



---

**ASSESSORATO ALLA TUTELA DELLA SALUTE E SANITA'**

**DIREZIONE SANITA'**

**FLUSSO INFORMATIVO RICOVERI OSPEDALIERI**

**SISTEMA DEI CONTROLLI**

**E**

**DELLA TARIFFAZIONE**

**Settembre 2013**



## SOMMARIO

<b>1</b>	<b>PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO</b>	<b>2</b>
1.1	Obiettivi	2
1.2	Struttura del documento	3
<b>2</b>	<b>GENERALITA'</b>	<b>4</b>
2.1	Acronimi ed abbreviazioni	4
2.2	Riferimenti normativi	4
2.3	Definizioni	8
2.4	Regole generali di compilazione	9
2.5	Casi particolari di compilazione	10
<b>3</b>	<b>IL SISTEMA DEI CONTROLLI</b>	<b>13</b>
3.2	Controlli post-valorizzazione	18
<b>4</b>	<b>LE PROCEDURE DI VALORIZZAZIONE</b>	<b>20</b>
4.1	Generalità	20
4.2	Schema di calcolo per valorizzazione mediante peso	22
4.3	Schema di calcolo mediante tariffa	31
4.4	Le tabelle per la valorizzazione	32
<b>5</b>	<b>ALLEGATI</b>	<b>33</b>
5.1	Tracciati record SDO	34
5.2	Le schede analitiche	44
5.3	Combinazioni di valori consentiti per i campi relativi alla residenza anagrafica	163
5.4	Tabella dei controlli logici - normativi	168
	Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici	187
5.5	Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati accreditati	190
5.6	Tabella codici HSP11 delle Strutture Private accreditate di day surgery di tipo "C"	191
5.7	Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati non accreditati	191
5.8	Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali NSIS)	192
5.9	Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery	193
5.10	Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina	193
5.11	Tabella Interventi/Procedure non eseguibili in Day Hospital	194
5.12	Tabella endoprotesi identificate da interventi di impianto, in istituti / reparti autorizzati	195
5.13	Tabella compatibilità endoprotesi, codici intervento e unità operativa di erogazione	195
5.14	Tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare	195
5.15	Tabella codici attività economica principale	196
5.16	Tabelle per individuazione punteggio EuroSCOR	197
5.17	Tabella interventi che richiedono la compilazione del punteggio EuroSCOR	198

## **1 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO**

### ***1.1 Obiettivi***

Il presente documento, analogamente a quelli delle edizioni precedenti, si pone l'obiettivo di offrire alle Aziende Sanitarie ed alle strutture di ricovero un disciplinare tecnico che indichi le istruzioni per la corretta compilazione delle schede di dimissione ospedaliera e la relativa registrazione nell'archivio regionale delle SDO. Tale edizione tiene conto dell'introduzione del nuovo manuale di codificazione delle diagnosi e degli interventi ICD 9 CM nella versione 2007 e del nuovo sistema di attribuzione dei DRG col grouper nel 24° aggiornamento.

Esso si propone di trattare analiticamente:

- I controlli formali e logici applicati alle SDO trasmesse al CSI da tutti gli Istituti di ricovero
- I controlli applicati dopo l'attribuzione del DRG
- I controlli applicati dopo la tariffazione
- La formulazione delle regole informatiche per la tariffazione, valide per le strutture di ricovero pubbliche, equiparate e private provvisoriamente/definitivamente accreditate.

Vengono inoltre riportate le regole di valorizzazione delle schede di dimissione, coerentemente alla normativa in vigore, applicate agli Istituti pubblici ed e agli Istituti privati accreditati.

Com'è noto, a partire dalla rilevazione della competenza 2007 il tracciato SDO è stato suddiviso in due sezioni (anagrafica e dato clinico) in coerenza con il "D.M 27.10.2000 n. 380 - Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati" e con la normativa relativa alla protezione dei dati personali.

## **1.2    *Struttura del documento***

Il documento, analogamente alle precedenti versioni, si articola in cinque parti.

- PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO.
- GENERALITA': riporta il significato di acronimi ed abbreviazioni usati nel testo; seguono i riferimenti normativi più significativi cui si fa riferimento; viene quindi chiarito il significato di alcune locuzioni la cui univoca interpretazione è fondamentale per una corretta compilazione delle SDO.
- IL SISTEMA DEI CONTROLLI: illustra le varie tipologie di controlli informatici applicati nella procedura.
- LE PROCEDURE DI VALORIZZAZIONE : illustra le regole di calcolo seguite per tariffare ogni singola SDO, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.
- ALLEGATI: comprendono il nuovo tracciato record delle SDO, in forma tabellare; le schede analitiche relative ad ogni singolo campo; una sintesi di tutti i controlli pretariffazione attivati; alcune tabelle di codifica; alcuni quadri che evidenziano combinazioni di valori consentiti, o non consentiti.

## 2 GENERALITA'

### 2.1 Acronimi ed abbreviazioni

A	= ALFABETICO
ADI	= ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
AN	= ALFANUMERICO
AS	= AZIENDA SANITARIA
ASL	= AZIENDA SANITARIA LOCALE
ASO	= AZIENDA SANITARIA OSPDALIERA
CTR	= CONTROLLO
D. H.	= DAY HOSPITAL
DGR	= DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE
DM	= DECRETO MINISTERIALE
DRG (ROD)	= DIAGNOSIS RELATED GROUPS (RAGGRUPPAMENTI OMOGENEI DI DIAGNOSI)
D.S.	= DAY-SURGERY
FIM	= FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI
IRCCS	= ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
MDC	= MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORIES
N	= NUMERICO
OBB	= OBBLIGATORIO
RO	= RICOVERO ORDINARIO
RRF	= RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE
RSA	= RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
SDO	= SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA
SSN	= SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
TSO	= TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO
U.O.	= UNITA' OPERATIVA
U.P.	= UNITA' PRODUTTIVA

### 2.2 Riferimenti normativi

- D.M. 28.12.1991  
Istituzione scheda di dimissione ospedaliera.
- D.M. 26.7.1993  
Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.
- D.M. 27.10.2000 n. 380  
Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati.
- D.G.R. 18.9.1995 N. 70-1459  
Determinazione delle tariffe ospedaliere da riconoscersi agli erogatori pubblici e privati del Servizio Sanitario Regionale.
- D.G.R. 6.8.1997 n. 156-21885 e successive modificazioni ed integrazioni-  
Provvisorio accreditamento degli Istituti di cura privati.
- D.G.R. 27.10.1997 n. 44-22844  
Rideterminazione delle tariffe per attività ospedaliere e per altre attività sanitarie da riconoscersi agli erogatori pubblici del Servizio Sanitario Regionale
- D.G.R. 29.12.1997 n. 59-23768  
Interventi di cardiocirurgia. Determinazione delle tariffe da corrispondersi alle Case di cura private provvisoriamente accreditate con decorrenza 1.1.1997

- D.G.R. 30.12.1998 n. 31-26419  
Revisione delle modalità di addebito delle prestazioni per la compensazione della mobilità sanitaria dei cittadini.
- D.G.R. 25.2.2002 n. 36-5380  
Ridefinizione delle tariffe per attività ospedaliere effettuate dagli erogatori pubblici ed equiparati del Servizio Sanitario Regionale.
- D.G.R. 22.7.2002 n. 70-6732  
Integrazione e modifica della D.G.R. 25.2.2002 n. 36-5380. Rideterminazione delle percentuali di riferimento per l'incremento tariffario per la funzione universitaria e l'appropriatezza dei ricoveri.
- D.G.R. 5.8.2002 n. 46-6882  
Recepimento accordo tra Regione Piemonte e associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore sanitario privato per l'attività di ricovero per l'anno 2002. Budget e aggiornamento tariffario per l'anno 2002.
- D.G.R. 30.12.2002 n. 28-8148  
Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate da strutture pubbliche, equiparate e private accreditate per l'anno 2003.
- D.G.R. 02.03.2004 n. 60-11906  
Rideterminazione del budget 2003 e approvazione tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate
- D.G.R. 18.05.2004 n. 29-12508  
Rideterminazione del budget 2003 e approvazione tariffe per il primo gruppo di Case di Cura Private definitivamente accreditate – seconda parte.
- D.G.R. 25.10.2004 n. 37-13743  
Determinazione delle percentuali dei valori soglia di ammissibilità dei ricoveri ordinari per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatezza” di cui all'allegato 2C del D.P.C.M 29 novembre 2001 di definizione dei LEA
- D.G.R. 23.03.2005 n. 41-15180  
Recepimento accordo tra Regione Piemonte e Associazioni di categoria AIOP e ARIS per il settore sanitario privato, in merito alle modalità per la determinazione del budget delle strutture private provvisoriamente/definitivamente accreditate, nonché in merito alla definizione delle attività di ricovero in RRF 1° livello ed in lungodegenza postacuzie delle strutture private definitivamente accreditate
- D.G.R. 30.03.2005 n. 24-15233  
Attuazione D.G.R. n. 37-13743 del 25 ottobre 2004 – Rideterminazione dei valori dei ricoveri per i 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatezza” di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
- D.G.R. 10.10.2005 n. 50-1062  
Aggiornamento del sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera – ICD9CM 2002 versione 19

- D.G.R. 07.02.2006 n. 44-2139  
Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex artt. 42 e 43 L.833/78 e dalle Case di cura private provvisoriamente/definitivamente accreditate, per l'anno 2006. Revoca allegato 3) D.G.R. 41-15180 del 23.03.2005
- D.M. 05.12.2006  
Definizione nuovi modelli di rilevazione dei flussi informativi ministeriali sulle attività gestionali delle aziende sanitarie ed ospedaliere a partire dal 2007
- D.G.R. 28.12.2006 n. 71-5059  
Modifiche e integrazione linee guida regionali per l'attività di Day Surgery e modifiche procedure rilevazione attività di day hospital diagnostico. Revoca D.G.R. n. 57-3226 dell'11.06.2001
- Nota 09.01.2008 n. 822 e successive integrazioni  
Assistenza sanitaria a cittadini neo comunitari rumeni e bulgari – Disposizioni.
- D.G.R. 17.03.2008 n. 33-8425  
Recepimento degli Accordi tra la Regione Piemonte e le Associazioni di categoria dei soggetti erogatori ambulatoriali privati ANISAP, CONFAPI, GRISP, META per il biennio 2007-2008 e le Associazioni di categoria dei soggetti erogatori ospedalieri privati AIOP e ARIS per il biennio 2007-2008 e per la revisione della rete delle case di cura private ad indirizzo neuro-psichiatrico.
- D.G.R. 04.06.2008 n. 5-8880  
Integrazione alla D.G.R. n. 44-2139 del 07.02.2006 relativamente all'individuazione di nuova protesi rimborsabile e all'individuazione dei Centri autorizzati a beneficiare del relativo rimborso. Individuazione dell'Ospedale Regina Margherita di Torino quale centro autorizzato a beneficiare del rimborso per l'impianto di protesi cocleare.
- D.G.R. 28.07.2008 n. 56-9324  
Linee guida per la codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera con il sistema di classificazione internazionale ICD-9-CM 2002 – Revisione 2008
- D.G.R. 22.12.2008 n. 76-10395  
Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura presenti sul territorio regionale, pubblici e privati, accreditati definitivamente e provvisoriamente, in ordine all'obbligo e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2009 e 2010
- D.M. 18.12.2008  
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: versione italiana 2007 dell'ICD-9-CM e grouper 24
- D.G.R. 12 .01.2009 n. 4-10568  
Aggiornamento del sistema di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera ICD-9-CM alla versione italiana 2007 della International Classification of Diseases 9th revision Clinical modification (ICD9CM).



- D.G.R. 20.07.2009 n. 59-11816  
Modificazioni ed integrazione del sistema di remunerazione dell'attività di ricovero ospedaliero.
- D.G.R. 07.12.2009 n. 26-12740  
Integrazioni alla D.G.R del 20 luglio 2009 n. 59-11816 e alla D.G.R 7 febbraio 2006 N. 44-2139 riguardanti la remunerazione dell'attività di ricovero ospedaliero.
- D.G.R. 30.12.2009 n. 97-13037  
Revisione della rete delle case di cura private ad indirizzo neuropsichiatrico. Proseguimento della fase sperimentale nell'anno 2010.
- D.G.R. 16.03.2010 n. 85-13580  
Attività di continuità assistenziale: organizzazione e remunerazione delle attività di assistenza specialistica di ospedalizzazione domiciliare.
- D.G.R. 29.03.2010 n. 97-13750  
Modifiche ed integrazioni alla DGR 44-2139 del 7 febbraio 2006 riguardante la tariffazione dell'attività di day hospital con l'uso di farmaci ad alto costo.
- D.M. 08.07.2010 del Ministero della Salute  
"Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380";
- D.G.R. 22.03.2010 n.13647-830  
Istituzione del Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome.
- D.G.R. 15.10.2010 n.18-804  
Disposizioni in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2011 e 2012.
- D.G.R. 07.03.2011 n.12-1665  
Attuazione Piano di rientro. Attività di Recupero e rieducazione funzionale: criteri di appropriatezza per attività di Day-Hospital. Modifica ed integrazione D.G.R. n. 44-2284 del 27/10/2007 e n. 10-5605 del 2/04/2007.
- D.G.R. 03.08.2011 n. 4-2495  
Attuazione del Piano di Rientro e armonizzazione con gli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012 del 3/12/2009 in materia di appropriatezza dell'attività di ricovero e modificazione delle modalità di remunerazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata.
- D.G.R. 18.12.2012 n. 33-5087  
Organizzazione delle attività di Chemioterapia e revisione del relativo riconoscimento tariffario. Modificazione alla deliberazioni regionali D.G.R. n. 73-13176 del 27.07.2004, D.G.R. n. 4-2495 del 3.08.2011 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010.

## ***Definizioni***

### ➤ **Istituto di Cura**

Il Decreto del Ministero della Sanità 23/12/96", nella tabella dell'Art. 1, norma la raccolta dei dati anagrafici delle "**STRUTTURE DI RICOVERO**", con il modello HSP.11 ed i dati anagrafici degli "**ISTITUTI**" facenti parte della *struttura di ricovero*, attraverso il modello HSP.11 bis.

Dunque si intende che l'unità organizzativa ospedaliera deputata ai ricoveri è la "**STRUTTURA DI RICOVERO**" - definita dal codice HSP. 11 a sei caratteri - eventualmente articolata in più sedi diverse "**ISTITUTI**" - identificati dal subcodice HSP. 11bis di due caratteri - purché dipendenti da un'unica direzione sanitaria di presidio.

Si è definito "**ISTITUTO DI CURA**" quello codificato con gli otto caratteri, costituiti dalla somma dei sei della struttura di ricovero più i due dell'istituto.

CAMPO 04.0 = "ISTITUTO DI CURA" (6 + 2 = 8 caratteri)

SOTTOCAMPO 04.1 = "STRUTTURA DI RICOVERO" (6 caratteri)

SOTTOCAMPO 04.2 = "ISTITUTO DI DIMISSIONE" (2 caratteri)

### ➤ **Struttura Erogante**

Codice della Struttura che eroga la prestazione, corrispondente alla partita IVA.  
(esempio: ASL = 101, ASO = 909, Presidi Privati equiparati = 921, Privati accreditati = 620)

### ➤ **Unità Operativa**

Comprende, in un'unica definizione, unità organizzative molteplici, fino ad ora variamente nominate, quali il Dipartimento, il Reparto, la Divisione, il Servizio, la Sezione.

Si precisa che l'U.O. può essere autonoma o non autonoma.

La U.O. nell'organizzazione aziendale e quindi nella procedura "Anagrafe Strutture" - indifferentemente dal numero di Strutture di Ricovero esistenti (HSP11) e dal numero di Istituti di Ricovero in sedi diverse (HSP11.Bis) - può essere definita sia esclusivamente nella STRUTTURA DI RICOVERO (HSP11) sia in uno o più ISTITUTI DI RICOVERO (HSP11.Bis).

### ➤ **Matricola di Unità produttiva**

Codice che identifica l'Unità Produttiva che rappresenta il punto di erogazione della prestazione di ricovero all'interno della U.O. Il codice dell'attività dell'U.P. definisce la tipologia e il regime di ricovero e nell' Unità Produttiva è rilevato il numero dei posti letto.

