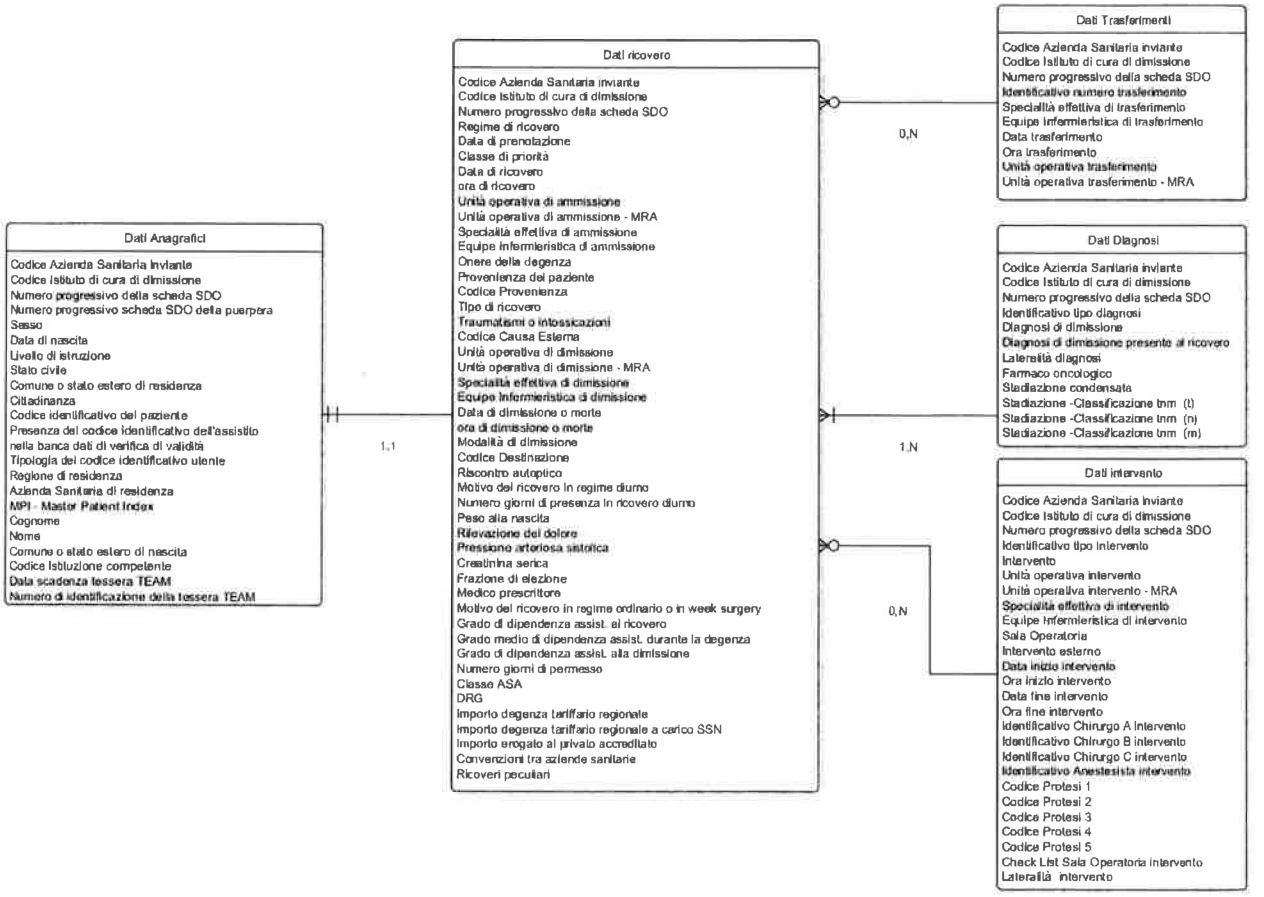
- Z1 – ANAGRAFICA: contiene le informazioni di carattere anagrafico del paziente al momento del ricovero
- Z2 – INFORMAZIONI RICOVERO: contiene le informazioni relative al ricovero ospedaliero del paziente
- Z3 – TRASFERIMENTI: contiene le informazioni relative ai trasferimenti
- Z4 – DIAGNOSI: contiene le informazioni relative alla diagnosi principale e alle diagnosi secondarie
- Z5 – INTERVENTI: contiene le informazioni relative all'intervento principale e agli interventi/procedure secondari
- D – FILE DI SINTESI: contiene il numero di dimissioni per istituto di ricovero, regime di ricovero, azienda di residenza e mese di dimissione (come da decreto n.48/2010).

Si precisa che bisogna trasmettere, a portale regionale, sempre tutti i tracciati previsti anche in caso in cui per il tracciato Z3 – TRASFERIMENTI e il tracciato Z5 – INTERVENTI non siano stati registrati eventi.

Si rammenta che il conferimento dei dati relativi al flusso in oggetto, anche solo di una mensilità di una sola Azienda sanitaria, è considerato in sede di valutazione degli Adempimenti LEA per la Regione del Veneto, al quale è legato il finanziamento integrativo a carico dello Stato, come previsto dall'Intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni il 23 marzo 2005.

REGIONE SICILIANA DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR - CRAM

Schema relazionale dei tracciati



DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR - GRAI

Modalità e Tempi di invio

I dati devono essere inviati con cadenza mensile e in modo cumulativo; l'invio deve essere effettuato tra il giorno 1 e l'ultimo giorno disponibile del mese successivo a quello cui i dati si riferiscono.
Per l'anno di competenza 2018 le scadenze di invio dei dati sono le seguenti:

Periodo di riferimento	Apertura portale	Chiusura portale
1 - Gennaio	01/02/2018	28/02/2018
2 - Febbraio	01/03/2018	30/03/2018
3 - Marzo	02/04/2018	30/04/2018
4 - Aprile	02/05/2018	31/05/2018
5 - Maggio	01/06/2018	29/06/2018
6 - Giugno	02/07/2018	31/07/2018
7 - Luglio	01/08/2018	31/08/2018
8 - Agosto	03/09/2018	01/10/2018
9 - Settembre	02/10/2018	31/10/2018
10 - Ottobre	02/11/2018	30/11/2018
11 - Novembre	03/12/2018	02/01/2019
12 - Dicembre	02/01/2019	31/01/2019
13 - Gennaio – Dicembre (fase di consolidamento per il bilancio)	**01/02/2019**	**28/02/2019**
14 - Gennaio – Dicembre (fase di consolidamento per la mobilità sanitaria interregionale)	**02/04/2019**	**30/04/2019**
15 - Gennaio – Dicembre (fase di consolidamento dopo contestazioni/controdeduzioni della mobilità sanitaria, controlli NAC, controlli DMO, controlli interni)	**da definire**	**da definire**

Per gli anni successivi sarà trasmesso l'aggiornamento delle scadenze di invio dati insieme agli altri flussi informativi.

Specifiche del tracciato
In grassetto le modifiche rispetto al decreto n.118/2016
TRACCIATO DATI ANAGRAFICI - Z1