L'Unità Produttiva può erogare l'attività di ricovero anche in una sede diversa dalla sede dove è definita la U.O. La corretta definizione in Anagrafe delle Strutture delle Unità Produttive permette pertanto la valorizzazione del flusso dei ricoveri (SDO) inviato tramite la matricola di una Unità Produttiva con codice dell'istituto di cura o Struttura di ricovero diversi dall'Istituto di cura o dalla Struttura di ricovero dove è definita la U.O.

### ➤ **Ricovero di un giorno**

Si ha ricovero di 1 giorno quando la differenza fra la data di ricovero e la data di dimissione è minore di 2.

### 2.3 Regole generali di compilazione

#### - **Campi obbligatori**

Sotto il profilo logico, ogni campo obbligatorio presente nella SDO deve necessariamente essere compilato con informazioni significative, al fine di conferire la massima attendibilità alle funzioni statistico-epidemiologiche, economiche e programmatiche del flusso informativo.

#### - **Campi non obbligatori**

E' ovvio che, se un campo prevede un evento che può non verificarsi, nel corso del ricovero, il campo stesso non può essere definito "obbligatorio" dal punto di vista informatico (vale come esempio il campo "INTERVENTO").

#### - **Campi condizionati**

In altri casi, l'informazione risulta obbligatoria soltanto se un evento, previsto in un campo collegato, si sia verificato (ne costituiscono esempi i campi "TIPO RICOVERO ORDINARIO" obbligatorio soltanto se "REGIME DI RICOVERO" = ORDINARIO e "MOTIVO DEL RICOVERO DIURNO", da compilare se "REGIME DI RICOVERO" = DIURNO).

#### - **Tipo del campo e valori ammessi**

Tutti i campi, quando valorizzati, devono essere interamente compilati scegliendo il valore adatto fra quelli previsti nella riga "VALORI AMMESSI" del quadro "CORRETTEZZA FORMALE" delle schede, secondo la modalità seguente:

campi **ALFABETICI (A)**: allineati a sinistra + **spazi**, se necessari, per completare tutti i caratteri previsti.

campi **ALFANUMERICI (AN)**: allineati a sinistra + **spazi**, se necessari, per completare tutti i caratteri previsti.

campi **NUMERICI (N)**: allineati a destra; eventuali posizioni vuote, a sinistra compilate con "**zeri**" (e non con spazi).

Nel caso dei campi "non obbligatori" non compilati, od "obbligatori condizionati", quando la condizione non si verifica:

- i campi **ALFABETICI (A)** ed **ALFANUMERICI (AN)** sono riempiti con tanti "spazi" quanti sono i caratteri previsti per il campo;
- i campi **NUMERICI** sono riempiti con "zeri".

## 2.4 *Casi particolari di compilazione*

### 2.4.1 **Istituti privati non accreditati.**

**Anche per gli istituti privati non accreditati** la compilazione della SDO è obbligatoria ai sensi della normativa vigente con particolare riferimento al D.M. 27.10.2000 n. 380 ed assume in particolare carattere statistico-epidemiologico e la registrazione nell'archivio regionale rappresenta specifico debito informativo. Ad essi, non si applicano i controlli specifici per la tariffazione e la mobilità sanitaria. La sigla "NR" nell'apposita colonna del tracciato record, indica che l'obbligo di compilazione **non** si estende anche al privato non accreditato. Tale simbolo è assente da tutti i campi che costituiscono debito informativo nei confronti del Ministero della Sanità e da alcuni altri, di particolare interesse regionale, ai fini della definizione dello stato di salute della popolazione del Piemonte. Per il privato non accreditato, dunque, sui campi **non** contrassegnati da "NR" e solo su di essi, verranno effettuati i controlli informatici di congruità formale e logica.

### 2.4.2 **Codifica delle diagnosi e degli interventi/procedure**

Il D.M. 18.12.2008 impone di adottare, a partire dalla competenza 2009, il sistema di classificazione ICD-9-CM versione 2007 per la codifica delle diagnosi e degli interventi utilizzati nel compilare le SDO.

Congiuntamente viene adottata la versione 24° del Grouper per il calcolo dei DRG.

### 2.4.3 **Durata della degenza nei reparti di riabilitazione e lungodegenza**

#### 2.4.3.a. *Regola generale*

I ricoveri in reparti delle discipline di post-acuzie, vengono valorizzati con tariffe/pesi giornalieri applicando le regole vigenti di abbattimento della valorizzazione a decorrere dal 61° giorno di ricovero.

NB.: dal 2011 sono stati attivati dei reparti di Unità Stati Vegetativi (disciplina 60-1), che fanno eccezione a tale regola, perché in questi reparti non ci sono limiti temporali della degenza.

#### 2.4.3.b. *Regole per prolungamento degenza*

Con le DD.GG.RR. n. 34-251 del 19-6-2000 e n. 57-644 del 31-7-2000, sono state previste le regole per gestire il prolungamento della degenza in Istituti privati provvisoriamente accreditati, nei reparti delle discipline 60(Lungodegenza 60-0 e Lungodegenza NP 60-4), 68, 40 fase intensiva ed estensiva.

Per i casi non rientranti nella fattispecie succitata, valgono le regole precedenti di abbattimento tariffario: non è prevista la possibilità di prolungamento della degenza ed i campi relativi non devono essere compilati.

#### 2.4.3.b.1 *Regole per prolungamento degenza oltre 60 giorni*

Le regole seguenti si applicano alle discipline di:

- Lungodegenza: discipline 60 e 68
- Neuro-psichiatria fase intensiva - disciplina 40 sub codice regionale 4 - in corso di superamento - (reparti da 40.20 a 40.29)

I campi interessati sono i seguenti:

63.0 Prolungamento degenza oltre 60/120 giorni

64.0 Data richiesta prolungamento

65.0 Giorni di prolungamento autorizzati

66.0 Data di prima autorizzazione o di non autorizzazione al prolungamento

67.0 Data di ultima autorizzazione al prolungamento.

Si rimanda alle relative schede per le modalità di compilazione e per i controlli applicati.

In particolare la procedura prevede:

- di calcolare a tariffa piena le giornate fino alla 60°
- di calcolare a tariffa piena le giornate dal 61° giorno alla data di eventuale NON autorizzazione al prolungamento del ricovero da parte dell'ASL; oltre tale data la tariffa viene abbattuta del 40%
- di calcolare a tariffa piena le giornate dal 61° al 120° giorno autorizzate dall'ASL (sulla base del numero di giornate effettivamente trascorse dal 61° giorno alla data di dimissione, che comunque non possono essere superiori alle giornate autorizzate); l'eventuale prosecuzione del ricovero nell'ambito dei 120 giorni oltre le giornate effettivamente autorizzate, sarà valorizzata con la tariffa giornaliera abbattuta del 40%
- il 120° giorno è il limite massimo entro cui deve avvenire la dimissione
- le autorizzazioni al prolungamento possono essere più di una, ma non superare complessivamente i 60 giorni, quindi viene richiesto di inserire la data della prima autorizzazione o della mancata autorizzazione da parte dell'Asl (per i controlli sulla valorizzazione e l'eventuale abbattimento) e poi la data dell'ultima autorizzazione; le giornate devono essere la sommatoria di tutte quelle autorizzate (al massimo 60)
- le giornate di ricovero effettuate dopo il 120° giorno e risultanti da apposita scheda nosologica, saranno valorizzate a zero.

#### 2.4.3.b.2 Regole per prolungamento degenza oltre 120 giorni

Le regole seguenti si applicano alla

- Neuro-psichiatria fase estensiva - disciplina 40 sub codice regionale 4 - in corso di superamento (reparti da 40.01 a 40.19)

Per la gestione di tale modalità di ricovero vengono utilizzati gli stessi campi del prolungamento oltre i 60 gg con le seguenti regole.

63.0 Prolungamento degenza oltre 60/120 giorni

64.0 Data richiesta prolungamento

65.0 Giorni di prolungamento autorizzati

66.0 Data di prima autorizzazione o di non autorizzazione al prolungamento

67.0 Data di ultima autorizzazione al prolungamento.

Si rimanda alle relative schede per le modalità di compilazione e per i controlli applicati.

In particolare la procedura prevede:

- di calcolare a tariffa piena le giornate fino alla 120°
- di calcolare a tariffa piena le giornate dal 121° giorno alla data di eventuale NON autorizzazione al prolungamento del ricovero da parte dell'ASL; oltre tale data la tariffa viene abbattuta del 40%
- di calcolare a tariffa piena le giornate dal 121° al 180° giorno autorizzate dall'ASL (sulla base del numero di giornate effettivamente trascorse dal 121° giorno alla data di dimissione, che comunque non possono essere superiori alle giornate autorizzate); l'eventuale prosecuzione del ricovero nell'ambito dei 180 giorni oltre le giornate effettivamente autorizzate, sarà valorizzata con la tariffa giornaliera abbattuta del 40%
- il 180° giorno è il limite massimo entro cui deve avvenire la dimissione
- le autorizzazioni al prolungamento possono essere più di una, ma non superare complessivamente i 60 giorni, quindi viene richiesto di inserire la data della prima

autorizzazione o della mancata autorizzazione da parte dell'Asl (per i controlli sulla valorizzazione e l'eventuale abbattimento) e poi la data dell'ultima autorizzazione; le giornate devono essere la sommatoria di tutte quelle autorizzate (al massimo 60)

- le giornate di ricovero effettuate dopo il 180° giorno e risultanti da apposita scheda nosologica, saranno valorizzate a zero.

#### **2.4.3.c. Reparti di neuro-psichiatria**

Per l'attività di neuropsichiatria ( disciplina 40 ), negli istituti privati provvisoriamente accreditati, la D.G.R. n 46-6882 del 5-8-2002 considerava tutta l'attività come post-acuzie e distingueva:

- fase intensiva - reparti da 40.20 a 40.29 - abbattimento a decorrere dal 61° giorno
- fase estensiva - reparti da 40.01 a 40.19 - abbattimento a decorrere dal 121° giorno.

I ricoveri in questi reparti sono sottoposti alle regole precedentemente esposte, è quindi prevista la possibilità di prolungare i ricoveri in area intensiva dal 61° al 120 giorno (cfr. 2.5.2.b.1) e quelli in area estensiva dal 121° al 180° giorno (cfr. 2.5.2.b.2).

La D.G.R. n. 33-8425 del 17.03.2008, prevede la ristrutturazione dell'attività di neuropsichiatria in tre aree\*:

- acuzie - disciplina 40\* - valorizzata a drg, prevedendo la degenza entro soglia ed eventuali giornate oltre soglia;
- riabilitazione - disciplina 56 sub codice regionale 4\* - abbattimento a decorrere dal 41° giorno
- lungodegenza - disciplina 60. sub codice regionale 4\* - abbattimento a decorrere dal 61° giorno

**\*NB.: l'attivazione di queste tre aree e dei relativi reparti, nelle singole strutture, è vincolata all'approvazione delle deliberazioni regionali di ratifica dell'accreditamento secondo le indicazioni della stessa DGR citata; in assenza di tali deliberazioni continuerà a valere il regime di post-acuzie suddivisa tra fase intensiva ed estensiva.**

Si osserva che non esiste possibilità di prolungamento oltre i limiti ordinari, per i ricoveri in area di acuzie neuro-psichiatrica, né per i ricoveri in area di riabilitazione neuro-psichiatrica

Nell'ambito dell'area di lungodegenza è stata individuata una **quota massima del 10%** di pazienti che possono aver necessità di tempi di permanenza prolungati.

E' quindi prevista la possibilità di richiedere la proroga della degenza oltre il 60° giorno, senza abbattimento tariffario, fino ad un massimo di 120 giorni; per la gestione di tali proroghe valgono le stesse regole degli altri reparti di lungodegenza, descritte nel paragrafo 2.5.2.b.1

Alla chiusura dell'anno di competenza, verranno eseguite le verifiche relative al volume totale dei ricoveri in area di lungodegenza neuro-psichiatrica:

- le cartelle con prolungamento oltre il 60° giorno, che eventualmente superassero la quota del 10% previsto, verranno rivalorizzate applicando la normale regola della riduzione al 40% della tariffa per i giorni oltre soglia.

La D.G.R. n. 97-13037 del 30.12.2009, prolunga fino al 31.12.2010 la fase sperimentale riguardante la revisione della rete di case di cura psichiatriche ad indirizzo neuropsichiatrico, recepita dalla D.G.R. n. 33-8425 del 17.03.2008.

### 3 IL SISTEMA DEI CONTROLLI

Il tracciato record SDO costituisce l'input alla procedura di elaborazione del flusso informativo relativo ai dimessi, al termine di un iter sanitario in regime di ricovero ordinario, diurno (D.H.) o di ricovero a domicilio.

Ogni record, corrispondente ad un singolo episodio di ricovero, viene sottoposto a due fasi di controllo: una prima della valorizzazione, l'altra a valorizzazione avvenuta.

Nelle edizioni precedenti del documento, esisteva già il concetto di *sostituzione e cancellazione* di una SDO precedentemente inviata: vale a dire che, se un utente ritiene di dover modificare o cancellare una SDO, autonomamente od in conseguenza di una segnalazione di errore, dovrà manifestare la sua volontà indicando nel campo 59.0 (Tipo movimento) i caratteri:

"C" per cancellazione oppure

"S" per sostituzione

il record da sostituire o cancellare viene identificato in base al Numero cartella, tra le sdo inviate da uno degli Istituti appartenenti alla Struttura di Ricovero (Hsp11), o dal solo Istituto di dimissione (HSP11.Bis), se questo è abilitato alla "numerazione indipendente" delle cartelle.

Fino alla competenza 2007, se la SDO veniva inviata per la prima volta, il campo Tipo movimento doveva obbligatoriamente essere lasciato a "spazio", pena lo scarto del record.

Con la competenza 2008, tale obbligo è stato attenuato:

- rimanendo invariato il significato dei valori attribuibili al campo 59.0:  
"spazio" I° invio / "S" sostituzione / "C" cancellazione
- un record, in cui il campo Tipo movimento è lasciato a "spazio", se la cartella risulta già presente in archivio, verrà respinto (non è un I° invio);
- un record inviato con il campo Tipo movimento valorizzato a "S", verrà accettato anche se la cartella non risulta già presente in archivio.

NB.: una cartella respinta in quanto "Non elaborabile" (errore Nxx), oppure cancellata (mediante invio di record con Tipo movimento "C"), deve essere considerata "non inviata", quindi verrà trattata come I° invio.

L'Assessorato comunica anticipatamente alle strutture il calendario delle tempistiche di trasmissione del flusso SDO che deve essere inviato nella competenza. Con DGR n. 18-804 del 15 ottobre 2010 è stato deliberato e comunicato alle strutture il calendario relativo agli anni di competenza 2011 e 2012.

L'invio del flusso successivo alla scadenza definita, ma non oltre la scadenza annuale, viene comunque accettato e valorizzato ma considerato «fuori tempo massimo» con apposita segnalazione. In caso di invio oltre la scadenza annuale il flusso viene accettato e valorizzato in extracompetenza.

### 3.1.1 Controlli pre-valorizzazione

Sui dati si effettuano i controlli finalizzati ad evidenziare gli errori riscontrati nella imputazione delle informazioni:

- se non vengono riscontrati errori, i record sono avviati all'archivio delle SDO corrette e sottoposti ai successivi trattamenti per la valorizzazione e poi restituite al mittente già valorizzate;
- se si rilevano uno o più errori, le SDO errate vengono memorizzate in un archivio loro dedicato e restituite al mittente non valorizzate e con segnalazione del/degli errori riscontrati. Si evitano così le successive fasi di elaborazione di dati non trattabili.
- sulla competenza 2013 viene attivata la verifica del codice fiscale con il servizio SOGEI (cfr. controllo logico LC6); poiché la disponibilità di tale servizio non è sempre garantita, in caso di indisponibilità la SDO, segnalata con il codice S17, verrà accettata (a meno di ulteriori errori) come corretta e valorizzata "provvisoriamente". Mensilmente queste SDO, accettate "provvisoriamente", verranno sottoposte nuovamente alla verifica del codice fiscale con il servizio SOGEI ed in caso di esito negativo verranno annullate; l'elenco delle SDO annullate verrà comunicato alle strutture invianti perché possano procedere alla correzione.

Quando, corretti gli errori, le SDO vengono rinviate al CSI – **entro il limite previsto e cioè entro un mese dalla data di scadenza di invio del flusso** – se superano il sistema dei controlli pre-valorizzazione, seguono l'iter normale di archiviazione e valorizzazione.