Prog. Campo	*Posizione*	*Descrizione campo*	*Tipo*	*Lunghezza*	*Obbligatorietà*	*Istruzioni per la codifica*
1	1	Codice Azienda Sanitaria inviante	AN	3	OBB	Utilizzare il codice a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1)
2	4	**Codice Istituto di cura di dimissione (stabilimento)**	AN	8	OBB	**Utilizzare i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996, detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi sei caratteri identificano la struttura secondo il modello HSP11, i rimanenti due caratteri costituiscono un progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se la struttura si compone di un solo stabilimento, utilizzare il codice "00" come progressivo di stabilimento. Campo chiave**
3	12	Numero progressivo della scheda SDO	AN	8	OBB	**Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: i primi due identificano l'anno di ricovero (=anno di ammissione); gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva univoca all'interno dell'anno e del codice struttura HSP11 (6 caratteri), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero. Campo chiave**
4	20	Numero progressivo scheda SDO della puerpera	AN	8	NBB (Obbligatorio se Provenienza del paziente="01")	Da compilare solo nel caso di SDO di un neonato relativa all'evento della sua nascita. Compilare con il numero progressivo della scheda SDO della madre relativa al parto. Valorizzare con valore "99999999" nel caso in cui la madre richieda l'anonimato o il neonato venga dato in adozione.
5	28	Sesso	AN	1	OBB	Utilizzare i codici seguenti: 1 = maschio 2 = femmina 9 = non definito
6	29	Data di nascita	DATA	8	OBB	**Utilizzare il formato ggmmaaaa.**
7	37	Livello di istruzione	AN	1	OBB	Titolo di studio posseduto al momento del ricovero (= data di ammissione): 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
8	38	Stato civile	AN	1	OBB	Stato civile del paziente al momento del ricovero (= data di ammissione): 1 = Celibe/Nubile 2 = Coniugato/a 3 = Separato/a 4 = Divorziato/a 5 = Vedovo/a 6 = Non dichiarato
9	39	Comune o stato estero di residenza	AN	6	OBB	**Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure lo Stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente al momento del ricovero (= data di ammissione).** **Uutilizzare il codice ISTAT dei Comuni Italiani, in cui i 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 ISTAT dello Stato estero.** **Se la tipologia del codice identificativo utente è 2 = codice STP oppure 3 =codice ENI, va indicato rispettivamente STP seguito dal codice ISTAT dello Stato estero o ENI seguito dal codice stato UE / Romania / Bulgaria.** **Per apolidi indicare '999999'.** **Per i ricoveri riferiti all'evento nascita indicare il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla L. 127 del 15 Maggio 1997.** **Per gli stranieri non residenti ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice del comune di domicilio ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla Azienda sanitaria e Regione di assistenza (nota regionale n. 520055 del 08/11/2011).** **Nel caso di comune sconosciuto utilizzare '999990', nel caso di stato estero sconosciuto utilizzare '999998'.**
10	45	Cittadinanza	AN	3	OBB	Cittadinanza del paziente al momento del ricovero (= data di ammissione). Utilizzare i codici seguenti: - 100 nel caso di cittadinanza italiana; - il codice ISTAT dello Stato estero, nel caso DI cittadinanza estera. - 999 per gli APOLIDI.

11	48	Codice identificativo del paziente	AN	20	OBB	**Riportare il Codice Fiscale per tutte le schede di dimissione ospedaliera relative ai cittadini italiani e stranieri in possesso del codice fiscale certificato dall'Agenzia delle Entrate.** **Per i cittadini italiani e stranieri non in possesso del codice fiscale si specifica quanto segue:** **- 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 iscritti 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 riportare il codice STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi D.P.R. 31.8.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000, n.5).** **Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita, in assenza del codice fiscale, il campo deve essere compilato con il carattere "N" ripetuto 20 volte.** **Per le prestazioni coperte da riservatezza ai sensi di legge il campo deve essere compilato con il carattere "A" ripetuto 20 volte.** **Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere compilato con il carattere "X" ripetuto 20 volte.**
12	68	Presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica di validità	AN	1	FAC	Utilizzare i seguenti codici: 0 = codice identificativo valido (presente in banca dati) 1 = codice identificativo errato (non presente in banca dati) Nella fase transitoria il campo non va valorizzato ma a regime il campo sarà obbligatorio.
13	69	Tipologia del codice identificativo utente	AN	**2**	OBB	**Indica il tipo dell'identificativo del paziente. Utilizzare i codici:** **1 = Codice fiscale** **2 = Codice STP** **3 = Codice ENI** **4 = Codice TEAM** **99 = Identificativo non disponibile**
14	71	Regione di residenza	AN	3	OBB	Regione a cui appartiene il comune di residenza del paziente al momento del ricovero (= data di ammissione) come rilevato nel campo "Comune o stato estero di residenza". Utilizzare il codice a tre caratteri definito con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Indicare il codice ISTAT dello Stato estero per i residenti all'estero.

15	74	Azienda Sanitaria di residenza	AN	3	OBB	Azienda Sanitaria a cui appartiene il comune, o la frazione di comune, in cui risiede l'assistito al momento del ricovero (= data di ammissione) come rilevato nel campo "Comune o stato estero di residenza". Utilizzare i codice a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1). Indicare 999 per i residenti all'estero.
16	77	MPI - Master Patient Index	AN	28	**FAC fino al 31/12/2017, data entro la quale anche le strutture private accreditate dovranno essere integrate con i servizi anagrafici regionali**	Master Patient Index (Id regionale della posizione anagrafica). Chiave di identificazione univoca con cui la posizione anagrafica è stata censita nell'Anagrafe Unica Regionale. Disponibile per i residenti e assistiti in Regione Veneto come servizio erogato dalla anagrafe unica regionale: progressivamente diventerà il riferimento anagrafico per la gestione dei flussi informativi per tutte le posizioni anagrafiche a cui è erogata l'assistenza.
17	105	Cognome	AN	40	OBB	Il campo va valorizzato per tutte le schede. Nei casi coperti da riservatezza ai sensi di legge, o nel caso in cui l'informazione non sia disponibile, nel qual caso dovrà essere posta la dicitura ANONIMO. Si riportano in tabella 1 le condizioni coperte da riservatezza.
18	145	Nome	AN	40	OBB	Il campo va valorizzato per tutte le schede. Nei casi coperti da riservatezza ai sensi di legge, o nel caso in cui l'informazione non sia disponibile, nel qual caso dovrà essere posta la dicitura ANONIMO. Si riportano in tabella 1 le condizioni coperte da riservatezza.
19	185	Comune o stato estero di nascita	AN	6	OBB	Utilizzare il codice ISTAT dei Comuni italiani, in cui i primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice ISTAT dello Stato. In caso di Comune o Stato estero cessato, utilizzare il codice ISTAT valido al momento della nascita.
20	191	Codice istituzione competente	AN	28	**NBB (obbligatorio se tipologia del codice identificativo utente = 4)**	Inserire il codice dell'Istituzione Estera competente come riportato nella TEAM; il codice è composto da due parti, separate obbligatoriamente da spazio, trattino e spazio (-): una parte è la "denominazione dell'istituzione", mentre l'altra è il "numero di identificazione dell'istituzione".

21	219	Data scadenza tessera TEAM	DATA	8	NBB (obbligatorio se tipologia del codice identificativo utente = 4)	Indicare la data di scadenza della tessera TEAM per i cittadini comunitari non italiani. Utilizzare il formato GGMMAAAA.
22	227	Numero di identificazione della tessera TEAM	AN	20	FAC	Per i cittadini europei in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) riportare il numero di identificazione della tessera a 20 caratteri, riportato sulla TEAM.

Tabella 1 - prestazioni sanitarie per le 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	303xx o 304xx
Parto	DRG	Da 370 a 375
Aborto	Diagnosi principale o secondarie	635xx

DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR - CRAV REGIONE DEL VENETO

TRACCIATO DATI SANITARI - Z2 INFORMAZIONI DI RICOVERO

In grassetto le modifiche rispetto al decreto n.118/2016

Prog. Campo	*Posizione*	*Descrizione campo*	*Tipo*	*Lunghezza*	*Obbligatorietà*	*Istruzioni per la codifica*
1	1	Codice Azienda Sanitaria inviante	AN	3	OBB	Utilizzare il codice a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1)
2	4	**Codice Istituto di cura di dimissione (stabilimento)**	AN	8	OBB	**Utilizzare i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996, detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi sei caratteri identificano la struttura secondo il modello HSP11, i rimanenti due caratteri costituiscono un progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se la struttura si compone di un solo stabilimento, utilizzare il codice "00" come progressivo di stabilimento. Campo chiave**
3	12	Numero progressivo della scheda SDO	AN	8	OBB	**Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: i primi due identificano l'anno di ricovero (=anno di ammissione); gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva univoca all'interno dell'anno e del codice struttura HSP11 (6 caratteri), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero. Campo chiave**
4	20	Regime di ricovero	AN	1	OBB	**Utilizzare i codici seguenti:** **1 = ricovero ordinario** **2 = ricovero diurno** **3 = week surgery** **Il passaggio da ricovero ordinario o week surgery a ricovero diurno (e viceversa) dà origine a una dimissione.** **Il passaggio da ricovero ordinario a week surgery (e viceversa) non dà origine ad una dimissione.** **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.** **La cartella clinica, e la corrispondente SDO, relative ai ricoveri diurni, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, salvo dar luogo a una nuova cartella, e a una nuova SDO, per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo.**

5	21	Data di prenotazione	DATA	8	NBB (obbligatorio se Regime di Ricovero = 2 o 3 o se Regime di Ricovero = 1 e Tipo Ricovero = 1 o Tipo Ricovero = 4 o Tipo Ricovero = 5)	Indicare la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94. La data di prenotazione deve essere compilata per tutti i ricoveri in regime diurno, in week surgery 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, oppure "5" - ricovero programmato con preospedalizzazione ammesso in week surgery e dimesso in ordinario). La data di prenotazione deve essere precedente o coincidente con la data di ricovero. In caso di trasferimenti da altri istituti, la data di prenotazione deve coincidere con la data in cui il trasferimento è stato concordato fra i due istituti. Non compilare per tipo ricovero "6" – parto non urgente. Utilizzare il formato ggmmaaaa
6	29	Classe di priorità	AN	1	NBB (obbligatorio se valorizzata Data di Prenotazione)	**Per tutti i ricoveri per i quali è inserita la data di prenotazione dovrà essere compilata la classe di priorità secondo il seguente schema:** **A = Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.** **B = Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.** **C = Ricovero entro 90 giorni per i casi clinici che presentano dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.** **D = 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.** **E = 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.** **Non compilare per tipo ricovero "6" – parto non urgente.**
7	30	Data di ricovero	DATA	8	OBB	Indicare la data in cui il paziente viene accettato nel reparto di ammissione. In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire la data in cui si effettua l'accesso alla sala operatoria. In caso di ricovero diurno (codice 2 per il campo "Regime di ricovero"), va indicata la data di inizio del primo accesso. Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita (Provenienza del paziente=01), la data di ricovero coincide con la data di nascita. Utilizzare il formato ggmmaaaa
8	38	ora di ricovero	AN	4	OBB	Indicare l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente. In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala

						operatoria, inserire l'ora di accesso alla sala operatoria. Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita (Provenienza del paziente=01), l'ora di ricovero coincide con l'ora di nascita. Utilizzare il formato hhmm
9	42	Unità operativa di ammissione	AN	12	OBB	**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.** **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:** **o 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.** **o Per le case di cura private (modello HSP13)** **• i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera;** **• per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00".** **Per l'evento nascita è ammessa la disciplina 31 (NIDO)** **Si rimanda all'elenco delle discipline, Tabella dei CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE presente nel portale regionale.**
10	54	Unità operativa di ammissione - MRA	AN	15	FAC	Il codice da utilizzare a 15 caratteri è così composto: - i primi 5 caratteri si riferiscono al titolare - i successivi 5 all'unità operativa - i successivi 5 al punto fisico Per le modalità di trasmissione di tale informazione a seguito dell'istituzione del Sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA), con riferimento sia alla prima attuazione che alla situazione di regime del sistema, si rimanda al relativo documento di specifiche tecniche MRA.
11	69	Specialità effettiva di ammissione	AN	**12**	OBB	**Unità operativa alla quale afferisce il personale medico che sta assistendo il paziente. Coincide con l'unità operativa di ammissione tranne nei casi di:** **- reparto multidisciplinare (codice specialità 98 day surgery multidisciplinare o attività in regime di week surgery dimesso da reparto 09 chirurgia generale)** **- ricovero che per motivi organizzativi non può essere effettuato in un letto fisicamente posto nell'unità operativa di ammissione.**

DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI REGIONE DEL VENETO

12	81	Equipe Infermieristica di ammissione	AN	6	OBB	**I valori ammessi sono da 000001 a 999999 e identificano in modo univoco (rispetto alla struttura di erogazione a 6 caratteri) l'equipe infermieristica che ha in carico il paziente.**
13	87	Onere della degenza	AN	1	OBB	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. Utilizzare i seguenti codici: 1 = ricovero a totale carico del SSN 2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera) 3 = ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN 4 = ricovero senza oneri per il SSN 5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione) 6 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera) 7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN 8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza 9 = altro

14	88	Provenienza del paziente	AN	2	OBB	**La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero.** **Utilizzare i seguenti codici:** **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** **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 = paziente proveniente da OBI (Osservazione Breve Intensiva)** **13 = carcere** **18 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nello stesso istituto di cura** **19 = paziente trasferito da altro regime di ricovero (da ricovero diurno a regime di ricovero ordinario/week surgery o viceversa) nello stesso istituto di cura** **99 = altro** **L'OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo o a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri setting assistenziali.** **Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l'esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo.** **Come definito dalla dgr 2122/2013 l'Obi può avere durata massima di 48 ore.**
15	90	Codice Provenienza	AN	8	FAC	**Inserire il codice HSP11/HSP11.BIS dell'Istituto di ricovero di provenienza quando "Provenienza del paziente" assume uno dei seguenti valori: 05, 06, 07, 12** **Se "Provenienza del paziente" è pari a 10 (struttura residenziale territoriale) indicare il codice STS11 e inserire 00 come ultime due cifre.**

16	98	Tipo di ricovero	AN	1	NBB (obbligatorio se Regime di Ricovero = 1 o 3 e Provenienza del paziente <> 01)	Utilizzare i seguenti codici: 1 = ricovero programmato, non urgente 2 = ricovero urgente 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO) 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO devono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione 5 = ricovero programmato con preospedalizzazione ammesso in week surgery e dimesso in ordinario 6 = parto non urgente Non compilare per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita ovvero se Provenienza del paziente = "01". In caso di trasferimento da altro istituto, il ricovero si intende programmato. Attribuire il valore "2" anche ai parti urgenti e ai pazienti provenienti da OBI.
17	99	Traumatismi o intossicazioni	AN	1	NBB (obbligatorio se Regime di Ricovero = 1 o 3 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di Ammissione <> 56, 60, 28 e 75)	Utilizzare i seguenti codici: 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
18	100	Codice Causa Esterna	AN	5	NBB (obbligatorio se Regime di Ricovero = 1 o 3 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di Ammissione <> 56, 60, 28 e 75)	**Utilizzare i codici E della Classificazione ICD-9-CM versione correntemente in uso.**

19	105	Unità operativa di dimissione	AN	12	OBB	**Indica l'unità operativa presso cui è ricoverato il paziente al momento della dimissione: il campo deve essere sempre compilato, anche nel caso in cui l'unità operativa coincida con l'unità operativa di ammissione o con quella relativa all'ultimo trasferimento interno.** **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:** **o 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.** **o Per le case di cura private (modello HSP13)** **• i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera;** **• per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00".** **Per l'evento nascita è ammessa la disciplina 31 (NIDO)** **Si rimanda all'elenco delle discipline, Tabella dei CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE presente nel portale regionale.**
20	117	Unità operativa di dimissione - MRA	AN	15	FAC	**vedi Unità operativa di ammissione - MRA**
21	132	Specialità effettiva di dimissione	AN	**12**	OBB	**Unità operativa alla quale afferisce il personale medico che sta assistendo il paziente. Coincide con l'unità operativa di dimissione tranne nei casi di:** **- reparto multidisciplinare (codice specialità 98 day surgery multidisciplinare o attività in regime di week surgery dimesso da reparto 09 chirurgia generale)** **- paziente che per motivi organizzativi non è fisicamente presente nel reparto di presa in carico.**
22	144	Equipe Infermieristica di dimissione	AN	6	OBB	**I valori ammessi sono da 000001 a 999999 e identificano in modo univoco (rispetto alla struttura di erogazione a 6 caratteri) l'equipe infermieristica che ha in carico il paziente.**
23	150	Data di dimissione o morte	DATA	8	OBB	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. Utilizzare il formato ggmmaaaa
24	158	ora di dimissione o morte	AN	4	OBB	Indicare l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora di morte. Utilizzare il formato hhmm