I controlli pre-valorizzazione, sono orientati a valutare la correttezza formale, logica e normativa.

### 3.1.2 La correttezza formale

I controlli di correttezza formale consistono nella verifica che:

- ❑ il dato introdotto sia del formato previsto per quel campo;
- ❑ il valore introdotto sia compreso nel campo di validità previsto;
- ❑ il codice utilizzato sia corretto: se ne verifica l'esistenza nella tabella di riferimento, relativa a quel tipo di informazione.

Il tracciato record contiene dati obbligatori e dati non obbligatori:

#### Dati obbligatori:

l'omissione o l'errata digitazione di tali informazioni costituisce errore.

#### Dati non obbligatori:

alcune informazioni possono essere introdotte solo se durante il ricovero si sono verificati determinati tipi di eventi (esempi: altre patologie, interventi chirurgici, codice protesi, quantità protesi, costo unitario).

I campi ad esse relative non sono obbligatori sotto l'aspetto informatico, ma, se compilati, devono contenere valori validi.

Eventuali anomalie riscontrate in questa fase costituiscono errore.

**Tutti gli errori evidenziati nella fase di controllo formale producono una segnalazione di errore che viene comunicata all'utente e la SDO viene sempre memorizzata come "record errato".**



### 3.1.3 La correttezza logica

I campi, controllati formalmente, devono essere messi in relazione tra loro. Si individuano quindi gruppi logici di informazioni e si procede a controlli di congruenza. Qualora tali controlli evidenzino anomalie, **la SDO viene trattata come errata.**

#### Controlli di congruità normativa

I dati che hanno superato i controlli di correttezza formale e logica ed hanno subito le successive fasi di elaborazione, compresa quella di attribuzione del DRG, vengono sottoposti ad ulteriori controlli, preliminari alla fase di valorizzazione .

Scopo di tali controlli è l'individuazione di quelle SDO che, pur contenendo informazioni sia formalmente che logicamente corrette, devono subire adattamenti ai fini della valorizzazione per rispettare precise indicazioni di legge, o per rispondere ad incontrovertibili regole di appropriatezza tecnico-scientifica sanitaria.

Tali SDO **non** costituiranno input per le successive fasi di valorizzazione . Seguiranno pertanto, il destino di ogni altro record errato: restituzione al mittente ed archiviazione fra gli "errati", in attesa della correzione da parte del compilatore.

I controlli di congruità normativa applicati, riguardano:

➤ Ricoveri in U.O. di Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF) non in diretta connessione con l'evento scatenante (Cfr. Campo 37.0)

Se l'UO di ammissione è una UO di RRF e la provenienza dell'assistito non è «trasferito da istituto pubblico» o «trasferito da istituto privato provvisoriamente accreditato» o "trasferito da altro regime di ricovero nell'ambito della stessa struttura di ricovero", si verifica che il DRG attribuito dal Grouper sia 462. Se così non è il DRG viene "forzato" a 462, secondo quanto previsto dalla DGR 44-22844.

Dell'incongruenza viene data notizia all'azienda inviante e, se entro i consueti quattro mesi dal mese di competenza, non verrà trasmessa opportuna correzione, la SDO resterà tariffata definitivamente secondo il DRG 462.

In sintesi per i ricoveri ordinari:

1) negli Istituti pubblici o equiparati:

se  $(UO\ AMMISSIONE) = 56$  e  $(PROVENIENZA\ ASSISTITO \neq 4\ o\ 5\ o\ 6\ o\ 7)$

allora:

se  $DRG \neq 462$

sostituzione del valore del DRG con il valore 462 e MDC con il valore 23

(salvo correzione pervenuta entro i quattro mesi successivi al mese di competenza)

2) negli Istituti privati provvisoriamente/definitivamente accreditati:

se  $UO\ AMMISSIONE = 56$  progressivo di divisione = 20 e  $(PROVENIENZA\ ASSISTITO \neq 4\ o\ 5\ o\ 7)$

allora:

se  $DRG \neq 462$

sostituzione del valore del DRG con il valore 462 e MDC con il valore 23

(salvo correzione pervenuta entro i quattro mesi successivi al mese di competenza)

➤ Ricoveri in U.O. di Lungodegenza

Ogni ricovero effettuato in un reparto di lungodegenza (codice 60) è un episodio di ricovero e pertanto non è previsto il trasferimento da/a reparti di disciplina diversa, nell'ambito della stessa struttura. In caso di passaggio a disciplina 60 da altra disciplina o viceversa, si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.

Per gli istituti pubblici, sono consentiti trasferimenti tra reparti della disciplina 60 della stessa struttura di ricovero (HSP11).

➤ Ricoveri in Unità Stati Vegetativi

L'U.S.V è un particolare reparto della disciplina 60 (sottocodice 1), prevista dalla D.G.R. 13647-830 del 22.03.2010. Per i ricoveri in questo reparto, analogamente a tutti quelli della disciplina 60, va compilata una specifica SDO e non sono permessi trasferimenti da reparti diversi (neanche da altri reparti di Lungodegenza), né viceversa

A causa delle durate particolarmente lunghe, di questi ricoveri (che possono essere a cavallo di due competenze), le strutture hanno facoltà di richiedere una valorizzazione annuale, chiudendo le SDO amministrativamente, al 31 dicembre di ogni anno pur proseguendo il ricovero nell'anno successivo, nei casi nei quali alla stessa data il ricovero abbia già avuto una durata superiore a 120 giorni.

Le SDO dovranno essere compilate nel seguente modo:

- a. se la SDO ha una decorrenza inferiore ai 120 giorni o se il ricovero si conclude nello stesso anno deve essere compilata normalmente
- b. Se la SDO eccede i 120 giorni e il ricovero continua nell'anno successivo

la prima SDO avrà le seguenti caratteristiche:

- data di ricovero, corrispondente alla data di ingresso del paziente in U.S.V.;
- data di dimissione, convenzionale, al 31 dicembre dell'anno di competenza;
- il campo 25.0 – Modalità di dimissione deve contenere il valore:  
"B" – Chiusura convenzionale di ricovero in U.S.V.;

la seconda SDO, che prosegue il ricovero, avrà le seguenti caratteristiche:

- data di ricovero, convenzionale, al 31 dicembre dell'anno della SDO precedente (coincide con la data di dimissione della precedente);
- il campo 25.0, Provenienza assistito, valorizzato a  
"B" – Prosecuzione di ricovero in U.S.V.
- data di dimissione all'uscita del paziente dal reparto;

Le SDO, con Provenienza Assistito = "B", sebbene strettamente concatenate alle precedenti, non saranno considerate Ricoveri Ripetuti dalla procedura che calcola tali abbattimenti poiché a due SDO con stesso CF corrisponde agli atti documentali della struttura una unica cartella clinica.

➤ Prestazioni di trapianto:

L'evento trapianto viene desunto dal codice ICD-9-CM del campo 43.2.

Si controlla che l'istituto di cura erogante la prestazione di trapianto di cuore, polmone, fegato, pancreas, rene sia abilitato (cfr. allegato 5.11) ad effettuare l'intervento, in ogni caso tali trapianti, compreso quello di midollo osseo, non possono essere effettuati in regime di "ricovero diurno".

Nel caso di "trapianto di cornea", si controlla l'esistenza di un'U.O. di oculistica (codice 34.xx) nell'ambito della struttura di ricovero e l'intervento può anche essere eseguito in ricovero diurno (cfr. allegato 5.11)

➤ Ricoveri per Parto:

- Se il DRG identifica una delle possibili modalità di parto (da 370 a 375) si verifica l'esistenza di un U.O. di ostetricia e ginecologia (cod. 37.xx).
- Se il DRG identifica una delle possibili modalità di parto (da 370 a 375) si verifica l'esistenza, in uno dei campi "diagnosi secondaria", dei codici relativi all'esito del parto (V27.x)
- Il regime di ricovero non può essere "diurno", ma può essere "di un giorno".

➤ Prestazioni in reparti di Neuroriabilitazione (cod 75):

Ricoveri in unità gravi cerebrolesioni acquisite, codice 75: la scheda nosologica dovrà avere un DRG appartenente alla MDC 1.

Solo per l'Ospedale S. Luigi sd Orbassano (HSP11 010904), in relazione alle specifiche attività svolte, sono riconosciute anche SDO con DRG appartenenti alla MDC 4.

➤ DRG 469 o 470:

Nei casi in cui i codici ICD-9-CM apposti sulla SDO conducono il "Grouper" ad attribuire un DRG **469 o 470**, il record seguirà il destino delle Schede corrette, ma verrà fornita una segnalazione alla struttura di ricovero inviante, la quale potrà, pertanto, rinviare una nuova SDO, debitamente modificata, con il campo 59.0 (tipo di movimento) valorizzato a "S" entro i due mesi successivo al mese di competenza.

### 3.2 Controlli post-valorizzazione

Non appena i record pervenuti al CSI superano la fase di controllo pretariffazione, possono essere sottoposti alle procedure di valorizzazione e sono memorizzati, in modo definitivo, nell'archivio "SDO corrette".

A questo punto è possibile l'applicazione di ulteriori nuovi controlli, con cadenze temporali previste dalla Regione, volte ad ottimizzare la qualità del flusso informativo di cui si tratta, per ottenere:

- ❑ dati più appropriati per una corretta analisi delle norme tariffarie,
- ❑ per un decremento delle contestazioni relative alla mobilità,
- ❑ per la valutazione di alcuni indici di appropriatezza dei ricoveri e delle dimissioni,
- ❑ per procedere a scelte programmatiche più allineate alle necessità di salute espresse dalla popolazione piemontese.

➤ Identificazione di ricoveri ripetuti nella stessa struttura di ricovero, con uguale MDC, entro 30 giorni dalla data di dimissione:

preso atto dell'obiettiva difficoltà, per alcuni istituti di ammissione, di riconoscere un ricovero ripetuto avente le caratteristiche che comportano la decurtazione del 20% del valore del DRG (previsto dalla DGR 44-22844/97 e successive modifiche integrative e dalla DGR 31-26419 del 30.12.1998) si procede al controllo annuale dei ricoveri ordinari ripetuti su tutte le SDO corrette, pervenute da una struttura di ricovero. Per le strutture pubbliche, equiparate e definitivamente accreditate il controllo viene effettuato per le discipline di acuzie, mentre per le strutture private provvisoriamente accreditate il controllo è esteso a tutte le discipline:

*Se si rinvenivano nell'archivio due o più schede relative alla stessa struttura di ricovero, che presentano:*

- *Regime di ricovero = ordinario e*
- *Uguale (codice fiscale, o cognome e nome e data di nascita) e*
- *uguale MDC e*
- *data di ricovero di una scheda ≤ 30 giorni rispetto alla data di dimissione della scheda immediatamente precedente,*

*allora il ricovero è **ripetuto** e si applica l'abbattimento del 20% della tariffa.*

Fanno eccezione per gli istituti privati provvisoriamente accreditati, e quindi non si considerano "ricoveri ripetuti" che portano ad un abbattimento, i seguenti casi:

- ❑ ricovero in regime di post-acuzie (UU.OO. disciplina 40 sub codice regionale 4 - in corso di superamento, 56, 60, 68 e 75) con precedente ricovero in UO per acuti e viceversa.
- ❑ ricovero in regime di post-acuzie (UU.OO. disciplina 40 sub codice regionale 4 - in corso di superamento, 56, 60, 68 e 75) con precedente ricovero in UO di post-acuzie con discipline diverse per i due episodi di ricovero.
- ❑ ricovero successivo in casa di cura per post-acuzie a seguito di ricovero in struttura pubblica per intervento maggiore di 1 giorno

In questo caso particolare, che riguarda i ricoveri in U.O. di post-acuzie, se la permanenza nella struttura pubblica è uguale o maggiore di un giorno (viene considerata la notte di assenza), il paziente deve essere dimesso; la nuova SDO, al rientro del paziente dovrà avere «provenienza assistito» = 4 e «flag ricovero ripetuto» = 'N'.

Fanno analogamente eccezione, non vengono considerate "ricoveri ripetuti", le sdo dei ricoveri in U.S.V. con provenienza assistito = B.

➤ Identificazione dei ricoveri contemporanei:

Onde evitare l'evenienza che un paziente risulti contemporaneamente ricoverato nella stessa struttura od in diverse strutture di ricovero, si procede al seguente controllo:

Se si trovano due, o più, SDO con  
*uguale codice fiscale,*  
 o *uguali cognome, nome e data di nascita*  
 e se *la data di ricovero di una scheda è compresa tra le date di ricovero e di dimissione dell'altra,*  
 allora *si avrà la segnalazione di doppio ricovero*

➤ Identificazione dei ricoveri con somministrazione di farmaci oncologici ad alto costo:

La Regione con D.G.R. 29.03.2010 n. 97-13750 “Modifiche ed integrazioni alla DGR 44-2139 del 7 febbraio 2006 riguardante la tariffazione dell’attività di day hospital con l’uso di farmaci ad alto costo” ha dato alle strutture l’opportunità di rendicontare nel tracciato File F i farmaci oncologici ad alto costo somministrati in regime di ricovero e ambulatoriale.

Le SDO, dei ricoveri interessati, sono quelle con drg **410** - Chemioterapia, con diagnosi **V672**, **V58.11**, **V58.12** e procedure **99.25**, **99.28**

Nel tracciato del flusso “SDO”, è stato introdotto un apposito flag (campo 97.0) con cui si indica se il farmaco oncologico è stato rendicontato nel File F.

Nel caso di farmaco rendicontato (valore del flag ‘S’) l’importo della cartella viene ridotto del 90% rispetto al valore previsto per il drg 410.

Periodicamente, tutte le cartelle con gli stessi requisiti (*drg 410 e procedure 99.25 o 99.28*) e con il campo 97.0 valorizzato ad ‘N’, verranno sottoposte ad un ulteriore controllo, che incrociando i dati con quelli del flusso F evidenzierà le cartelle per cui il farmaco è stato rendicontato nel File F: queste SDO verranno parimenti abbattute del 90%.

➤ Identificazione dei ricoveri con codici fiscali non validati dal servizio SOGEI:

I codici fiscali dei pazienti, ordinariamente, sono sottoposti a verifica con il servizio SOGEI, durante i controlli logici pre-validazione. Purtroppo però non è sempre garantita la disponibilità del servizio SOGEI, nel caso in cui non sia possibile completare la verifica le SDO, accettate e valorizzate “provvisoriamente”, vengono identificate con la segnalazione **S17**.

Le cartelle presenti in archivio con segnalazione **S17**, mensilmente vengono sottoposte a nuova verifica con il servizio SOGEI:

- in caso di validazione del codice fiscale, viene cancellata la segnalazione **S17**: la SDO diventa corretta a tutti gli effetti;
- se il codice fiscale risultasse non valido, la SDO viene annullata in quanto errata, con codice LC6.

L’elenco delle sdo annullate da questa procedura mensile, viene comunicato alle strutture invianti, che dovranno procedere alla correzione ed al rinvio, con tipo movimento ‘S’, come per le SDO errate respinte dall’elaborazione quotidiana del flusso dati.

## 4 LE PROCEDURE DI VALORIZZAZIONE

### 4.1 Generalità

Premesso che i "report" prodotti dal Sistema Informativo rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dalle strutture e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Il sistema di valorizzazione delle SDO è basato sulle regole di calcolo di seguito schematizzate, e su tabelle utili alla valorizzazione definite dalla Regione.

Sono previsti due diversi algoritmi di calcolo della valorizzazione:

- “a Peso” – l’algoritmo utilizza un insieme di pesi (legati al costo della singola prestazione) ed un insieme di tariffe ‘base’ corrispondenti al valore del peso unitario per le varie tipologie di strutture di ricovero; viene applicato
  - a tutte le SDO degli Istituti pubblici e degli Istituti privati definitivamente accreditati
  - alle SDO di acuzie di Istituti privati provvisoriamente accreditati;
- “a Tariffa” - l’algoritmo utilizza tariffe legate alle singole prestazioni e alle varie tipologie di strutture di ricovero; viene applicato alle SDO di post-acuzie degli Istituti privati provvisoriamente accreditati.

Sono oggetto di valorizzazione tutte le SDO di Istituti pubblici o di Istituti privati provvisoriamente o definitivamente accreditati che, prese in carico dal Sistema Informativo, ai controlli sono risultate prive di errori formali, logici e di congruità normativa.