25	162	Modalità di dimissione	AN	2	OBB	**Indica la destinazione del paziente dimesso dall'istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.** **Utilizzare i seguenti codici:** **01 = paziente deceduto** **02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente** **03 = dimissione ordinaria presso una struttura residenziale territoriale (es. RSA, Hospice, Ospedale di comunità, ...)** **04 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal d.m. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"** **05 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato)** **06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti** **07 = trasferimento ad altro regime di ricovero (da ricovero diurno a ordinario o viceversa) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura** **08 = trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione** **09 = dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata (ADI)**
26	164	Codice Destinazione	AN	8	FAC	**Inserire il codice HSP11/11BIS della Istituto di ricovero di trasferimento quando "Modalità di dimissione" assume uno dei seguenti valori: 06, 08** **Se "Modalità di dimissione" è pari a 03 (struttura residenziale territoriale) indicare il codice STS11 e inserire 00 come ultime due cifre.**
27	172	Riscontro autoptico	AN	1	NBB (obbligatorio se Modalità di Dimissione = "01")	Indica l'eventuale esecuzione dell'autopsia. Utilizzare i seguenti codici: 1 = autopsia eseguita 2 = autopsia non eseguita
28	173	Motivo del ricovero in regime diurno	AN	1	NBB (obbligatorio se Regime di Ricovero = 2)	Utilizzare i seguenti codici: 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up) 2 = ricovero diurno chirurgico 3 = ricovero diurno terapeutico 4 = ricovero diurno riabilitativo
29	174	Numero giorni di presenza in ricovero diurno	N	3	NBB (obbligatorio se Regime di Ricovero = 2)	**Indicare 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.** **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 dell'anno in corso.**
30	177	Peso alla nascita	N	4	NBB (obbligatorio se provenienza del paziente = "01")	Peso in grammi rilevato al momento della nascita. Da riportare soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.
31	181	Rilevazione del dolore	AN	1	OBB	Riportare se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.

						I codici da utilizzare sono: 0 = No 1 = Sì
32	182	Pressione arteriosa sistolica	N	3	NBB (obbligatorio se diagnosi - principale o secondaria - valorizzata con codice ICD9-CM 410.xx)	Riportare il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) indicato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso. Il campo deve essere compilato solo se in un qualsiasi campo di diagnosi (principale o secondarie) è riportato il codice dell'infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx).
33	185	Creatinina sierica	N	5	NBB (obbligatorio se valgono le condizioni specificate nelle istruzioni per la codifica)	Inserire il valore di creatinina sierica in milligrammi per decilitro (mg/dL). Utilizzare il carattere punto come separatore delle cifre decimali e indicare sempre due cifre decimali 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 sierica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento; 2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx) e pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Indicare il valore della creatinina sierica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale; 3) intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina sierica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.
34	190	Frazione di eiezione	N	2	NBB (obbligatorio se intervento – principale o secondario – valorizzato con codice ICD9-CM 36.1x o 35.1x-35.2x)	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. Il campo deve essere compilato solo per gli interventi chirurgici principali o secondari di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o per quelli sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x).
35	192	Medico prescrittore	AN	16	**FAC**	**Utilizzare il codice fiscale del medico specialista (compreso il medico di Pronto Soccorso) o il codice regionale dei medici di base.**
36	208	Motivo del ricovero in regime ordinario o in week surgery	AN	1	NBB (obbligatorio se regime di ricovero = 1 o 3)	Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime ordinario (codice 1 del campo "regime di ricovero") o in week surgery (codice 3 del campo "regime di ricovero"). Utilizzare i seguenti codici: 1 = ricovero elettivo per intervento chirurgico 2 = primo ricovero in ambito ospedaliero effettuato per la specifica diagnosi

						9 = altro (indicare i ricoveri successivi per la stessa diagnosi)
37	209	Grado di dipendenza assist. al ricovero	N	3	NBB (obbligatorio se regime di ricovero = 1 o 3)	Punteggio totale della Scala di Barthel (Tabella 2) all'ingresso in ospedale (Data di ammissione). Valorizzare solo per i ricoveri in regime ordinario o in week surgery. Se non rilevato compilare con 999.
38	212	Grado medio di dipendenza assist. durante la degenza	N	3	NBB (obbligatorio se regime di ricovero = 1 o 3)	Punteggio totale della Scala di Barthel (tabella 2) nel corso della degenza. Valorizzare solo per i ricoveri in regime ordinario e in week surgery. Se non rilevato compilare con 999.
39	215	Grado di dipendenza assist. alla dimissione	N	3	NBB (obbligatorio se regime di ricovero = 1 o 3)	Punteggio totale della Scala di Barthel (Tabella 2) alla dimissione (Data di dimissione). Questa scala considera, con un punteggio da 0 a 100, dieci attività di base della vita quotidiana (vedi tabella 2). Il campo è da valorizzare solo per i ricoveri in regime ordinario e in week surgery. Se non rilevato compilare con 999.
40	218	Numero giorni di permesso	N	2	**OBB**	**Una giornata di permesso è considerata tale quando la durata del permesso è almeno pari a dodici (12) ore.**
41	220	Classe ASA	AN	1	**NBB (se DRG chirurgico)**	**La classe ASA (American Society of Anesthesiologists) individua l'indice di gravità del paziente e pertanto valuta il rischio anestesiologico. Tale campo andrà compilato solo nelle SDO relative ai ricoveri di tipo DRG chirurgico in regime ordinario, week surgery e diurno.** **Utilizzare i segeunti codici:** **1: paziente sano** **2: paziente con lieve malattia sistemica** **3: paziente con grave malattia sistemica** **4: paziente con grave malattia sistemica che costituisce un costante pericolo per la vita** **5: paziente moribondo dove non vi è aspettativa di sopravvivenza senza l'intervento** **6: paziente dichiarato in morte cerebrale, i cui organi possono essere espiantati**
42	221	DRG	AN	3	OBB	Per la determinazione dei DRG dovrà essere utilizzata la versione Grouper HCFA 24.0. Il passaggio a successive versioni di codifica e versioni Grouper avverrà sulla base dei provvedimenti ministeriali in vigore al 1° gennaio dell'anno di riferimento. Secondo quanto prescritto dalla normativa del flusso di mobilità interregionale, per i codici compresi tra 1 e 99, utilizzare il seguente formato: 001, 002, …, 099.
43	224	Importo degenza tariffario regionale	AN	9	OBB	Utilizzare il tariffario regionale (indicare la tariffa al 100%). Utilizzare il carattere punto come separatore delle cifre decimali e indicare sempre due cifre decimali. Allineare a destra. Nessun carattere separazione per le migliaia. Completamento a sinistra con zero (opzionale).

44	233	Importo degenza tariffario regionale a carico SSN	AN	9	OBB	Utilizzare il tariffario regionale con importi addebitabili in mobilità sanitaria (es. attività in libera professione tariffa pari al 70%). Utilizzare il carattere punto come separatore delle cifre decimali e indicare sempre due cifre decimali. Allineare a destra. Non utilizzare caratteri di separazione per le migliaia. Completamento a sinistra con zero (opzionale).
45	242	**Importo degenza - accordi privato accreditato**	AN	9	**OBB per le strutture private accreditate**	**Compilare in base ai rapporti contrattuali con la struttura privata accreditata. Utilizzare il carattere punto come separatore delle cifre decimali e indicare sempre due cifre decimali. Allineare a destra. Non utilizzare caratteri di separazione per le migliaia. Completamento a sinistra con zero (opzionale).**
46	251	Convenzioni tra aziende sanitarie	AN	1	**OBB**	**Valorizzare ad "1" solo per i ricoveri rientranti in un accordo di convenzione tra Aziende Sanitarie altrimenti "0"**
47	252	Ricoveri peculiari	AN	2	**OBB**	**Si valorizza in questo campo l'erogazione di prestazioni peculiari. Utilizzare il codice 2 per i ricoveri ordinari/week surgery di 0/1gg oppure i ricoveri diurni per l'erogazione di prestazioni/procedure ambulatoriali a scopo diagnostico o terapeutico connesse a peculiari situazioni cliniche del paziente quali età pediatrica e/o disabilità, con necessità di anestesia generale/sedazione profonda; altrimenti utilizzare il codice 0**

Tabella 2 – La scala di Barthel

ALIMENTAZIONE	
	0 = incapace; 5 = necessita di assistenza, ad esempio per tagliare il cibo; 10 = indipendente;
FARE IL BAGNO	
	0 = dipendente; 5 = indipendente;
IGIENE PERSONALE	
	0= necessita di aiuto; 5 = si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio);
VESTIRSI	
	0 = dipendente; 5 = necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole; 10 = indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni;
CONTROLLO DEL RETTO	
	0 = incontinente; 5 = occasionali incidenti o necessità di aiuto; 10 = continente;
CONTROLLO DELLA VESCICA	
	0 = incontinente; 5 = occasionali incidenti o necessità di aiuto; 10 = continente;
TRASFERIMENTI IN BAGNO	
	0 = dipendente; 5 = necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare la carta igienica; 10 = indipendente con l'uso del bagno o della padella;
TRASFERIMENTI SEDIA/LETTO	
	0 = incapace, no equilibrio da seduto; 5 = in grado di sedersi, ma necessita della massima assistenza per trasferirsi; 10 = minima assistenza e supervisione; 15 = indipendente;
DEAMBULAZIONE	
	0 = immobile; 5 = indipendente con la carrozzina per > 45 m; 10 = necessita di aiuto di una persona per > 45 m; 15 = indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello;
SALIRE LE SCALE	
	0 = incapace; 5 = necessità di aiuto o supervisione; 10 = indipendente, può usare ausili;
TOTALE (0 – 100)	

TRACCIATO DATI SANITARI - Z3 TRASFERIMENTI (i trasferimenti tra U.O. della stessa struttura sono possibili solo in caso di regime di ricovero ordinario/week surgery)

In grassetto le modifiche rispetto al decreto n.118/2016

Prog. Campo	*Posizione*	*Descrizione campo*	*Tipo*	*Lunghezza*	*Obbligatorietà*	*Istruzioni per la codifica*
1	1	Codice Azienda Sanitaria inviante	AN	3	OBB	Utilizzare il codice a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1)
2	4	**Codice Istituto di cura di dimissione (stabilimento)**	AN	8	OBB	**Utilizzare i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996, detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi sei caratteri identificano la struttura secondo il modello HSP11, i rimanenti due caratteri costituiscono un progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se la struttura si compone di un solo stabilimento, utilizzare il codice "00" come progressivo di stabilimento. Campo chiave**
3	12	Numero progressivo della scheda SDO	AN	8	OBB	**Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: i primi due identificano l'anno di ricovero (=anno di ammissione); gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva univoca all'interno dell'anno e del codice struttura HSP11 (6 caratteri), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero. Campo chiave**
4	20	Identificativo numero trasferimento	AN	2	OBB	Utilizzare i seguenti codici: 01 = 1° trasferimento 02 = 2° trasferimento 03 = 3° trasferimento 04 = 4° trasferimento 05 = 5° trasferimento 06 = 6° trasferimento 07 = 7° trasferimento 08 = 8° trasferimento 09 = 9° trasferimento 10 = 10° trasferimento 11 = 11° trasferimento 12 = 12° trasferimento 13 = 13° trasferimento 14 = 14° trasferimento 15 = 15° trasferimento **Campo chiave**

5	22	Specialità effettiva di trasferimento	AN	**12**	OBB	**Unità operativa alla quale afferisce il personale medico che sta assistendo il paziente. Coincide con l'unità operativa di trasferimento tranne nei casi di:** **- reparto multidisciplinare (codice specialità 98 day surgery multidisciplinare o attività in regime di week surgery dimesso con codice 09 chirurgia generale)** **- ricovero che per motivi organizzativi non può essere effettuato in un letto fisicamente posto nell'unità operativa di trasferimento.**
6	34	Equipe Infermieristica di trasferimento	AN	6	OBB	**I valori ammessi sono da 000001 a 999999 e identificano in modo univoco (rispetto alla struttura di erogazione a 6 caratteri) l'equipe assistenziale che ha in carico il paziente.**
7	40	Data trasferimento	DATA	8	**OBB**	**Utilizzare il formato ggmmaaaa**
8	48	Ora trasferimento	AN	4	**OBB**	**Utilizzare il formato hhmm**
9	52	Unità operativa trasferimento	AN	12	**OBB**	**Indicare il codice dell'unità operativa presso cui è stato trasferito il paziente. 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:** **o 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.** **o Per le case di cura private (modello HSP13)** **• i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera;** **• per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00".** **Si rimanda all'elenco delle discipline, Tabella dei CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE presente nel portale regionale.**
10	64	Unità operativa trasferimento - MRA	AN	15	FAC	Il codice da utilizzare a 15 caratteri è così composto: - i primi 5 caratteri si riferiscono al titolare - i successivi 5 all'unità operativa - i successivi 5 al punto fisico Per le modalità di trasmissione di tale informazione a seguito dell'istituzione del Sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA), con riferimento sia

						alla prima attuazione che alla situazione di regime del sistema, si rimanda al relativo documento di specifiche tecniche MRA.



TRACCIATO DATI SANITARI - Z4 DIAGNOSI

In grassetto le modifiche rispetto al decreto n.118/2016

Prog. Campo	*Posizione*	*Descrizione campo*	*Tipo*	*Lunghezza*	*Obbligatorietà*	*Istruzioni per la codifica*
1	1	Codice Azienda Sanitaria inviante	AN	3	OBB	Utilizzare il codice a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1)
2	4	**Codice Istituto di cura di dimissione (stabilimento)**	AN	8	OBB	**Utilizzare i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996, detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi sei caratteri identificano la struttura secondo il modello HSP11, i rimanenti due caratteri costituiscono un progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se la struttura si compone di un solo stabilimento, utilizzare il codice "00" come progressivo di stabilimento.** **Campo chiave**
3	12	Numero progressivo della scheda SDO	AN	8	OBB	**Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.** **Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: i primi due identificano l'anno di ricovero (=anno di ammissione); gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva univoca all'interno dell'anno e del codice struttura HSP11 (6 caratteri), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.** **Campo chiave**
4	20	Identificativo tipo diagnosi	AN	2	OBB	Utilizzare i seguenti codici: 00 = diagnosi principale alla dimissione 01 = diagnosi secondaria 1 02 = diagnosi secondaria 2 03 = diagnosi secondaria 3 04 = diagnosi secondaria 4 05 = diagnosi secondaria 5 **Campo chiave**

5	22	Diagnosi di dimissione	AN	5	**OBB per "identificativo tipo diagnosi" = 00, NBB per "identificativo tipo diagnosi" diverso da 00**	**<u>Diagnosi principale di dimissione</u>** **La diagnosi principale di dimissione è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che è risultata essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche.** **La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 996.30 e non 996.3.** **Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.** **La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di dimissione ospedaliera e correttamente codificata utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).** **<u>Diagnosi secondarie di dimissione</u>** **Le diagnosi secondarie di dimissione sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate. 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).**
6	27	Diagnosi di dimissione presente al ricovero	AN	1	OBB	**Indicare se la diagnosi rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero (=data di ammissione), oppure individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.** **Utilizzare i seguenti codici:** **0 = No, condizione non presente al ricovero** **1 = Sì, condizione presente al ricovero**
7	28	Lateralità diagnosi	AN	1	FAC	Ove applicabile specificare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale. Utilizzare i seguenti codici: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
8	29	Farmaco oncologico	AN	1	FAC	Indicare se durante il ricovero è stato utilizzato un farmaco oncologico ad alto costo come individuato dalla normativa vigente. Utilizzare i seguenti codici: 1 = Sì, indica che il farmaco somministrato è stato rilevato ed addebitato mediante il flusso F

						0 = No, non utilizzato farmaco
9	30	Stadiazione condensata	AN	1	NBB (obbligatorio se diagnosi di dimissione principale/secondaria valorizzata con codici ICD-9-CM 140.0-190.9 o 193-199.1)	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 o 193-199.1). Utilizzare i seguenti codici: 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
10	31	Stadiazione -Classificazione tnm (t)	AN	4	FAC	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 o 193-199.1).
11	35	Stadiazione -Classificazione tnm (n)	AN	3	FAC	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 o 193-199.1).
12	38	Stadiazione -Classificazione tnm (m)	AN	3	FAC	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 o 193-199.1).
13	41	Versione Tnm	AN	1	FAC	**Indicare la versione TNM Utilizzata nei campi 10,11,12** **7= versione 7 del 2009** **8= versione 8 del 2017**



TRACCIATO DATI SANITARI - Z5 INTERVENTI

(il tracciato va alimentato solo nel caso di erogazione di interventi/procedure diagnostiche/terapeutiche ma comunque trasmesso anche se vuoto)