Le schede pervenute dopo la data di chiusura annuale vengono accettate e valorizzate, ma evidenziate con flag “extra competenza”, che le identifica come SDO non addebitabili ai fini della mobilità regionale (se la cartella è già presente nell’archivio “in competenza”, la versione “extra competenza” non disabilita la precedente).

Le SDO di Istituti privati non accreditati sono acquisite al sistema ma non valorizzate; lo stesso avviene per le SDO con onere di degenza 4.

Le SDO corrispondenti a “Prelievo di midollo osseo” vengono valorizzate ad importo zero, in quanto tale costo è compreso nell’importo del “Trapianto di midollo osseo allogeneo”.

La valorizzazione viene calcolata utilizzando le tabelle con pesi / tariffe in vigore nell’anno di competenza della prestazione.

- Le tabelle, definite annualmente, valgono per le prestazioni erogate nell’intero anno di competenza .
- Anno **di competenza della prestazione** è l’anno solare di **dimissione**, sia per gli Istituti pubblici che per gli Istituti privati accreditati.

Per le endoprotesi vengono riconosciuti importi aggiuntivi al DRG specifico. Ai fini del calcolo della valorizzazione, bisogna distinguere due insiemi:

- a. protesi con copertura parzialmente riconosciuta dalla Regione:  
la valorizzazione dell’importo integrativo, è ottenuta moltiplicando i valori (indicati sulla scheda nosologica) di quantità e costo unitario ed effettuando un abbattimento del 50%.  
Nel caso di ricoveri in regime di libera professione, la valorizzazione di tali endoprotesi, è ottenuta moltiplicando la quantità per il costo unitario ed effettuando un abbattimento del 75%.
- b. protesi individuate in base al codice intervento di impianto:

l'importo aggiuntivo, da riconoscere alle strutture abilitate, viene indicato direttamente dalla Regione. Nel caso di ricoveri in regime di libera professione, l'importo previsto viene ridotto del 50%.

NB.: essendo questi casi individuati dal codice dell'intervento di impianto, ordinariamente, non deve essere indicata la protesi nei campi (codice, quantità ed importo unitario) della scheda nosologica; fa eccezione a questa regola, il caso in cui, con un unico intervento, venga eseguito un doppio impianto di protesi cocleare: in tal caso il codice e la quantità (doppia) dovrà essere indicata nei campi della SDO, lasciando a zero il costo unitario (l'importo indicato dalla Regione verrà moltiplicato per la quantità indicata nella SDO).

Per ricovero di 1 giorno si intende, di norma, un ricovero ordinario con permanenza del paziente per una notte. Se la dimissione avviene nella stessa data del ricovero allora, nel caso di ricoveri in acuzie, il valore calcolato dei giorni di degenza viene forzato a 1 e viene applicato il peso/tariffa appositamente definito.

Nel caso di decesso o trasferimento avvenuto nelle prime 24 ore vale la regola che prevede il peso/tariffa per ricoveri di 1 giorno venga raddoppiato, anche se la dimissione avviene nella stessa data del ricovero, con le eccezioni previste, per le prestazioni con DRG chirurgico.

Per una più facile comprensione degli schemi illustrativi che seguono è opportuno fare riferimento alle allegate tabelle per la valorizzazione, ricordando che:

- nell'illustrazione del processo di valorizzazione si ipotizza l'utilizzo di una tabella temporanea di lavoro, riempita con i dati presi dalle matricole delle U.P. interessate, da quella di ammissione a quella di dimissione: in tale tabella avverranno i calcoli secondo la logica esposta.
- ogni Istituto Privato accreditato ha un codice che identifica il requisito di accreditamento

## 4.2 Schema di calcolo per valorizzazione mediante peso

La D.G.R. n. 44-2139 del 7 febbraio 2006 e s.m.i. conferma la valorizzazione basata sul peso della prestazione e si applica agli istituti pubblici, ai Presidi ex art.42, 43 L.833/78 e alle Case di cura private accreditate

La formula per la valorizzazione di una SDO è pertanto data dalla seguente formula generale:

$$\text{valore della prestazione} = \text{peso della prestazione} * \text{tariffa base}$$

La tariffa base per l'anno 2006 e successivi, è pari a Euro **2.363,00** per unità di peso. Tale tariffa viene adottata al 100% o ridotta in base alla tipologia dell'istituto, alla fascia di accreditamento, ecc. (la tabella dettagliata delle varie tariffe adottate è riportata nel paragrafo 4.2.5)

Nella valorizzazione dell'episodio di ricovero diventa quindi determinante la modalità di individuazione e di calcolo del peso.

Gli allegati 2) e 3), della D.G.R. n. 44-2139 del 7 febbraio 2006 e s.m.i., contengono le tabelle dei pesi da applicare per il calcolo.

La determinazione delle zone a DRG e a DIARIA e dei relativi calcoli di giornate di presenza non viene alterata dalla nuova modalità di valorizzazione della SDO.

Per la determinazione dell'importo si seguono le seguenti operazioni:

- calcolo del peso
- calcolo del valore della prestazione
- eventuale abbattimento del valore della prestazione per libera professione
- non valorizzazione nei casi di:
  - onere degenza 4
  - provenienza assistito 'A'
  - prelievo di midollo osseo (drg 467 con presenza contemporanea della diagnosi V593 e dell'intervento 4191 o diagnosi V5902 ed intervento 9979)
- determinazione importo aggiuntivo protesi (se presente)
- determinazione degli eventuali importi accessori di trapianto

Il paragrafo 4.2.1 riporta le modalità di calcolo del peso

Il paragrafo 4.2.5 riporta le modalità di calcolo degli importi parziali e totali della scheda.



#### 4.2.1 CALCOLO DEL PESO

I seguenti paragrafi indicano le modalità di calcolo del peso.

#### 4.2.2 REGIME RICOVERO ORDINARIO

##### *Discipline di acuzie*

Viene utilizzata la tabella “Valore peso per DRG per attività di acuzie erogata dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex art.42, 43 L.833/78 e dalle Case di cura private provvisoriamente o definitivamente accreditate” dell’allegato 2), applicando le seguenti convenzioni:

- viene adottata la versione 24° del Sistema di Classificazione Diagnosis Related Groups (DRG)
- PESO\_COL\_H indica il valore della tabella indicato con la lettera “h.” (Ricoveri 1 giorno)
- PESO\_COL\_F indica il valore della tabella indicato con la lettera “f.” (R.O.)
- PESO\_COL\_G indica il valore della tabella indicato con la lettera “g.” (GG oltre soglia)

Se

(gg totali di degenza = 1)

allora (*ricoveri con degenza di zero o un giorno*)

se

(DRG = 124 o DRG = 125 o (DRG = 323 e procedura 98.51))

allora

**PESO = PESO\_COL\_H**

altrimenti

se

(tipo DRG = “M” e modalità di dimissione “1-Deceduto” o “6-Trasferito”)

allora

**PESO = PESO\_COL\_H \* 2**

altrimenti

**PESO = PESO\_COL\_H**

altrimenti (*ricoveri con degenza superiori ad un giorno*)

se

(DRG 385 e modalità di dimissione “1-Deceduto” o “6-Trasferito” e giornate di degenza superiori a 2 gg )

allora

**PESO = PESO\_COL\_F\*1,6 + ( (giornate oltre soglia – giornate permesso) \* PESO\_COL\_G\*1,6)**

altrimenti

**PESO = PESO\_COL\_F + ( (giornate oltre soglia – giornate permesso) \* PESO\_COL\_G)**

### 4.2.3 DISCIPLINE DI POST-ACUZIE 28, 56, 75, 60

Viene utilizzata la tabella “Valore peso giornaliero per attività di post acuzie erogata dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex art.42, 43 L.833/78 e dalle Case di cura private definitivamente accreditate” dell’allegato 3), per le discipline 28, 56 (I e II livello), 60 e 75

Si applicano le seguenti convenzioni:

- PESO\_GG\_DEGENZA è il valore del peso per giornata di degenza derivato dalla tabella indicata.
- PESO\_GG\_RIDOTTO è il valore peso per giornata ridotto del 40%, indicato nella stessa tabella

Per le discipline coinvolte si individuano il peso giornaliero, i giorni soglia ed il peso ridotto

Se

(disciplina = 28 o disciplina = 75)

allora

$$\text{PESO} = ((\text{giornate degenza} - \text{giorni permesso}) * \text{PESO\_GG\_DEGENZA})$$

Altrimenti

(disciplina = 56 o disciplina = 60)

$$\text{PESO} = (\text{giorni entrosoglia} * \text{PESO\_GG\_DEGENZA}) + \\ (\text{giorni oltresoglia} * (\text{PESO\_GG\_RIDOTTO})) + \\ (\text{giorni permesso} * (\text{PESO\_GG\_DEGENZA} * 0))$$

L’algoritmo determina le giornate di **degenza totale** come differenza tra data dimissione e data ricovero, normalizzando a 1 se la differenza è zero.

Le **giornate effettive** sono calcolate come differenza tra giornate di degenza totale e giornate di permesso.

Le giornate effettive vengono suddivise tra **entrosoglia** e **oltresoglia** secondo lo schema:

- **oltresoglia** = massimo(effettive – soglia, 0)
- **entrosoglia** = effettive – oltresoglia

#### Esempio 1

Giornate di degenza totale: 61

Giornate di permesso: 2

Soglia 60

$$\text{Giornate effettive} = (61 - 2) = 59$$

$$\text{Oltresoglia} = \text{massimo}(59 - 60, 0) = \\ \text{massimo}(-1, 0) = 0$$

$$\text{Entrosoglia} = 59 - 0 = 59$$

#### Esempio 2

Giornate di degenza totale: 65

Giornate di permesso: 2

Soglia 60

$$\text{Giornate effettive} = (65 - 2) = 63$$

$$\text{Oltresoglia} = \text{massimo}(63 - 60, 0) = \\ \text{massimo}(3, 0) = 3$$

$$\text{Entrosoglia} = 63 - 3 = 60$$

#### Esempio 3

Giornate di degenza totale: 55

Giornate di permesso: 2

Soglia 60

$$\text{Giornate effettive} = (55 - 2) = 53$$

$$\text{Oltresoglia} = \text{massimo}(53 - 60, 0) = \\ \text{massimo}(-7, 0) = 0$$

$$\text{Entrosoglia} = 53 - 0 = 53$$

#### 4.2.4 CALCOLO DEL PESO PER I TRAPIANTI

Per l'individuazione dei pesi vengono utilizzate le tabelle dell'**Allegato 2**):

1. **“Valore peso per DRG per attività di acuzie erogata dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex art.42, 43 L.833/78 e dalle Case di cura private provvisoriamente o definitivamente accreditate”**
2. **“Trapianti”**.

##### **Trapianto di intestino isolato**

- per pazienti dimessi dall'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino (codice 010909-01)
- DRG 149, 569 e 570 se associati ai
- codici di intervento 45.63, 46.99 e 45.8 (tutti e tre presenti nello stesso record) e al
- codice di diagnosi secondaria V.42.8.

Nota i tre codici di intervento devono essere compresenti, ovvero devono essere indicati tutti nella medesima SDO.

##### **Trapianto multiviscerale:**

- per pazienti dimessi dall'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino
- codici di intervento, 45.63, 45.8, 46.99 (tutti e tre presenti nello stesso record) ed
- associati ad almeno uno dei seguenti codici 43.99, 52.83, 50.59

##### **Trapianto di cornea**

- DRG 042
- con la presenza di almeno uno dei seguenti codici intervento: 11.60, 11.61, 11.62, 11.63, 11.64, 11.69

##### **Trapianto di cellule staminali limbari**

- DRG 042
- diagnosi principale 370.62 e diagnosi secondaria V42.9
- intervento principale: 11.59 ed intervento secondario 11.99

##### **Trapianto di midollo osseo – autologo:**

Individuato mediante il DRG 481

- con la presenza di uno dei seguenti codici intervento: 41.00, 41.01, 41.04, 41.07, 41.09

##### **Trapianto di midollo osseo – allogenico:**

Individuato mediante il DRG 481

- con la presenza di uno dei seguenti codici intervento: 41.02, 41.03, 41.05, 41.06, 41.08

**Trapianto di pancreas:**

- DRG 513
- per pazienti dimessi dall'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino (codice 010909-01)

**Trapianto di pancreas isolato:**

- DRG 191, 192, 292, o 293
- con la presenza di almeno uno dei seguenti codici intervento, 52.80, 52.82, 52.83
- per pazienti dimessi dall'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino (codice 010909-01)

**Trapianto di rene e pancreas:**

- DRG 512
- codice intervento 55.69 associato ad almeno uno dei seguenti codici intervento, 52.80, 52.82.
- per pazienti dimessi dall'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino (codice 010909-01)

**Trapianti di rene**

- DRG 302

La compatibilità di erogazione della prestazione da parte degli istituti è riportata dalla tabella 5.11 del presente documento.

**Trapianti di cuore**

- DRG 103

La compatibilità di erogazione della prestazione da parte degli istituti è riportata dalla tabella 5.11 del presente documento

**Trapianti di fegato**

- DRG 480

La compatibilità di erogazione della prestazione da parte degli istituti è riportata dalla tabella 5.11 del presente documento

#### 4.2.5 REGIME RICOVERO DAY HOSPITAL

Per il ricovero diurno diagnostico, terapeutico o chirurgico, quindi con codice del motivo ricovero diurno uguale a (1,3,5,6) viene utilizzata la tabella “Valore peso per DRG per attività di acuzie erogata dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex art.42, 43 L.833/78 e dalle Case di cura private provvisoriamente o definitivamente accreditate” dell’allegato 2), applicando le seguenti convenzioni:

- PESO\_COL\_I indica il valore della tabella indicato con la lettera “i.” (Ricoveri diurni “C”/Day Surgery”)
- PESO\_COL\_F indica il valore della tabella indicato con la lettera “f.” (R.O.)
- PESO\_COL\_L indica il valore della tabella indicato con la lettera “l.” (Ricoveri diurni “M”)

##### Ricovero diurno (codici 1,3,5,6)

Se motivo ricovero = 1

allora

$$\text{PESO} = \text{PESO\_COL\_L}$$

Altrimenti

Se TIPO\_DRG = “C”

allora

$$\text{PESO} = \text{PESO\_COL\_I}$$

altrimenti

se ( Motivo ricovero = (5,6) ed il codice procedura è nell’elenco (31.43, 34.23, 34.24, 34.25, 48.31, 48.34, 56.91, 57.17, 58.31, 58.39) )

allora

$$\text{PESO} = \text{PESO\_COL\_F} * 85\%$$

Invece se ( Motivo ricovero = (5,6), DRG 467 e diagnosi principale V641 oppure V643 )

Allora

$$\text{PESO} = 0,0423$$

altrimenti

se (DRG = 124 o DRG = 125 o ( DRG = 323 e codice procedura = 98.51) )

allora

$$\text{PESO} = \text{PESO\_COL\_L}$$

altrimenti

$$\text{PESO} = \text{PESO\_COL\_L} * \text{GIORNATE DI PRESENZA}$$

##### Ricovero diurno riabilitativo (codice 4)

Per il ricovero diurno riabilitativo (discipline 28, 56 e 75) il campo del motivo ricovero diurno è valorizzato a 4 e viene utilizzata la tabella “Valore peso giornaliero per attività di post acuzie erogata dagli Istituti pubblici, dai Presidi ex art.42, 43 L.833/78 e dalle Case di cura private definitivamente accreditate” dell’allegato 3), per individuare i pesi per giornata

$$\text{PESO} = \text{PESO PER GIORNATA DI DEGENZA} * \text{GIORNATE DI PRESENZA}$$

#### 4.2.6 REGIME DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La D.G.R. n.85-13580 del 16.03.2010 fissa le tariffe diarie, applicabili all'assistenza a domicilio, distinte in base ai raggruppamenti MDC del DRG attribuite alle sdo. Tali tariffe sono state convertite in pesi per giornata di assistenza, utilizzando la tariffa base di € 2.363,00, per consentire l'applicazione dell'algoritmo a Peso anche a queste cartelle:

MDC	Tariffa diaria	PESO_GG_ASSISTENZA*
01, 04, 05, 16, 17	€ 165,00	0,06983
altro	€ 145,00	0,06136

\*nb: questi pesi sono stati calcolati con una precisione superiore a quella dei pesi standard (4 cifre decimali), per garantire l'equivalenza alle tariffe fissate dalla D.G.R.