In grassetto le modifiche rispetto al decreto n.118/2016

Prog. Campo	*Posizione*	*Descrizione campo*	*Tipo*	*Lunghezza*	*Obbligatorietà*	*Istruzioni per la codifica*
1	1	Codice Azienda Sanitaria inviante	AN	3	OBB	Utilizzare il codice a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1)
2	4	**Codice Istituto di cura di dimissione (stabilimento)**	AN	8	OBB	**Utilizzare i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis. (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996, detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi sei caratteri identificano la struttura secondo il modello HSP11, i rimanenti due caratteri costituiscono un progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se la struttura si compone di un solo stabilimento, utilizzare il codice "00" come progressivo di stabilimento.** **Campo chiave**
3	12	Numero progressivo della scheda SDO	AN	8	OBB	**Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.** **Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: i primi due identificano l'anno di ricovero (=anno di ammissione); gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva univoca all'interno dell'anno e del codice struttura HSP11 (6 caratteri), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.** **Campo chiave**

4	20	Identificativo tipo intervento	AN	2	OBB	**Utilizzare i seguenti codici:** **00 = intervento principale** **01 = Altro intervento/procedura 1** **02 = Altro intervento/procedura 2** **03 = Altro intervento/procedura 3** **04 = Altro intervento/procedura 4** **05 = Altro intervento/procedura 5** **06 = Altro intervento/procedura 6** **07 = Altro intervento/procedura 7** **08 = Altro intervento/procedura 8** **09 = Altro intervento/procedura 9** **10 = Altro intervento/procedura 10** **Campo chiave** **<u>Intervento principale</u>** **L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero che ha implicato il maggiore consumo di risorse.** **Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure (I/P), devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:** **a. in presenza di più interventi chirurgici, va selezionato e codificato come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggiore peso assistenziale ed il maggiore consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, etc.);** **b. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, vanno codificati sempre prima gli interventi chirurgici;** **c. quando sulla cartella clinica sono indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la SDO, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:** **- interventi chirurgici a cielo aperto;** **- interventi per via endoscopica e/o laparoscopica;** **- procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):** **• cod. 87.53 Colangiografia intraoperatoria;** **• cod. 88.52 Angiocardiografia nel cuore destro;** **• cod. 88.53 Angiocardiografia nel cuore sinistro;** **• cod. 88.54 Angiocardiografia combinata nel cuore destro e sinistro;** **• cod. 88.55 Arteriografia coronarica con catetere singolo;** **• cod. 88.56 Arteriografia coronarica con catetere doppio;** **• cod. 88.57 Altra e non specificata arteriografia coronarica;** **• cod. 88.58 Roentgengrafia cardiaca con contrasto negativo;** **• cod. 92.27 Impianto o inserzione di elementi radioattivi;** **• cod. 92.3 Radiochirurgia stereotassica;**

						• cod. 92.31 Radiochirurgia fotonica a sorgente singola; **• cod. 92.32 Radiochirurgia fotonica multi sorgente;** **• cod. 92.33 Radiochirurgia particolata;** **• cod. 92.39 Radiochirurgia stereotassica NIA;** **• cod. 94.61 Riabilitazione da alcool;** **• cod. 94.63 Disintossicazione e riabilitazione da alcool;** **• cod. 94.64 Riabilitazione da farmaci;** **• cod. 94.66 Disintossicazione e riabilitazione da farmaci;** **• cod. 94.67 Riabilitazione combinata da alcool e farmaci;** **• cod. 94.69 Riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci;** **• cod. 95.04 Esame dell'occhio sotto anestesia;** **• cod. 96.70 Ventilazione meccanica continua, durata non specificata;** **• cod. 96.71 Ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive;** **• cod. 96.72 Ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più;** **• cod. 98.51 Litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica;** **• cod. 99.10 Iniezione o infusione di agente trombolitico;** **- procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (ad es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica);** **- procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore (cod. da 01._ a 86._) (ad es. gastroscopia);** **- altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore (cod. da 87._ a 99._), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, RMN, radioterapia, etc.).** **d. in caso di parto..** **<u>Altro intervento/procedura</u>** **Quando nella cartella clinica sono indicate procedure in numero superiore alle undici previste 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.**
5	22	Intervento	AN	4	**OBB**	Codificare utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).

6	26	Unità operativa intervento	AN	12	**OBB**	Indicare il codice dell'unità operativa presso cui è stato svolto l'intervento. 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: o 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. o Per le case di cura private (modello HSP13) • i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; • per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00". Si rimanda all'elenco delle discipline, Tabella dei CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE presente nel portale regionale.
7	38	Unità operativa intervento - MRA	AN	15	FAC	Il codice da utilizzare a 15 caratteri è così composto: - i primi 5 caratteri si riferiscono al titolare - i successivi 5 all'unità operativa - i successivi 5 al punto fisico Per le modalità di trasmissione di tale informazione a seguito dell'istituzione del Sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza (MRA), con riferimento sia alla prima attuazione che alla situazione di regime del sistema, si rimanda al relativo documento di specifiche tecniche MRA.
8	53	Specialità effettiva di intervento	AN	**12**	OBB	**Coincide con l'unità operativa di intervento tranne nei casi di:** **- reparto multidisciplinare (codice specialità 98 day surgery multidisciplinare o attività in regime di week surgery dimesso con codice 09 chirurgia generale)** **- ricovero che per motivi organizzativi non può essere effettuato in un letto fisicamente posto nell'unità operativa di intervento.**
9	65	Equipe Infermieristica di intervento	AN	6	**NBB (obbligatorio per procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)**	**I valori ammessi sono da 000001 a 999999 e identificano in modo univoco (rispetto alla struttura erogatrice di 6 caratteri) l'equipe assistenziale che ha in carico il paziente.** **Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ).**

10	71	Sala Operatoria	AN	4	**NBB (obbligatorio per procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ)**	**Primo carattere:** **1= prevede minori procedure chirugiche da attuarsi con anestesia topica o locale; esclude procedure intravenose, spinali ed epidurali** **2 =prevede minori procedure chirurgiche da attuarsi con anestesie regionali o intravenose o con farmaci psicotropi** **3 =prevede maggiori procedure chirurgiche da attuarsi sotto anestesia totale o regionale con il supporto delle funzioni vitali** **4 =sale operatorie dedicate ad ortopedia con impianto di protesi, trapianti, cardiochirurgica, neurochirurgia** **9=non classificabile** **(si veda anche tabella sale)** **Caratteri successivi: progressivo sala (univoco a livello di struttura erogatrice - 6 caratteri).** **I valori ammessi sono da 001 a 999 e identificano in modo univoco (rispetto alla struttura di erogazione a 6 caratteri) la sala operatoria fisica presso la quale è stato effettuato l'intervento.** **Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ).** **Per le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ che non venissero effettuate in sala operatoria utilizzare il codice 9999**
11	75	Intervento esterno	AN	1	**OBB**	**Indicare se l'intervento è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura (primi 6 caratteri del codice istituto di cura) diverso da quella in cui è ricoverato il paziente (primi 6 caratteri del codice istituto di cura).** **Utilizzare i seguenti codici:** **0 = No** **1 = Sì**
12	76	Data inizio intervento	DATA	8	**OBB**	**Indica la data in cui il paziente è stato sottoposto all'intervento/procedura** **Utilizzare il formato ggmmaaaa**
13	84	Ora inizio intervento	AN	4	**NBB (obbligatorio per procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ e per la trombolisi)**	**Inserire l'ora di inizio dell'intervento principale/secondario, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione (cosi come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2 / 2.7 | 117 del 14/3/1996).** **Utilizzare il formato hhmm** **Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ) e per la TROMBOLISI (codici: 3604-Infusione trombolitica nell'arteria coronarica; 9910-Iniezione o infusione di agente trombolitico)**