Determinato il Peso per giornata di assistenza, in base all'MDC della SDO, si ottiene il Peso della SDO:

$$\text{PESO} = (\text{giornate assistenza totale} - \text{giornate ricovero presso presidio}) * \text{PESO\_GG\_ASSISTENZA}$$

L'algoritmo determina le **giornate di assistenza totale** come differenza tra data dimissione e data ricovero, normalizzando a 1 se la differenza è zero.

Le **giornate di assistenza effettive** vengono calcolate come differenza tra giornate di assistenza totale e giornate di ricovero presso presidio.

#### 4.2.7 DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO

La determinazione dell'importo avviene dopo che è stato calcolato il peso del ricovero.

Prima di determinare l'importo occorre verificare se il campo ricovero ripetuto è stato valorizzato a "R"; in tale caso il peso calcolato viene abbattuto del 20% Il peso quindi deve essere memorizzato in apposito campo della base dati.

Determinato il peso della prestazione si procede a calcolare il "valore della prestazione"

$$\text{valore della prestazione} = \text{peso della prestazione} * \text{tariffa base}$$

La tariffa base è determinata dalla tipologia dell'istituto dalla fascia di accreditamento e, in alcuni casi tipologia di attività; inoltre per gli istituti privati definitivamente accreditati la tariffa base viene abbattuta di un ulteriore 5% nel caso in cui sia in atto il piano di adeguamento strutturale ed impiantistico.

Queste diverse tariffe sono elencate nella seguente tabella:

Tipologia istituto	Fascia	Tipologia Attività	Tariffa base €	Tariffa base -5% (adeguamento strutturale) €
Pubblici / Equiparati	-	Acuzie / Postacuzie	2.363,00	-
Privati definitivamente accreditati	A	Acuzie / 56 II° Livello / 75	2.363,00	2.244,85
	B	Acuzie / 56 II° Livello / 75	2.174,00	2.065,30
	C	Acuzie / 56 II° Livello / 75	2.009,00	1.908,55
	A	56 I° livello	2.363,00	2.244,85
	B	56 I° livello	2.292,00	2.177,40
	C	56 I° livello	2.234,00	2.122,30
	A	60	2.363,00	2.244,85
	B	60	2.287,00	2.172,65
	C	60	2.225,00	2.113,75
Privati accreditati per sola attività di Day-surgery di tipo "C"	A	Acuzie	1.654,00	1.571,30
	B	Acuzie	1.465,00	1.391,75
	C	Acuzie	1.300,00	1.235,00
Privati provvisoriamente accreditati – requisito 1	-	Acuzie	1.890,00	-
Privati provvisoriamente accreditati – requisito 2	-	Acuzie	1.843,00	-

L'importo generale della SDO è pertanto determinato dalla seguente regola:

se l'episodio di ricovero è eseguito in libera professione

**Importo = (valore della prestazione)\*(quota a carico SSN) + (importo integrativo endoprotesi)\*0,25 + importo integrativo trapianti altrimenti**

**Importo = valore della prestazione + (importo integrativo endoprotesi) \*0,50 + importo integrativo trapianti**

N.B.: Nel caso di Libera professione l'importo delle endoprotesi viene ulteriormente abbattuto del 50%

Nei casi di Onere di degenza = '4'/'C', Provenienza assistito 'A' e Prelievo di midollo osseo, l'importo della scheda viene valorizzato a zero. Si noti che il peso (risorse consumate) viene comunque calcolato, memorizzato e restituito all'utente

#### 4.2.8 IMPORTO ENDOPROTESI

L'importo delle endoprotesi, indicate nei relativi campi della scheda nosologica, viene rimborsato al 50% del valore sostenuto; pertanto la procedura di valorizzazione aggiunge, al valore della SDO, il 50% del valore indicato nei campi "costo unitario" (50.3 / 51.3 / 52.3) del tracciato record.

Nel caso di Libera professione tale importo viene ulteriormente abbattuto del 50%.

Alcuni codici intervento indicano implicitamente l'applicazione della relativa protesi, in questi casi non deve essere indicato il codice della protesi nel campo 50.1 (o 51.1, o 52.1); inoltre gli importi rimborsati per queste protesi sono fissati dalla normativa regionale e vengono attribuiti automaticamente a queste SDO dalla procedura di valorizzazione, quindi non è possibile indicare un costo unitario nel campo 50.3 (o 51.3, o 52.3).

In dettaglio queste protesi sono identificate dalle seguenti condizioni:

- Protesi Cocleare** - applicazione identificata da codice intervento 20.96, o 20.97, o 20.98  
 l'importo aggiuntivo prefissato viene riconosciuto se l'istituto è abilitato: Codice HSP11-bis = 010007-00 / 010909-01 / 010909-07 / 010907-01  
 NB.: con un solo intervento è possibile applicare due di queste protesi:  
 il caso di applicazione "doppia" viene indicato inserendo il codice protesi "200" nel campo 50.1, una quantità doppia nel relativo campo 50.2 e lasciando a 0 il campo importo unitario 50.3, la procedura di valorizzazione raddoppierà l'importo indicato dalla Regione.

**Impianto elettromagnetico dell'orecchio medio**

- applicazione identificata da codice intervento principale 22.95  
 l'importo aggiuntivo prefissato viene riconosciuto se l'istituto è abilitato: Codice HSP11-bis = '010007-00' / '010166-00' / '010909-01' / '0100907-01'

- Stimolatore Cerebrale** - applicazione identificata da codice intervento 02.93  
 l'importo aggiuntivo prefissato viene riconosciuto se l'istituto è abilitato: Codice HSP11-bis = '010909-01'

- Ombrellino intersettale** - applicazione identificata dal drg 518 in presenza del codice intervento 35.52  
 l'importo aggiuntivo prefissato viene riconosciuto se la disciplina del reparto è 06, 07, o 08

#### 4.2.9 TRAPIANTI - IMPORTI AGGIUNTIVI

Se l'episodio di ricovero prevede un trapianto, all'importo della SDO occorre sommare l'importo relativo al prelievo di organo o tessuto e del trasporto dello stesso.

I valori sono riportati nella tabella 2 "Valorizzazione Trapianti – Importi da riconoscere alle Aziende sede di trapianto" dell'Allegato 1)



### 4.3 Schema di calcolo mediante tariffa

Tale schema si applica:

- alle attività di post-acuzie erogate da strutture private provvisoriamente accreditate
- alla attività di neuropsichiatria (disciplina 40) erogata da strutture private provvisoriamente accreditate, che non abbiano aderito all'accordo di cui alla D.G.R. 33-8425 del 17.03.2008 ( con adesione ratificata da provvedimento regionale )

#### Valorizzazione della SDO di RICOVERO ORDINARIO (**Regime di ricovero=1**)

##### **Valorizzazione a GIORNATA:**

1. Individuazione, nella tabella delle tariffe a giornata, di: “tariffa giornaliera”, “giorni soglia” e “% di abbattimento”
  - per la disciplina dell’U.P. di dimissione della SDO
  - e per la tipologia di accreditamento della struttura di ricovero.
 (nb.: le cartelle di post-acuzie non possono avere trasferimenti con cambio di disciplina, queste informazioni sono quindi univoche per la SDO),
2. Calcolo dei giorni di degenza della SDO:
 
$$\text{giorni degenza} = \text{data di dimissione} - \text{data ricovero}$$
 se le 2 date coincidono, allora  $\text{giorni degenza} = 1$
3. Calcolo dei giorni di effettivi:
 
$$\text{giorni effettivi} = \text{giorni degenza} - \text{giorni di permesso}$$
 - nb.: per gli Istituti Privati provvisoriamente accreditati, si riconosce un valore pari al 50% della tariffa giornaliera per le giornate di permesso
4. Calcolo dei giorni entrosoglia / oltresoglia :
 
$$\text{giorni entrosoglia} = \text{minimo}(\text{giorni effettivi}, \text{giorni soglia})$$

$$\text{giorni oltresoglia} = \text{giorni effettivi} - \text{giorni soglia}$$
5. Calcolo del Totale tariffa relativa alla disciplina
 

$$\begin{aligned} \text{Totale tariffa} &= (\text{giorni entrosoglia} * \text{tariffa giornaliera}) + \\ &(\text{giorni oltresoglia} * \text{troncamento}(\text{tariffa giornaliera} * \% \text{ di abbattimento} )) + \\ &(\text{giorni permesso} * \text{troncamento}(\text{tariffa giornaliera} * 50\% )) \end{aligned}$$

#### **4.4 Le tabelle per la valorizzazione**

I pesi e le tariffe delle prestazioni erogate dalle Aziende sanitarie e dalle Istituzioni sanitarie pubbliche e private provvisoriamente accreditate sono aggiornate periodicamente dalla Giunta Regionale.

##### **4.4.1 Struttura delle tabelle per la valorizzazione a DRG**

Il codice DRG versione 24, è univoco in tutte le tabelle e, sia per il “Pubblico” sia per il “Privato provvisoriamente/definitivamente accreditato”, ha:

- la stessa Descrizione,
- lo stesso Tipo (C = Chirurgico, M = Medico),
- lo stesso Codice MDC
- lo stesso peso.
- lo stesso numero di giorni soglia.

Per gli elenchi completi dei DRG, delle MDC se dei pesi occorre fare riferimento ai provvedimenti regionali relativi alla determinazione delle tariffe ospedaliere.

##### **4.4.2 Tabelle per la valorizzazione a giornata**

###### **4.4.2.a. Tabella dei pesi per ISTITUTI PUBBLICI, PRESIDII ex art. 42, 43 L.883/78 e CASE DI CURA PRIVATE DEFINITIVAMENTE ACCREDITATE**

I pesi per giornata di degenza sono quelli previsti dalle D.G.R. di riferimento.

###### **4.4.2.b. Tabelle delle tariffe giornaliere per ISTITUTI PRIVATI PROVVISORIAMENTE ACCREDITATI**

Le tariffe giornaliere per gli ISTITUTI PRIVATI PROVVISORIAMENTE ACCREDITATI sono quelli previsti dalle D.G.R. di riferimento.

## **5 ALLEGATI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

## **5.1 Tracciati record SDO**

### **5.1.1 Premessa**

Le informazioni contenute nella scheda SDO vengono inviate mediante 2 distinti tracciati record che riguardano essenzialmente:

1. Record “anagrafico”:

- l'accettazione del paziente (dati anagrafici, sociodemografici, residenza)

2. Record “Dati clinici”:

- l'anagrafica dell'Istituto erogante le prestazioni in regime di ricovero
- i movimenti del paziente all'interno della struttura (iter sanitario)
- dati sanitari alla dimissione

I due record sono logicamente collegati dal numero di cartella: la numerazione delle cartelle, ordinariamente, è gestita in modo univoco per tutti gli Istituti (HSP11.Bis) appartenenti ad una stessa Struttura di ricovero (Hsp11).

NB.: gli Istituti possono essere autorizzati a gestire le proprie cartelle con una “numerazione indipendente” dagli altri istituti della stessa struttura: in tal caso l'univocità del numero cartella è richiesta solo tra le sdo inviate dall'Istituto stesso (HSP11.Bis).

**Si rammenta che la SDO costituisce parte integrante della cartella clinica e ne assume la medesima valenza medico legale. (D.M. 28.12.1991 articolo 1)**

### **5.1.2 Descrizione del tracciato**

Le otto colonne della tabella riportano le seguenti informazioni:

**Numero Campo:**

il primo gruppo di 2 cifre – seguite da un punto – indica il numero progressivo del campo, da 01 a 62. La prima cifra dopo il punto indica l'esistenza di eventuali "sottocampi" (ad esempio: il campo **11.0** = DATA DI NASCITA è articolato in tre sottocampi **11.1** = GIORNO DI NASCITA; **11.2** = MESE DI NASCITA; **11.3** = ANNO DI NASCITA). Può esistere un'ulteriore sottoclassificazione del campo, indicato da un'altra cifra, dopo un secondo "punto" (ad esempio: Campo **29.0** = TRASFERIMENTO 1; sottocampo **29.1** = DATA TRASFERIMENTO 1; sotto-sottocampo **29.1.1** = GIORNO TRASFERIMENTO 1).

**Nome Campo:**

Termine ufficiale che identifica il campo.

**Tipo:**

definisce il campo quale *alfabetico*, od *alfanumerico*, o *numerico*.

**Lunghezza:**

numero dei caratteri del campo.

**Posizione da:**

posizione del primo carattere dal campo nell'ambito dell'intero tracciato.

**Posizione a:**

posizione dell'ultimo carattere del campo nell'ambito dell'intero tracciato.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**Note:**

breve osservazione volta a caratterizzare il campo: note esplicative più estese sono contenute nei quadri "descrizione del campo" e "osservazioni e precisazioni" di ogni singola scheda.

**Privati non accreditati:**

"NR" in questa posizione indica che il campo non ha rilevanza per i soggetti privati non accreditati. Su di esso non verrà effettuato alcun controllo.

**Obbligatorietà:**

Se un campo è etichettato come "obbligatorio" (OBB), in ogni caso esso dev'essere compilato, con il valore corretto, scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE".

E' ovvio che, qualora un evento previsto in un campo della SDO, non si verifici, esso dovrà essere riempito a "spazi" o a "zeri", secondo quanto previsto dalle regole generali di compilazione ( se il campo è AN, dovrà contenere tanti "spazi" e se è N tanti "zeri" quanti sono i caratteri previsti per quel campo).

ESEMPIO 1: se non si sono verificati trasferimenti, allora tutti i campi "TRASFERIMENTO N" saranno riempiti, ognuno, con 12 "spazi" (8 per la data trasferimento e 4 per l'U.O. di trasferimento).

ESEMPIO 2: se non sono state usate protesi, il campo 50.0 (PROTESI 1) sarà così riempito:

50.1 (CODICE PROTESI)	= 3 "spazi"
50.2 (QUANTITA' PROTESI)	= 0
50.3 (COSTO UNITARIO PROTESI)	= 000000

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.1.3 Il tracciato record "Anagrafico"**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv non accr.	
01.0	Tipo record	AN	1	1	1	Indica scheda nosologica di ricovero		OBB
03.0	ASL territoriale	AN	3	2	4	Azienda Sanitaria territoriale dove è ubicata la struttura erogante		OBB
04.0	Istituto di cura							
04.1	Codice Struttura ricovero	AN	6	5	10	Codice HSP11 della struttura di ricovero		OBB
04.2	Sub-codice Istituto di dimissione	AN	2	11	12	Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto di dimissione facente parte della struttura di ricovero		OBB
05.0	Numero scheda							
05.1	Anno riferimento	AN	4	13	16	Anno del ricovero espresso con 4 cifre.		OBB
05.2	Numero cartella	AN	6	17	22	Progressivo numerico della cartella		OBB
06.0	Cognome	A	20	23	42		NR	OBB
07.0	Nome	A	15	43	57		NR	OBB
08.0	Codice Fiscale	AN	16	58	73			OBB
09.0	Sesso	AN	1	74	74			OBB
10.0	Provincia e Comune di nascita	AN	6	75	80			OBB
11.0	Data di nascita							
11.1	gg nascita	AN	2	81	82			OBB
11.2	mm nascita	AN	2	83	84			OBB
11.3	aaaa nascita	AN	4	85	88			OBB
12.0	Stato civile	AN	1	89	89			OBB
13.0	Cittadinanza	AN	3	90	92	Nazionalità del ricoverato.		OBB
14.0	Regione di residenza	AN	3	93	95	Regione/Stato estero di residenza del ricoverato.		OBB
15.0	Provincia e Comune di residenza	AN	6	96	101	Provincia e Comune, o Nazione in cui risiede legalmente il ricoverato.		OBB
16.0	ASL di residenza	AN	3	102	104	Nel caso di ricoverato residente in Italia, è la ASL cui appartiene il comune di residenza.		OBB
18.0	Istruzione	AN	1	105	105			OBB
19.0	Condizione professionale attuale	AN	1	106	106			OBB
20.0	Ultima professione	AN	30	107	136			OBB
21.0	Attività economica principale	AN	2	137	138			OBB
22.0	Posizione nella professione	AN	1	139	139			OBB
59.0	Tipo movimento	AN	1	140	140	Valori possibili: spazio - I° invio C - Cancellazione S - Sostituzione		
80.0	TEAM - ID Cittadino	AN	20	141	160	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
81.0	TEAM - Codice istituzione competente	AN	28	161	188	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
82.0	TEAM - Numero identificazione	AN	20	189	208	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
83.0	TEAM - Data scadenza	AN	8	209	216	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
84.0	Qualifica beneficiario	AN	1	217	217	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
85.0	Codice riferimento normativo	AN	4	218	221	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
86.0	Codice attestato	AN	4	222	225	Per stranieri U.E. / S.S.E. e Svizzera non residenti in Italia	NR	CON
87.0	Filler	AN	25	226	250			

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **ANAG**.

La chiave univoca di identificazione del record è costituita dai campi:

- Struttura di ricovero (04.1)
- Numero scheda (05.0)
- Tipo movimento (59.0)

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.1.4 Il tracciato “Dati clinici”**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv non accr.	Osp. a dom.	
01.0	Tipo record	AN	1	1	1	Indica scheda nosologica di ricovero			OBB
02.0	Regime di ricovero	AN	1	2	2	Indica il regime di ricovero			OBB
03.0	ASL territoriale	AN	3	3	5	Azienda Sanitaria territoriale dove è ubicata la struttura erogante			OBB
04.0	Istituto di cura								
04.1	Codice Struttura ricovero	AN	6	6	11	Codice HSP11 della struttura di ricovero			OBB
04.2	Sub-codice Istituto di dimissione	AN	2	12	13	Sub-codice HSP11-bis dell'Istituto di dimissione facente parte della struttura di ricovero			OBB
05.0	Numero scheda								
05.1	Anno riferimento	AN	4	14	17	Anno del ricovero espresso con 4 cifre.			OBB
05.2	Numero cartella	AN	6	18	23	Progressivo numerico della cartella			OBB
17.0	Onere degenza	AN	1	24	24				OBB
23.0	U.O. di ammissione					UO di ammissione per il ricovero ordinario o di Day-Hospital della struttura di ricovero	NR	NR	OBB
23.1	disciplina	AN	2	25	26	Disciplina ospedaliera dell'Unità Operativa.	NR	NR	OBB
23.2	divisione	AN	2	27	28	Progressivo con cui viene distinta l'U.O.	NR	NR	OBB
24.0	Data ricovero					Per il ricovero ordinario è la data del ricovero Per il ricovero diurno è la data dell'unico accesso, o del primo accesso in caso di ciclo.			OBB
24.1	Gg ricovero	AN	2	29	30				OBB
24.2	Mm ricovero	AN	2	31	32				OBB
24.3	Aaaa ricovero	AN	4	33	36				OBB
25.0	Provenienza Assistito	AN	1	37	37				OBB
26.0	Tipo ricovero ordinario	AN	1	38	38	Vale per ricovero <b>ordinario</b> . Se Regime di ricovero = “2” (D.H.) riempire con “spazio”.			CON
27.0	Motivo del ricovero diurno	AN	1	39	39	Vale per ricovero <b>diurno</b> . Se Regime di ricovero = “1” (ordinario) riempire con “spazio”.			CON
28.0	Traumatismi o intossicazioni	AN	1	40	40				
29.0	Trasferimento uno					Se Regime ricovero = ‘2’ riempire con 12 “spazi”	NR	NR	
29.1	Data trasferimento uno						NR	NR	
29.1.1	gg trasferimento uno	AN	2	41	42		NR	NR	
29.1.2	mm trasferimento uno	AN	2	43	44		NR	NR	
29.1.3	aaaa trasferimento uno	AN	4	45	48		NR	NR	
29.2	U.O. trasferimento uno						NR	NR	
29.2.1	disciplina	AN	2	49	50		NR	NR	
29.2.2	divisione	AN	2	51	52		NR	NR	
30.0	Trasferimento due					Se Regime ricovero = ‘2’ riempire con 12 “spazi”	NR	NR	
30.1	Data trasferimento due						NR	NR	
30.1.1	gg trasferimento due	AN	2	53	54		NR	NR	
30.1.2	mm trasferimento due	AN	2	55	56		NR	NR	
30.1.3	aaaa trasferimento due	AN	4	57	60		NR	NR	
30.2	U.O. trasferimento due						NR	NR	
30.2.1	disciplina	AN	2	61	62		NR	NR	
30.2.2	divisione	AN	2	63	64		NR	NR	
31.0	Trasferimento tre					Se Regime ricovero = ‘2’ riempire con 12 “spazi”	NR	NR	



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv non accr.	Osp. a dom.	
31.1	Data trasferimento tre						NR	NR	
31.1.1	Gg trasferimento tre	AN	2	65	66		NR	NR	
31.1.2	Mm trasferimento tre	AN	2	67	68		NR	NR	
31.1.3	Aaaa trasferimento tre	AN	4	69	72		NR	NR	
31.2	U.O. trasferimento tre						NR	NR	
31.2.1	disciplina	AN	2	73	74		NR	NR	
31.2.2	divisione	AN	2	75	76		NR	NR	
32.0	Trasferimento quattro					Se Regime ricovero = '2' riempire con 12 "spazi"	NR	NR	
32.1	Data trasferimento quattro						NR	NR	
32.1.1	gg trasferimento quattro	AN	2	77	78		NR	NR	
32.1.2	Mm trasferimento quattro	AN	2	79	80		NR	NR	
32.1.3	aaaa trasferimento quattro	AN	4	81	84		NR	NR	
32.2	U.O. trasferimento quattro						NR	NR	
32.2.1	disciplina	AN	2	85	86		NR	NR	
32.2.2	divisione	AN	2	87	88		NR	NR	
33.0	Trasferimento cinque					Se Regime ricovero = '2' riempire con 12 "spazi"	NR	NR	
33.1	Data trasferimento cinque						NR	NR	
33.1.1	gg trasferimento cinque	AN	2	89	90		NR	NR	
33.1.2	mm trasferimento cinque	AN	2	91	92		NR	NR	
33.1.3	aaaa trasferimento cinque	AN	4	93	96		NR	NR	
33.2	U.O. trasferimento cinque						NR	NR	
33.2.1	disciplina	AN	2	97	98		NR	NR	
33.2.2	divisione	AN	2	99	100		NR	NR	
34.0	Dimissione o morte								OBB
34.1	Data dimissione								OBB
34.1.1	gg dimissione	AN	2	101	102				OBB
34.1.2	mm dimissione	AN	2	103	104				OBB
34.1.3	aaaa dimissione	AN	4	105	108				OBB
34.2	U.O. di dimissione								OBB
34.2.1	Disciplina	AN	2	109	110				OBB
34.2.2	divisione	AN	2	111	112				OBB
35.0	Modalità dimissione	AN	1	113	113				OBB
36.0	Riscontro autoptico	AN	1	114	114				CON
37.0	Diagnosi principale di dimissione	AN	5	115	119	Codice ICD-9-CM Diagnosi			OBB
38.0	Diagnosi secondaria 1	AN	5	120	124	Codice ICD-9-CM Diagnosi			
39.0	Diagnosi secondaria 2	AN	5	125	129	Codice ICD-9-CM Diagnosi			
40.0	Diagnosi secondaria 3	AN	5	130	134	Codice ICD-9-CM Diagnosi			
41.0	Diagnosi secondaria 4	AN	5	135	139	Codice ICD-9-CM Diagnosi			
42.0	Diagnosi secondaria 5	AN	5	140	144	Codice ICD-9-CM Diagnosi			
43.0	Intervento chirurgico principale								
43.1	Data intervento principale								
43.1.1	gg intervento	AN	2	145	146				
43.1.2	mm intervento	AN	2	147	148				
43.1.3	aaaa intervento	AN	4	149	152				
43.2	Codice intervento principale	AN	4	153	156	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
44.0	Altro intervento 1 o procedura					In caso di procedura post ricovero non va inserita la data.			
44.1	Data altro intervento 1								

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv non accr.	Osp. a dom.	
44.1.1	gg altro intervento 1	AN	2	157	158				
44.1.2	mm altro intervento 1	AN	2	159	160				
44.1.3	aaaa altro intervento 1	AN	4	161	164				
44.2	Codice altro intervento 1 o procedura	AN	4	165	168	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
45.0	Altro intervento 2 o procedura					In caso di procedura post ricovero non va inserita la data			
45.1	Data altro intervento 2								
45.1.1	gg altro intervento 2	AN	2	169	170				
45.1.2	mm altro intervento 2	AN	2	171	172				
45.1.3	aaaa altro intervento 2	AN	4	173	176				
45.2	Codice altro intervento 2 o procedura	AN	4	177	180	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
46.0	Altro intervento 3 o procedura					In caso di procedura post ricovero non va inserita la data			
46.1	Data altro intervento 3								
46.1.1	gg altro intervento 3	AN	2	181	182				
46.1.2	mm altro intervento 3	AN	2	183	184				
46.1.3	aaaa altro intervento 3	AN	4	185	188				
46.2	Codice altro intervento 3 o procedura	AN	4	189	192	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
47.0	Altro intervento 4 o procedura					In caso di procedura post ricovero non va inserita la data			
47.1	Data altro intervento 4								
47.1.1	gg altro intervento 4	AN	2	193	194				
47.1.2	mm altro intervento 4	AN	2	195	196				
47.1.3	aaaa altro intervento 4	AN	4	197	200				
47.2	Codice altro intervento 4 o procedura	AN	4	201	204	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
48.0	Altro intervento 5 o procedura					In caso di procedura post ricovero non va inserita la data			
48.1	Data altro intervento 5								
48.1.1	gg altro intervento 5	AN	2	205	206				
48.1.2	mm altro intervento 5	AN	2	207	208				
48.1.3	aaaa altro intervento 5	AN	4	209	212				
48.2	Codice altro intervento 5 o procedura	AN	4	213	216	Codice ICD-9-CM Interventi e Procedure			
49.0	Flag ricovero ripetuto	AN	1	217	217	Se Regime di ricovero = '2' deve essere lasciato a "spazio".	NR	NR	
50.0	Protesi uno						NR	NR	
50.1	Codice protesi	AN	3	218	220		NR	NR	
50.2	Quantità	N	1	221	221	Obbligatorio se valorizzato il campo Codice protesi precedente	NR	NR	CON
50.3	Costo unitario	N	6	222	227	Importo comprensivo di IVA	NR	NR	CON
51.0	Protesi due						NR	NR	
51.1	Codice protesi	AN	3	228	230		NR	NR	
51.2	Quantità	N	1	231	231	Obbligatorio se valorizzato il campo Codice protesi precedente	NR	NR	CON
51.3	Costo unitario	N	6	232	237	Importo comprensivo di IVA	NR	NR	CON
52.0	Protesi tre						NR	NR	
52.1	Codice protesi	AN	3	238	240		NR	NR	
52.2	Quantità	N	1	241	241	Obbligatorio se valorizzato il campo Codice protesi precedente	NR	NR	CON

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv non accr.	Osp. a dom.	
52.3	Costo unitario	N	6	242	247	Importo comprensivo di IVA	NR	NR	CON
53.0	Giorni di permesso	N	2	248	249	N. di giornate da sottrarre alla degenza totale: RO – n. gg di pernoso DH – inserire sempre '00' Ospedalizz.Domiciliare – n. gg di ricovero presso presidio	NR		
54.0	Giorni di presenza in ric diur.	N	3	250	252	Per regime ricovero = '1' codificare con 3 zeri.			OBB
55.0	Peso alla nascita	N	4	253	256	Peso rilevato al momento della nascita.			CON
56.0	Modalità Allattamento	AN	2	257	258				CON
57.0	Numero scheda della madre	AN	10	259	268	"9999999999" in caso di non riconoscimento			CON
58.0	Tipo Valuta	A	1	269	269	Valori possibili: E – Euro	NR	NR	OBB
59.0	Tipo movimento	AN	1	270	270	Valori possibili: spazio – I° invio C – Cancellazione S – Sostituzione			
60.0	Filler	AN	1	271	271				
61.0	Posizione contabile	AN	1	272	272	Per impieghi futuri	NR	NR	
62.0	Libera professione	AN	1	273	273	Percentuali di abbattimento per libera professione: valori possibili: spazio - SDO non in libera professione 1 - ricovero con quota a carico del SSN del 50% 2 - ricovero con quota a carico del SSN del 25% 3 – ricovero a totale carico del paziente	NR	NR	
63.0	Prolungamento degenza	AN	1	274	274	Specificare, se richiesta, l'autorizzazione o meno al prolungamento della degenza.. Valori possibili: spazio – nessuna richiesta di prolungamento S – richiesta autorizzata da Asl N – richiesta non autorizzata da Asl	NR	NR	CON
64.0	Data richiesta prolungamento	AN	8	275	282	Data della richiesta da parte della casa di cura	NR	NR	CON
65.0	Giorni di prolungamento autorizz.	N	2	283	284	Giorni totali autorizzati dall'ASL (max 60), 0 se non autorizzati	NR	NR	CON
66.0	Data I autorizz./non autoriz. Prolung.	AN	8	285	292	Data di prima autorizzazione o di non autorizzazione da parte dell'Asl	NR	NR	CON
67.0	Data ultima autorizz. prolungam.	AN	8	293	300	Data dell'ultima autorizzazione al prolungamento	NR	NR	CON
68.0	N. scheda 118	AN	13	301	313	Numero di scheda intervento 118	NR	NR	CON
69.0	Attività svolta nel reparto multispecialistico					Attività svolta nel reparto multispecialistico (cod. 02,04,,67,97,98)	NR	NR	
69.1	Cod. Disciplina del reparto multispecialistico	AN	2	314	315	Disciplina svolta nel reparto multispecialistico	NR	NR	CON
69.2	Prog. Divisione	AN	2	316	317	Prog. Divisione	NR	NR	CON
70.0	Data prenotazione	AN	8	318	325	Data di prenotazione ricovero			OBB
71.0	T.S.O. durante il ricovero in disciplina 40 SPDC	AN	1	326	326	T.S.O., durante il ricovero, in disciplina 40 SPDC	NR	NR	CON
72.0	Istituto provenienza paziente								
72.1	Codice struttura di ricovero	AN	6	327	332	Codice HSP11 / STS11 dell'istituto di provenienza	NR	NR	CON
72.2	Sub codice istituto	AN	2	333	334	Sub-codice HSP11.BIS dell'istituto di provenienza	NR	NR	CON
73.0	Istituto destinazione paziente								
73.1	Codice struttura di ricovero	AN	6	335	340	Codice HSP11 / STS11 dell'istituto di destinazione	NR	NR	CON

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N° campo	Nome campo	Tipo	Lun	Pos. Da	Pos. a	Note	Priv non accr.	Osp. a dom.	
73.2	Sub codice istituto	AN	2	341	342	Sub-codice HSP11-BIS dell'istituto di destinazione	NR	NR	CON
74.0	Ricovero oltre 365 giorni	AN	1	343	343				
75.0	Filler	AN	1	344	344				
76.0	EuroSCOR	N	2	345	346				
77.0	Codice classe prenotazione	AN	1	347	347	Classe di priorità della prenotazione	NR	NR	CON
78.0	Codice malattie rare e croniche	AN	10	348	357		NR	NR	OBB
79.0	Filler (campo non più utilizzato)	AN	1	358	358		NR	NR	CON
88.0	Filler	AN	1	359	359				
89.0	Codice struttura	AN	3	360	362	Codice struttura che eroga la prestazione (corrisponde alla P.IVA)			OBB
90.0	Matricola di ammissione	AN	6	363	368	Codice Unità produttiva di ammissione	NR	NR	OBB
91.0	Matricola trasferimento 1	AN	6	369	374	Codice matricola Unità produttiva del primo trasferimento	NR	NR	CON
92.0	Matricola trasferimento 2	AN	6	375	380	Codice matricola Unità produttiva del secondo trasferimento	NR	NR	CON
93.0	Matricola trasferimento 3	AN	6	381	386	Codice matricola Unità produttiva del terzo trasferimento	NR	NR	CON
94.0	Matricola trasferimento 4	AN	6	387	392	Codice matricola Unità produttiva del quarto trasferimento	NR	NR	CON
95.0	Matricola trasferimento 5	AN	6	393	398	Codice matricola Unità produttiva del quinto trasferimento	NR	NR	CON
96.0	Matricola di dimissione	AN	6	399	404	Codice matricola Unità produttiva di dimissione			OBB
97.0	Farmaco Oncologico	A	1	405	405	Flag somministrazione farmaco oncologico ad alto costo	NR	NR	CON
98.0	Codice causa esterna	AN	5	406	410	Indica la causa esterna dei traumatismi, degli avvelenamenti e di altri effetti diversi			
99.0	Numero passaggi personale sanitario non medico	N	3	411	413	Numero passaggi personale (infermieristico, riabilitativo, ecc.) per Ospedalizzazione a domicilio	NR		CON
0A.0	Numero visite mediche	N	3	414	416	Numero visite mediche, per Ospedalizzazione a domicilio	NR		CON
1A.0	Filler	AN	14	417	430				

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Nella trattazione delle schede i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice **SDO**.