14	88	Data fine intervento	DATA	8	**NBB (obbligatorio per procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ e per la trombolisi)**	**Utilizzare il formato ggmmaaaa Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ) e per la TROMBOLISI (codici: 3604-Infusione trombolitica nell'arteria coronarica; 9910-Iniezione o infusione di agente trombolitico)**
15	96	Ora fine intervento	AN	4	**NBB (obbligatorio per procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ e per la trombolisi)**	**Utilizzare il formato hhmm Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ) e per la TROMBOLISI (codici: 3604-Infusione trombolitica nell'arteria coronarica; 9910-Iniezione o infusione di agente trombolitico)**
16	100	Identificativo Chirurgo A intervento	AN	20	**NBB (obbligatorio per procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ e per la trombolisi)**	**Individua il chirurgo responsabile dell'intervento come risultante dal registro operatorio. Inserire codice identificativo certificato dal sistema Tessera Sanitaria (codice fiscale, STP, ENI o TEAM). Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ) e per la TROMBOLISI (codici: 3604-Infusione trombolitica nell'arteria coronarica; 9910-Iniezione o infusione di agente trombolitico)**
17	120	Identificativo Chirurgo B intervento	AN	20	FAC	**Inserire codice identificativo certificato dal sistema Tessera Sanitaria (codice fiscale, STP, ENI o TEAM) dell'ulteriore chirurgo che ha partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio**
18	140	Identificativo Chirurgo C intervento	AN	20	FAC	**Inserire codice identificativo certificato dal sistema Tessera Sanitaria (codice fiscale, STP, ENI o TEAM) dell'ulteriore chirurgo che ha partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio**
19	160	Identificativo Anestesista intervento	AN	20	FAC	**Individua l'anestesista dell'intervento. Inserire codice identificativo certificato dal sistema Tessera Sanitaria (codice fiscale, STP, ENI o TEAM). Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ).**

20	180	Codice Protesi 1	AN	15	FAC	Rilevare il tipo dispositivo medico e il codice identificativo di iscrizione al repertorio RDM della protesi 1 utilizzata durante l'intervento, nel seguente modo. Il primo carattere indica il tipo dispositivo medico: 1 = DM di classe 2 = Assemblato Il secondo carattere: inserire un trattino (-) Dal terzo carattere in poi inserire il codice identificativo di iscrizione al repertorio RDM (come utilizzato nel flusso DM contratti). Nel caso in cui non fosse presente il codice di repertorio indicare 000000000000000
21	195	Codice Protesi 2	AN	15	FAC	Rilevare il tipo dispositivo medico e il codice identificativo di iscrizione al repertorio RDM della protesi 2 utilizzata durante l'intervento, nel seguente modo. Il primo carattere indica il tipo dispositivo medico: 1 = DM di classe 2 = Assemblato Il secondo carattere: inserire un trattino (-) Dal terzo carattere in poi inserire il codice identificativo di iscrizione al repertorio RDM (come utilizzato nel flusso DM contratti). Nel caso in cui non fosse presente il codice di repertorio indicare 000000000000000
22	210	Codice Protesi 3	AN	15	FAC	Rilevare il tipo dispositivo medico e il codice identificativo di iscrizione al repertorio RDM della protesi 3 utilizzata durante l'intervento, nel seguente modo. Il primo carattere indica il tipo dispositivo medico: 1 = DM di classe 2 = Assemblato Il secondo carattere: inserire un trattino (-) Dal terzo carattere in poi inserire il codice identificativo di iscrizione al repertorio RDM (come utilizzato nel flusso DM contratti). Nel caso in cui non fosse presente il codice di repertorio indicare 000000000000000
23	225	Codice Protesi 4	AN	15	FAC	Rilevare il tipo dispositivo medico e il codice identificativo di iscrizione al repertorio RDM della protesi 4 utilizzata durante l'intervento, nel seguente modo. Il primo carattere indica il tipo dispositivo medico: 1 = DM di classe 2 = Assemblato Il secondo carattere: inserire un trattino (-) Dal terzo carattere in poi inserire il codice identificativo di iscrizione al repertorio RDM (come utilizzato nel flusso DM contratti). Nel caso in cui non fosse presente il codice di repertorio indicare 000000000000000
24	240	Codice Protesi 5	AN	15	FAC	Rilevare il tipo dispositivo medico e il codice identificativo di iscrizione al repertorio RDM della protesi 5 utilizzata durante l'intervento, nel seguente modo. Il primo carattere indica il tipo dispositivo medico: 1 = DM di classe 2 = Assemblato Il secondo carattere: inserire un trattino (-) Dal terzo carattere in poi inserire il codice identificativo di iscrizione al repertorio RDM (come utilizzato nel flusso DM contratti).

						Nel caso in cui non fosse presente il codice di repertorio indicare 000000000000000
25	255	Check List Sala Operatoria intervento	AN	1	NBB (obbligatorio per procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ e per la trombolisi)	**Riportare se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012.** **Utilizzare i seguenti codici:** **0 = No** **1 = Sì** **9 = Non applicabile** **Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ), effettuate in sala operatoria.**
26	256	Lateralità intervento	AN	1	FAC	Ove applicabile, specificare se l'intervento si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale. Utilizzare i seguenti codici: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale

TABELLA SALE

1° carattere: tipo sala. caratteri successivi: progressivo sala (univoco a livello di struttura erogatrice - 6 caratteri)

classificazione veneta (valori ammessi nel campo "SALA OPERATORIA" 1° CARATTERE)	**descrizione valore campo**
1	prevede minori procedure chirurgiche da attuarsi con anestesia topica o locale; esclude procedure intravenose, spinali ed epidurali
2	prevede minori procedure chirurgiche da attuarsi con anestesie regionali o intravenose o con farmaci psicotropi
3	prevede maggiori procedure chirurgiche da attuarsi sotto anestesia totale o regionale con il supporto delle funzioni vitali
4	Sale operatorie dedicate ad ortopedia con impianto di protesi, trapianti, cardiochirurgica, neurochirurgia
9	Sala operatoria non classificabile

Regole generali di valorizzazione dei campi

I campi alfanumerici vanno allineati a sinistra e completati a destra con caratteri "spazio". Analogamente, se non valorizzati, essi devono contenere caratteri "spazio". Fanno eccezione il campo DRG, per il quale si rimanda alle indicazioni di cui tracciato tracciato Z2 - informazioni di ricovero.
I campi numerici vanno allineati a destra e completati a sinistra con caratteri "zero". Analogamente, se non valorizzati, essi devono contenere caratteri "zero".
I campi data, se non valorizzati, devono contenere caratteri "spazio".
I campi ora, se non valorizzati, devono contenere caratteri "spazio".
I campi importo vanno compilati secondo le seguenti modalità:

- utilizzo del punto come carattere di separazione della parte decimale del numero, collocandolo in posizione fissa (terz'ultimo carattere);
- indicare sempre due cifre decimali
- allineamento a destra del valore;
- non utilizzo di caratteri di separazione delle migliaia;
- utilizzo opzionale di caratteri 0 (zero) posti a sinistra del numero, a completamento dello spazio disponibile.

Istruzioni operative per la compilazione dei nuovi campi clinici SDO

1. Rilevazione del dolore

Il nuovo tracciato SDO prevede che venga indicata se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010, recepita con DGR 2332/2011.

I valori ammessi sono: 1 (Sì) o 0 (No)

Il campo è obbligatorio per tutti i regimi di ricovero: ordinario, week surgery, diurno (Day Hospital e Day Surgery), sia nelle SDO di ricoveri per acuti sia di ricoveri post-acuti.

2. Pressione arteriosa sistolica

Il nuovo tracciato SDO prevede che venga indicato il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale al momento dell'accesso in Pronto Soccorso o dopo l'ammissione in reparto nel caso in cui il ricovero non avvenga da PS.