La chiave univoca di identificazione del record è costituita dai campi:

- Struttura di ricovero (04.1)
- Numero scheda (05.0)
- Tipo movimento (59.0)

NOTA:

In generale **tutti i campi non obbligatori se non valorizzati devono contenere:**

- **spazi se sono di tipo A oppure AN,**
- **tutte le posizioni riempite con zeri se sono di tipo N.**

I campi devono essere così codificati:

*campi alfabetici:* allineati a sinistra, spazi a destra per raggiungere la fine del campo stesso;

*campi alfanumerici:* allineati a sinistra, spazi a destra per raggiungere la fine del campo stesso;

*campi numerici:* allineati a destra; eventuali posizioni vuote di campi non obbligatori, o a sinistra di cifre significative, vanno **sempre** riempite con zeri e **non con spazi**.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

## 5.2 Le schede analitiche

### 5.2.1 Premessa

Ogni pagina corrisponde ad una scheda ed ogni scheda descrive un campo o un sottocampo.

Le schede sono articolate in quadri, il cui contenuto viene, di seguito descritto (il tracciato record cui si fa riferimento nelle righe successive è quello contenuto nell'allegato 5.2):

<b>Tracciato</b>	Riporta il codice del tracciato a cui la scheda si riferisce
<b>Nome del campo</b>	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.
<b>Obbligatorio</b>	Può essere <b>SI</b> , o <b>NO</b> , o <b>CONDIZIONATO</b> , a seconda di quanto indicato nella ottava colonna del tracciato record.
<b>Campo N°</b>	Riporta il numero del campo della prima colonna del tracciato record.  In alcuni casi, quando si sia ritenuto opportuno per maggior chiarezza, una scheda viene attribuita ad un sottocampo, invece che ad un campo; ciò avviene per:  <div style="margin-left: 40px;">           Data trasferimenti ed U.O. trasferimenti,            Data dimissione ed U.O. dimissione            Data intervento e codice intervento            Codice protesi, Quantità protesi e Costo unitario protesi.         </div>
<b>Descrizione del campo</b>	Attribuisce un significato univoco al nome del campo.
<b>Correttezza formale</b>	Contiene cinque righe così articolate:  <div style="margin-left: 20px;"> <b>LUNGHEZZA:</b> numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record.   <b>FORMATO:</b> definisce il campo quale <i>alfabetico</i>, od <i>alfanumerico</i>, o <i>numerico</i>. Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.   <b>POSIZIONE:</b> posizione dei caratteri del campo, nell'ambito dell'intero tracciato. Sintetizza le informazioni contenute nelle colonne 5 e 6 del tracciato record.   <b>VALORI AMMESSI:</b> espone i <b>sol</b>i valori fra cui scegliere l'informazione corretta per l'episodio di ricovero di cui tratta la SDO.   <b>TABELLE DI RIFERIMENTO:</b> quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga. Tutte le tabelle, cui si fa riferimento, vengono allegate al documento, su supporto elettronico.         </div>
<b>Correttezza logica</b>	Nel quadro "correttezza logica" sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico.
<b>Osservazioni e precisazioni</b>	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico della SDO.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.2.2 Le schede**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Tipo Record</b>	<b>SI</b>	<b>01.0</b>
<b>SDO</b>			

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
 Identifica il **record** come appartenente al flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (tracciato record "A")

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	LUNGHEZZA: 1 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 1-1 / nel tracciato "Dati Clinici" 1-1 VALORI AMMESSI: A TABELLE DI RIFERIMENTO:
--------------------------------	--

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<b>CONTROLLI APPLICATI</b>

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	
--	--

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Regime di ricovero</b>	<b>SI</b>	<b>02.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Identifica un ricovero **ordinario**, ovvero un ricovero **diurno** (DH).

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici" 2-2  
VALORI AMMESSI: 1, 2 o Z  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L03 - Congruenza fra regime di ricovero e campo tipo di ricovero ordinario  
L04 - Congruenza fra regime di ricovero e campo motivo del ricovero diurno  
L06 - Congruenza tra data di ricovero e data di dimissione  
L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH  
L12 - Compatibilità fra U.O. di dimissione e di ammissione in DH  
L20 - Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH  
L39 - Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH  
L47 - Incompatibilità fra DRG e ricovero in DH  
L48 - Congruenza tra regime di ricovero e posti letto deliberati  
L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH  
L79 - Congruenza tra regime di ricovero, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi  
L81 - Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico.  
L90 - Congruenza tra data di prenotazione ricovero e tipo ricovero  
L91 - Congruenza tra Matricola e posti letto alla data di uscita dalla UP  
L92 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo "C".  
L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi.  
LB2 - Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.  
LB3 - Congruenza fra Matricola, Struttura o Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.  
LC0 - Congruenza fra Regime ricovero e Istituto di cura.  
LC1 - Congruenza fra Regime ricovero e Regione di residenza del paziente.  
LC2 - Congruenza fra Regime ricovero, N.passaggi non medici e N.visite mediche  
LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

1 = RICOVERO ORDINARIO  
2 = RICOVERO DIURNO (DAY HOSPITAL)  
Z = OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO  
  
N.B.: nei campi 25 (provenienza assistito) e 36 (modalità dimissione) con il codice 7 = "trasferito da/ad altro regime di ricovero" la locuzione "regime di ricovero", viene usata con significato estensivo, intendendosi, oltre a ricovero diurno o ordinario, anche i ricoveri di postacuzie.  
  
**N.B.: il ricovero diurno non ricopre l'intero arco delle 24 ore, dal momento del ricovero.**



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Azienda Sanitaria territoriale dove è ubicata la struttura erogante</b>	<b>SI</b>	<b>03.0</b>
<b>SDO</b>			

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Codice dell'Azienda Sanitaria Locale sul cui territorio insistono le Aziende Ospedaliere, i Presidi ex Art. 41,42,43 Legge 833/78 e le case di cura private accreditate, o non accreditate, che hanno erogato la prestazione di ricovero.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 3  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE: nel tracciato "Dati Anagrafici": 2-4 / nel tracciato "Dati clinici": 3-5  
 VALORI AMMESSI: da 201 a 213  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Aziende Sanitarie Locali.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L02 - Appartenenza dell'Istituto di cura all'Azienda Sanitaria territoriale

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Se l'Istituto di cura [campo 04.0] fa parte di un'ASO, è un Presidio ex Art. 41,42,43, oppure è un Istituto privato

- il codice del campo [03.0] non coincide con il codice della Struttura che eroga la prestazione [campo 89.0];
- solo nel caso degli Ospedali pubblici a gestione diretta i codici dei due campi [03.0] e [89.0] coincidono.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG SDO</b>	<b>Istituto di Cura</b>	<b>SI</b>	<b>04.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Contiene due informazioni: la prima è il codice della “**struttura di ricovero**” (costituito dal codice Regione, o Provincia Autonoma + un progressivo numerico attribuito in ambito regionale) e corrisponde al codice HSP.11 dei FIM. La seconda è il “**subcodice istituto di dimissione**” indicato nel modello HSP.11bis attribuito anch’esso dalla Regione.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6 + 2  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 5-12 / nel tracciato “Dati Clinici”: 6-13  
 VALORI AMMESSI: codice della Struttura di ricovero + codice dell’Istituto (XXXXYYZZ)  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

- L01 - Esistenza della struttura e dell'Istituto di cura fra Data ricovero e Data dimissione
- L02 - Appartenenza dell'Istituto di cura all'Azienda Sanitaria territoriale
- L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.
- L46 - Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.
- L48 - Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati
- L51 - Congruenza fra DRG di Parto ed U.P. collegata a U.O. 37.xx, nella Struttura di ricovero.
- L59 - Congruenza fra DRG di cardiocirurgia e Struttura erogante
- L62 - Congruenza fra Prolungamento degenza e Istituto
- L77 - Congruenza tra Istituto e Motivo del ricovero diurno
- L78 - Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura.
- L81 - Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico.
- L84 - Congruenza tra Istituto, Matricola di dimissione
- L86 - Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC
- L89 - Congruenza tra Istituti privati e Tipo del ricovero ordinario
- L94 - Congruenza tra Istituti privati non accreditati e Onere di degenza
- L93 - Congruenza tra Ist. Privato provv./definitivamente accreditato e Provenienza assistito
- L98 - Congruenza tra Istituto e Tipo produzione
- L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento
- LA2 - Congruenza tra Istituti privati provv./definitivamente accreditati e Onere Degenza
- LB1 - Congruenza tra Istituto e Codice Struttura inviante
- LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.
- LB6 - Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week-surgery
- LB9 - Congruenza fra UO e provenienza paziente
- N05 - Non elaborabile: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO
- S15 - 1° Invio - Fuori Tempo Massimo
- S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Si ribadisce che, in conformità con la definizione data dal Decreto del Ministro della Sanità 23 Dicembre 1996, l’unità organizzativa ospedaliera deputata ai ricoveri è la **STRUTTURA DI RICOVERO**, eventualmente articolata in più **ISTITUTI**, purché dipendenti da un’unica direzione sanitaria di presidio.  
 Nel caso in cui la struttura di ricovero coincida con l’istituto, codificare il subcodice con “00” (010XXX00).  
 N.B.: Per Istituto di ammissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di ricovero.  
 Per Istituto di dimissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di dimissione.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Numero Scheda</b>	<b>SI</b>	<b>05.0</b>
<b>SDO</b>			

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Si tratta del numero univoco nell'anno caratterizzante l'episodio di ricovero. Contiene due informazioni: le prime **quattro** cifre indicano l'anno del ricovero; le restanti **sei** cifre costituiscono un numero progressivo **nell'ambito della Struttura di Ricovero (Hsp11) , o dell'Istituto di dimissione (HSP11.Bis)**, indipendentemente dal regime di ricovero.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 10  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 13-22 / nel tracciato "Dati Clinici": 14-23  
 VALORI AMMESSI: anno di riferimento (aaaa) + progressivo numerico, NON nullo, espresso con sei cifre.  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L05 - Congruenza fra data di ricovero e numero scheda  
 N05 - Non elaborabile: Incongruenza fra tipo movimento e codici identificativi della SDO  
 S15 - 1° Invio - Fuori Tempo Massimo  
 S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Per Struttura di ricovero si intende l'insieme degli Istituti aggregati, ovunque dislocati, purché dipendenti da un'unica direzione sanitaria di presidio.

Ordinariamente la numerazione delle cartelle è univoca per la Struttura di ricovero (Hsp1): non possono esistere due SDO con uguale numero di cartella , per ricoveri diversi in Istituti appartenenti alla stessa Struttura.

Per conseguenza, è possibile trasferire un paziente tra Istituti (Hsp11.Bis) di una stessa Struttura (Hsp11) mantenendo aperta la cartella (la SDO viene inviata dall'Istituto che dimette il paziente al termine del ricovero).

Alcuni Istituti (Hsp11.Bis) possono essere abilitati a gestire una numerazione, delle proprie cartelle, indipendente dagli altri Istituti della Struttura (Hsp11), a cui appartengono.

Però, in tal caso, si perde la possibilità di fare trasferimenti tra questi Istituti e gli altri, della stessa Struttura, mantenendo un'unica cartella / SDO.

N.B.: il numero scheda NON può contenere alcuno spazio.

Esempio valido: **1999000365**

Esempi non validi: **1999 365** oppure **1999365**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Cognome</b>	<b>SI</b>	<b>06.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Cognome del dimesso.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 20  
 FORMATO: ALFABETICO  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 23 – 42  
 VALORI AMMESSI:  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L38 - Congruenza fra Codice fiscale e Cognome e Nome

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

In caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indica ‘ANONIMO’

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Nome</b>	<b>SI</b>	<b>07.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Nome del dimesso.

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	<p>LUNGHEZZA: 15</p> <p>FORMATO: ALFABETICO</p> <p>POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 43 - 57</p> <p>VALORI AMMESSI:</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
--------------------------------	---

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<b>CONTROLLI APPLICATI</b>
	L38 - Congruenza fra Codice fiscale e Cognome e Nome

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	In caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indica ‘ANONIMO’.
--	---

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Codice fiscale</b>	<b>SI</b>	<b>08.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Codice univoco rilasciato ad ogni cittadino italiano. Contiene informazioni su: cognome e nome, sesso, data e luogo di nascita. **IL CODICE FISCALE DEVE ESSERE RILEVATO DALLA TESSERA SANITARIA** e deve risultare certificato dal servizio regionale AURA o dal MEF, a cura dell'Anagrafe Tributaria

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 16  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 58-73  
 VALORI AMMESSI: codice fiscale; o codice ISI; o sedici '9', o sedici "0"  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: AURA / MEF certificazione a cura dell'Anagrafe Tributaria

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L35 - Compilazione campo Codice Fiscale per nuovo nato  
 L38 - Congruenza fra Codice fiscale e Cognome / Nome "anonimo"  
 L40 - Congruenza fra Codice fiscale e Regione di residenza  
 LA4 - Congruenza tra Dati Team, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente  
 LA5 - Congruenza tra Dati Mobilità internazionale, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente  
 LC4 - Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione  
 LC6 - Codice fiscale non certificato.  
 LC7 - Congruenza tra Sesso e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF).  
 LC8 - Congruenza tra Data nascita e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF).  
 S17 - Validità Codice fiscale non verificata << Servizio SOGEL indisponibile >>

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**L'informazione relativa al Codice fiscale deve essere verificato direttamente dalla Tessera Sanitaria (inviata all'Agenzia delle Entrate) al momento dell'accettazione del ricovero**

Se il campo contiene un Codice fiscale certificato (da AURA o dal MEF), non vengono eseguiti controlli formali sul codice indicato, ma Data di nascita e Sesso del paziente devono corrispondere ai dati risultanti nel database di certificazione (controlli LC7 ed LC8).

Per tipologie particolari di pazienti, nel campo possono essere inseriti altri codici che non sono Codici fiscali, come indicato nelle tabelle al paragrafo 5.3:

- per i neonati – non ancora in possesso di Codice fiscale – si utilizzano sedici "0";
- per i cittadini stranieri residenti in Italia, si utilizza il Codice fiscale;
- per cittadini stranieri non residenti in Italia si utilizzano sedici '9'.
- per cittadini stranieri iscritti ai centri ISI, si usano i codice ISI aventi la seguente struttura:  
 "STP + 010 + codice ASL + 7 cifre numeriche"  
 oppure "ENI + 010 + codice ASL + 7 cifre numeriche"  
 dove per codice ASL deve essere usata la codifica (201-213), valida fino dal 2008.
- in caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indicano sedici '9'.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Sesso</b>	<b>SI</b>	<b>09.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Codice indicante il sesso del dimesso

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 74-74  
VALORI AMMESSI: 1 (per maschio), o 2 (per femmina)  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LC7 - Congruenza tra Sesso e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF).

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

1 = MASCHIO  
2 = FEMMINA

Nei rari casi in cui, per un neonato, il sesso risulti ancora indeterminato, all’atto della dimissione, si attenderanno i referti degli accertamenti diagnostici dirimenti, prima di compilare il campo e di inviare la SDO.

N.B.: Il “Grouper” esegue un controllo di compatibilità fra sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	<b>Provincia e Comune di Nascita</b>	<b>SI</b>	<b>10.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Identifica il luogo di nascita.

Per i nati in Italia viene usato il codice ISTAT indicante provincia e comune.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 75-80

VALORI AMMESSI: codici ISTAT di Province e Comuni d’Italia; o 999 + codice stato estero; o 999999

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di province, comuni e stati esteri sovrani.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il codice indicato deve risultare valido alla data di nascita, nelle di riferimento.

Per i nati all’estero si indica genericamente il codice dello “Stato Estero” preceduto da “999”. Se la Nazione è sconosciuta si indicano sei “9”;

**N.B.:** dal momento che esistono numerose omonimie di Comuni, allocati in Province diverse, è importante, in fase di accettazione del ricoverando, **verificare che il codice Provincia rilevato (prime tre cifre) indichi l’effettiva Provincia di nascita** (Cfr. campo 14).