I valori ammessi sono tra 30 e 300

Il campo è obbligatorio se in un qualsiasi campo di diagnosi (principale o secondarie) è riportato il codice **dell'infarto miocardico acuto** (cod. 410.__ *Infarto miocardico acuto* ICD-9_CM versione 2007); ciò vale per tutti i regimi di ricovero: ordinario, week surgery, diurno (Day Hospital e Day Surgery), sia nelle SDO di ricoveri per acuti sia di ricoveri post-acuti in quanto vengono tracciati sia gli episodi iniziali di assistenza sia gli episodi successivi di assistenza, come da sottostanti specifiche sull'uso della quinta cifra.
La quinta cifra del cod. 410.__ (410._X) distingue l'episodio di assistenza:

- Quinta cifra = 0: **episodio di assistenza non specificato** (da non utilizzare - in quanto la documentazione clinica dovrebbe sempre contenere le informazioni necessarie per una descrizione precisa del caso e quindi consentire l'utilizzo della quinta cifra 1 o 2 - a meno di assoluta impossibilità ad acquisire l'informazione).
- Quinta cifra = 1: **episodio iniziale di assistenza**. Nella definizione di episodio iniziale di assistenza sono compresi anche i ricoveri di pazienti provenienti da altre strutture di cura per acuti; questo cod. va assegnato indipendentemente dal numero di trasferimenti che il paziente può avere effettuato. Non deve essere impiegato nei casi in cui si sia verificata un'interruzione dell'assistenza per acuti (trasferimento in strutture non per acuti o dimissioni a domicilio) perché in tali situazioni va utilizzato il quinto carattere 2, sempre che il ricovero avvenga entro otto settimane dall'evento iniziale di IMA e che sia ad esso correlato. Nuovi ricoveri, correlabili all'evento iniziale, ma successivi all'ottava settimana, avranno come codice il 414.*8 Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica.*
- Quinta cifra = 2: **episodio successivo di assistenza per lo stesso infarto**. Tale carattere va utilizzato per i ricoveri successivi all'episodio di assistenza, se effettuati entro le otto settimane dall'evento acuto. Va quindi usato per i pazienti che vengono nuovamente ricoverati per valutazioni, osservazioni o trattamenti relativi ad un infarto miocardico acuto per il quale hanno già avuto un ricovero entro le otto settimane precedenti, e che si sia concluso o con la dimissione o con il trasferimento ad una struttura non per acuti.

REGIONE DEL VENETO giunta regionale DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR - CRAV

3. Creatinina sierica

Il nuovo tracciato SDO prevede che venga inserito il valore di creatinina sierica in milligrammi per decilitro (mg/dL).
I valori ammessi sono tra > 00.00 e < 20.00

Il campo è obbligatorio nei seguenti casi:
- intervento chirurgico principale o secondario di **by-pass aortocoronarico** (cod. 36.1_ ICD-9_CM versione 2007) o **interventi sulle valvole cardiache** (cod. 35.1_-35.2_ ICD-9_CM versione 2007); gli interventi sulle valvole includono sia gli interventi cardiochirurgici sia gli interventi di cardiologia interventistica. Va indicato il valore pre-operatorio della creatinina sierica (mg/dL) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento;
- diagnosi principale o secondaria di **frattura del collo del femore** (cod. 820.__ ICD-9_CM versione 2007) e pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Va indicato il valore della creatinina sierica (mg/dL) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale;
- intervento chirurgico principale o secondario di **sostituzione protesica totale o parziale dell'anca** (cod. 81.51, 81.52 ICD-9_CM versione 2007) o **riduzione di frattura** (79.00 *Riduzione incruenta di frattura senza fissazione interna in sede non specificata*, 79.05 *Riduzione incruenta di frattura del femore senza fissazione interna*, 79.10 *Riduzione incruenta di frattura con fissazione interna, sede non specificata*, 79.*15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna*, 79.20 *Riduzione cruenta di frattura senza fissazione interna in sede non specificata*, 79.25 *Riduzione cruenta di frattura del femore, senza fissazione interna*, 79.30 *Riduzione cruenta di frattura con fissazione interna in sede non specificata*, 79.35 *Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna*, 79.40 *Riduzione incruenta di epifisiolisi in sede non specificata*, 79.45 *Riduzione incruenta di epifisiolisi del femore*, 79.50 *Riduzione cruenta di epifisiolisi in sede non specificata*, 79.55 *Riduzione cruenta di epifisiolisi del femore* ICD-9_CM versione 2007). Va indicato il valore pre-operatorio della creatinina sierica (mg/dL) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.
In caso di più interventi in sessioni operatorie diverse il valore della creatinina è da riferirsi alla prima sessione operatoria.

3. Frazione d'eiezione
Il nuovo tracciato SDO prevede che la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) venga riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.

I valori ammessi sono tra 10 e 80.

Il campo è obbligatorio solo per gli interventi chirurgici principali o secondari di by-pass aortocoronarico (cod. 36.1_ ICD-9_CM versione 2007) o per gli interventi sulle valvole cardiache (cod. 35.1_-35.2_ ICD-9_CM versione 2007); gli interventi sulle valvole includono sia gli interventi cardiochirurgici sia gli interventi di cardiologia interventistica.
In caso di più interventi in sessioni operatorie diverse il valore della frazione d'eiezione è da riferirsi alla prima sessione operatoria.

4. Diagnosi di dimissione presente al ricovero

Il nuovo tracciato SDO prevede che venga indicata se la diagnosi rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero oppure individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.

I valori ammessi sono: 1 (Sì) o 0 (No)

Tale campo è obbligatorio per ciascuna delle diagnosi codificate in SDO (sia diagnosi principale sia diagnosi secondarie) di tutti i regimi di ricovero: ordinario, week surgery, diurno (Day Hospital e Day Surgery), sia nelle SDO di ricoveri per acuti sia di ricoveri post-acuti.

6. Stadiazione condensata

Il nuovo tracciato SDO prevede di indicare lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione sia principale sia secondaria (cod. 140.0-190.9 e 193-199.1 ICD-9_CM versione 2007).

Vanno impiegati i seguenti codici:
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

Esempio:
Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali = **4**
Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali + metastasi a distanza = **5**
Nel caso in cui per lo stesso tumore siano presenti più stadi, va codificato lo stadio più grave.

Il campo è obbligatorio in presenza di diagnosi di dimissione principale e secondarie di neoplasia maligna (come sopra descritto) per tutti i regimi di ricovero: ordinario, week surgery, diurno (Day Hospital e Day Surgery), sia nelle SDO di ricoveri per acuti sia di ricoveri post-acuti.
In presenza di più diagnosi il campo va compilato più volte.

I campi "stadiazione TNM" e "versione TNM" sono facoltativi; per le modalità di compilazione verranno successivamente rappresentate le specifiche da seguire.

5. Farmaco oncologico

Il nuovo tracciato SDO prevede di indicare se durante il ricovero è stato utilizzato un farmaco oncologico ad alto costo come indicato dalla normativa vigente.

I valori ammessi sono:
1 (Sì) indica che il farmaco somministrato è stato rilevato ed addebitato mediante il flusso F
0 (No) non utilizzato farmaco

Tale campo è facoltativo, ma conviene inserirlo in quanto è utile come "mappatura dei consumi".

6. Lateralità della diagnosi

Il nuovo tracciato SDO prevede di indicare, ove applicabile, se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.

I valori ammessi sono:
1 = Destra
2 = Sinistra
3 = Bilaterale

Il campo è facoltativo, ma conviene inserirlo in quanto è utile ai fini della "mappatura del rischio".

REGIONE DEL VENETO giunta regionale DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR - CRAV

9. Interventi chirurgici/procedure

Il nuovo tracciato SDO prevede la possibilità di codificare fino a 11 interventi chirurgici/procedure, anche se il supporto informativo per la valorizzazione del ricovero attraverso l'attribuzione del DRG prende in considerazione solo i primi 6 interventi chirurgici/procedure. Per l'ordine gerarchico relativo alla scelta degli interventi chirurgici/procedure da riportare in SDO, occorre attenersi alle indicazioni contenute nelle linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera.

Oltre all'implementazione nel numero di procedure codificabili, i campi di nuova introduzione sono i seguenti:
- unità operativa di intervento, specialità di intervento, équipe infermieristica di intervento;
- sala operatoria;
- data e ora inizio, data e ora fine intervento;
- identificativo del primo chirurgo (responsabile dell'intervento) e dei colleghi chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio, fino ad un massimo di 3 identificativi complessivi;
- identificativo dell'anestesista dell'intervento;
- codice del dispositivo medico utilizzato durante l'intervento;
- check list di sala operatoria;
- lateralità dell'intervento.

In presenza di interventi chirurgici/procedure appartenenti all'elenco 4 Procedure terapeutiche maggiori della classificazione AHRQ i campi: sala operatoria, identificativo chirurgo A, data e ora inizio e fine intervento sono obbligatori, per tutti i regimi di ricovero: ordinario, week surgery, diurno (Day Hospital e Day Surgery). In presenza di più interventi tali campi vanno compilati riferiti a tutti gli interventi dell'elenco 4.