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Data di Nascita</b>	<b>SI</b>	<b>11.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Giorno, mese ed anno di nascita del dimesso.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 81-88  
VALORI AMMESSI: gmmaaaa  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L07 - Congruenza fra data di ricovero e data di nascita  
L32 - Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita  
L33 - Correttezza U.O. di ammissione per nuovo nato  
L35 - Compilazione campo Codice Fiscale per nuovo nato  
L36 - Compilazione campo «Numero scheda della madre»  
L37 - Compilazione campo «Allattamento»  
L52 - Compatibilità fra età della donna e DRG di Parto  
L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato  
L96 - Congruenza tra data di nascita e data prenotazione  
LA3 - Congruenza tipo ricovero ordinario, data di nascita, data di ricovero  
LC5 - Congruenza età del paziente.  
LC8 - Congruenza tra Data nascita e dati del database di certificazione del CF (AURA/MEF).

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Stato civile	SI	12.0

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Stato civile del dimesso.

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 89-89</p> <p>VALORI AMMESSI: da 1 a 6</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
--------------------------------	---

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<p><b>CONTROLLI APPLICATI</b></p>
-------------------------------	-----------------------------------

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	<p>LEGENDA DEI CODICI:</p> <p>1 = celibe/nubile</p> <p>2 = coniugato/a</p> <p>3 = separato/a</p> <p>4 = divorziato/a</p> <p>5 = vedovo/a</p> <p>6 = non dichiarato</p>
--	--

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Cittadinanza</b>	<b>SI</b>	<b>13.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
cittadinanza del dimesso

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 3  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 90-92  
 VALORI AMMESSI: **100** (italiana), o **codice Stato estero**.  
 Per “apolide” o “non identificabile”: **999**  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici stati esteri sovrani

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

I vari collegamenti possibili, legati alla residenza anagrafica, sono sintetizzati nella Tabella 5.3 degli allegati.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	<b>Regione di residenza/Stato Estero di residenza</b>	<b>SI</b>	<b>14.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
indica la Regione italiana cui appartiene il Comune di residenza.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 3  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 93-95  
 VALORI AMMESSI: Codici delle Regioni italiane, o codici Stati esteri sovrani, o “999”.  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT delle Regioni italiane e degli Stati esteri sovrani.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L08 - Congruenza fra Regione e Comune / Provincia di residenza  
 L09 - Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza  
 L10 - Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici  
 L28 - Congruenza fra Provincia e comune di residenza e la data di ricovero  
 L40 - Congruenza fra Codice fiscale e Regione di residenza

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Per le Regioni italiane si usa il codice ISTAT delle Regioni.  
 Nel caso di cittadini stranieri NON RESIDENTI o italiani RESIDENTI ALL’ESTERO, si usa il codice dello stato estero di residenza.  
 Se si tratta di APOLIDE, o se lo Stato di residenza non sia identificabile, si digita “999”.  
 Per le combinazioni possibili con i campi correlati, vedi Tabella 5.3 degli allegati.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Provincia e Comune di residenza</b>	<b>SI</b>	<b>15.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
identifica la Provincia ed il Comune italiano, o lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	<p>LUNGHEZZA: 6</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 96-101</p> <p>VALORI AMMESSI: codici ISTAT per Province e Comuni italiani                      ENI + codice Stato estero                      STP + codice Stato estero                      999 + codice Stato estero</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ISTAT di Province e Comuni italiani; codici degli esteri sovrani.</p>
--------------------------------	---

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<b>CONTROLLI APPLICATI</b>
	<p>L08 – Congruenza fra Regione e Comune / Provincia di residenza</p> <p>L10 – Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici</p>

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	<p>Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune.</p> <p>Per i <b>residenti in Italia</b>, si indica il codice ISTAT della Provincia e del Comune di residenza.                      Per i <b>residenti all'estero</b>, si indica 999 seguito dal codice dello Stato estero sovrano,                      se provvisoriamente presenti    ENI   “   “   “   stato UE o                         STP   “   “   “   di altro stato.</p> <p>Per i <b>neonati</b> dev'essere indicata la residenza della madre, salvo quanto previsto dalla L. 127 del 15 Maggio 1997.</p> <p><b>N.B.:</b> Il [Comune di residenza] è quello nel quale risiede il paziente nell'anno del ricovero.</p> <p><b>N.B.:</b> dal momento che esistono numerose omonimie di Comuni, allocati in Province Italiane diverse, è importante, in fase di accettazione del ricoverando, <b>verificare che il codice Provincia rilevato (prime tre cifre) indichi l'effettiva Provincia di residenza</b> (Cfr. campo 10). Nel caso di rilevazione manuale, specificare oltre al <b>comune</b> anche la <b>provincia</b> di residenza.</p> <p>Per le combinazioni di valori consentiti per i Campi correlati alla residenza anagrafica vedere la tabella al punto 5.3 degli allegati.</p>
--	---

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>ASL di residenza</b>	<b>SI</b>	<b>16.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

ASL cui appartiene il Comune in cui risiede il dimesso. In caso di Residenti all'estero il campo viene compilato con 999

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 102-104

VALORI AMMESSI: da 201 a 213 per la Regione Piemonte  
da 001 a 998 per le altre regioni  
per residenti all'estero: 999

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici regionali delle ASL d'Italia

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L09 - Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza

L10 - Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici

LB9 - Congruenza fra UO e provenienza paziente

S14 - ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (BAR-TS/AURA)

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Onere degenza</b>	<b>SI</b>	<b>17.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
soggetto/i cui compete il rimborso della prestazione di ricovero effettuata.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 24-24  
 VALORI AMMESSI: da 1 a 9, A, B  
 TABELLA DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L10 - Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici  
 L72 - Congruenza tra la tipologia di libera professione e l'onere della degenza  
 L73 - Congruenza tra onere della degenza e tipologia di erogazione  
 L91 - Congruenza tra Matricola e Posti letto alla data di uscita dalla UP  
 L94 - Congruenza tra istituti privati non accreditati e onere di degenza  
 LA2- Congruenza tra istituti privati provv./definitivamente accreditati ed Onere Degenza  
 LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza  
 LB3 -Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

LEGENDA DEI CODICI:

- 1 = ricovero a totale carico SSN
- 2 = ricovero a prevalente carico SSN. La **differenza alberghiera** è a carico del ricoverato
- 4 = ricovero a totale carico del ricoverato
- 5 = ricovero con parte della spesa a carico del ricoverato (**libera professione**)
- 6 = ricovero con parte della spesa a carico del ricoverato (**libera professione + differenza alberghiera**)
- 7 = ricovero a carico del SSN di **stranieri** di Paesi convenzionati con il SSN e ricovero per **cittadini italiani residenti all'estero** temporaneamente presenti in Italia.
- 8 = ricovero a carico del SSN di stranieri con dichiarazione di **indigenza**
- 9 = altro
- A = ricovero a carico del Ministero dell'Interno di stranieri con dichiarazione d'indigenza.
- B = ricovero a carico del SASN (Servizio Assistenza Sanitaria ai Naviganti)

**Per le combinazioni possibili con i campi correlati, vedi allegato 5.3**

N.B. Ai codici 4, 7, 9 e A non viene riconosciuto il valore della prestazione ai fini della mobilità.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Istruzione</b>	<b>SI</b>	<b>18.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Indica il livello massimo di istruzione conseguito dal dimesso.

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 105-105</p> <p>VALORI AMMESSI: da 1 a 7</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
--------------------------------	---

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<p><b>CONTROLLI APPLICATI</b></p>
-------------------------------	-----------------------------------

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	<p><b>LEGENDA DEI CODICI:</b></p> <p>1 = laurea</p> <p>2 = diploma scuola media superiore</p> <p>3 = diploma scuola professionale</p> <p>4 = diploma scuola media inferiore</p> <p>5 = licenza scuola elementare</p> <p>6 = senza titolo</p> <p>7 = non dichiarato</p> <p>Per scuola professionale si intende un ciclo di studi successivo alla scuola media inferiore, di durata inferiore a 5 anni, che non permette l’iscrizione ad un corso di laurea.</p>
--	--



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Condizione professionale attuale</b>	<b>SI</b>	<b>19.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
situazione del dimesso nei confronti del lavoro.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 106-106  
 VALORI AMMESSI: da 1 a 7, 9  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

LEGENDA DEI CODICI:  
 1 = occupato  
 2 = disoccupato  
 3 = in cerca di prima occupazione  
 4 = casalinga  
 5 = studente  
 6 = ritirato dal lavoro  
 7 = non dichiarato  
 9 = altro

Per «disoccupato» (codice 2) si intende un soggetto che in passato ha esercitato un'attività lavorativa e risulta attualmente senza lavoro;  
 per «soggetto in cerca di prima occupazione» (codice 3) si intende un soggetto che non ha mai esercitato alcuna attività lavorativa stabile;

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Ultima professione	SI	20.0

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Si richiede di riportare per esteso l'**ultima** professione svolta, quando, nel precedente campo "condizione professionale" siano indicati i codici 1, 2, o 6.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 30  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 107-136  
 VALORI AMMESSI: ultima professione per esteso (NON CODIFICATA).  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Deve essere riportata:  
 la professione attuale per i soggetti che, alla voce precedente (condizione professionale), siano risultati occupati (codice 1)  
 l'ultima professione svolta per i soggetti che risultino "disoccupati" codice 2) o "ritirati dal lavoro" (codice 6) o "casalinghi" (codice 4) nel caso in cui i pazienti abbiano esercitato in passato un'attività lavorativa stabile).

Occorre riportare il genere di lavoro effettivamente svolto, usando termini appropriati ed evitando il ricorso a termini generici quali "operaio" o "impiegato", descrivendo nel modo più accurato possibile la mansione, o la lavorazione svolta, cioè concretamente quello che la persona fa.

Si deve pertanto indicare, a titolo di esempio, agronomo, contabile, bracciante agricolo, avvocato, ingegnere elettronico, dattilografo, fabbro, tornitore, saldatore, meccanico, lamierista, falegname, esercente in negozio, commesso di vendita, rappresentante di commercio, ecc.

Per gli impiegati della Pubblica Amministrazione deve essere indicata la mansione effettivamente svolta, ad esempio economo, cassiere, coadiutore, programmatore, archivista, ecc.

Per gli insegnanti si deve riportare il tipo di scuola (elementare, media, ecc.).

Per i militari di carriera va indicato il grado ed il corpo di appartenenza

Per gli ecclesiastici che svolgono anche attività civile riportare entrambe le mansioni; per esempio suora infermiera, suora insegnante elementare.

In caso di rifiuto di fornire il dato riportare la dicitura: "non dichiarato".

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Attività economica principale</b>	<b>SI</b>	<b>21.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Rileva l'attività esclusiva, o la principale, dell'ente presso cui lavora o ha lavorato il ricoverato.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 2  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 137-138  
 VALORI AMMESSI: estratto dei codici ISTAT a 2 cifre o "99".  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella 5.16

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Deve essere indicata l'attività economica principale dello stabilimento, azienda, negozio, ufficio, ente, ecc. presso il quale il paziente esercita o ha esercitato la propria professione.

Si indichi il codice '99' soltanto nel caso il ricoverato non abbia **mai** svolto una attività lavorativa stabile.

Per i codici riferirsi alla Tabella 5.16 riportata in allegato.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	<b>Posizione nella professione</b>	<b>SI</b>	<b>22.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO  
Posizione del soggetto nell'ambito dell'ultima professione esercitata.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 139-139  
VALORI AMMESSI: 1- 9  
TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi osservazioni

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Dovrà essere riportata la posizione occupata nella professione di cui alla voce «ultima professione» (campo 20).

Si indichi la voce '9' soltanto nel caso il ricoverato non abbia **mai** svolto una attività lavorativa stabile.

**LEGENDA DEI CODICI:**

- 1 - imprenditore
- 2 - libero professionista
- 3 - dirigente
- 4 - impiegato
- 5 - lavoratore autonomo
- 6 - operaio
- 7 - militari, forze dell'ordine e religiosi
- 8 - non dichiarato
- 9 - non ha mai esercitato un'attività lavorativa stabile.

Per "imprenditore" (codice 1) si intende un soggetto titolare di impresa con almeno 15 dipendenti; in caso contrario (titolare di impresa con meno di 15 dipendenti) classificare come lavoratore autonomo (codice 5).

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Unità Operativa di ammissione</b>	<b>SI</b>	<b>23.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero progressivo dell'Unità Operativa.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 25 – 28  
VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera,  
per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99.  
TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

- L12 - Compatibilità fra U.O. di dimissione e di ammissione in DH
- L15 - Congruenza fra campi delle U.O.
- L16 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi
- L17 - Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione
- L18 - Congruenza fra U.O. di ammissione e U.O. di dimissione per RRF
- L20 - Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH
- L33 - Correttezza U.O. di ammissione per nuovo nato
- L39 - Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH
- L53 - Compatibilità fra MDC e prestazione di alta specialità (UO 75xx)
- L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato
- L76 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati)
- L81 - Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico.
- L82 - Congruenza fra U.O. di ammissione e U.O. di dimissione per lungodegenza
- L86 - Congruenza codice di struttura di ricovero o codice di istituto di ricovero, UO di ammissione, tipo del ricovero ordinario e ricovero in codice 40 SPDC
- L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi
- LB3 - Congruenza fra Matricola, U.O., Istituto, Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.
- LB6 - Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week-surgery
- LB7 - Congruenza fra ricovero in week-surgery data di ricovero e data di uscita dal reparto
- S01 - Segnalazione: DRG forzato a 462
- S10 - Segnalazione: DRG forzato a 462 (per privati provv. accreditati)

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Deve essere indicata l'U.O. da cui dipende gerarchicamente l'Unità Produttiva nella quale è fisicamente ricoverato il paziente, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia, prevalentemente, a carico di un'altra U.O.

L'U.O. di ammissione del nuovo nato è sempre e comunque il nido (codice 31) dal quale il neonato può essere trasferito, anche immediatamente, in caso di necessità clinica.

Per "Grandi Ustioni Pediatriche" utilizzare il codice disciplina 46.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data ricovero</b>	<b>SI</b>	<b>24.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
giorno, mese ed anno del ricovero propriamente detto (si prescinde da eventuali prestazioni “pre-ricovero”). Per i ricoveri in Day Hospital: giorno, mese ed anno dell’unico accesso o del primo giorno di un ciclo.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 29-36  
VALORI AMMESSI: ggmmaaaa  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L01 - Esistenza dell'Istituto di cura fra data ricovero e data dimissione  
L05 - Congruenza fra data di ricovero e numero scheda  
L06 - Congruenza fra data di ricovero e data di dimissione  
L07 - Congruenza fra data di ricovero e data di nascita  
L13 - Congruenza fra date  
L22 - Controllo della durata massima consentita di un ricovero  
L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero  
L28 - Congruenza fra Provincia e comune di residenza e la data di ricovero  
L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  
L32 - Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita  
L33 - Correttezza U.O. di ammissione per nuovo nato  
L35 - Compilazione campo Codice Fiscale per nuovo nato  
L36 - Compilazione campo «Numero scheda della madre»  
L37 - Compilazione campo «Allattamento»  
L50 - Congruenza fra DRG di Parto, durata del ricovero e modalità di dimissione  
L52 - Compatibilità fra età della donna e DRG di Parto  
L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato  
L58 - Congruenza fra gg di ricovero diurno e giorni di degenza  
L61 - Congruenza fra gg di permesso e gg di degenza  
L67 - Congruenza tra data richiesta prolungamento degenza, data ricovero, data dimissione ed unità operativa di dimissione  
L68 - Congruenza tra data autorizz./non autorizz. e data ricovero e unità operativa di dimissione  
L71 - Congruenza tra data I autorizzazione e data ultima autorizzazione e unità operativa di dimissione  
L85 - Congruenza tra data prenotazione ricovero e data ricovero  
L97 - Congruenza tra data di ricovero e data di prenotazione  
LA3 - Congruenza tipo ricovero ordinario, data di nascita, data di dimissione  
LB7 - Congruenza fra ricovero in week-surgery data di ricovero e data di uscita dal reparto  
LC3 - Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza  
LC4 - Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammiss.  
S09 - Giornate di degenza oltre il 60° /120° giorno > alle giornate di prolungamento autorizzate  
S11 - Differenza tra data di prenotazione e data ricovero superiore a 730 giorni  
S12 - Differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 90 giorni con diagnosi principale di tumore

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Per i nuovi nati, la data di nascita coincide con la data di ricovero

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Provenienza assistito</b>	<b>SI</b>	<b>25.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
indica il proponente il ricovero.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 37-37  
VALORI AMMESSI: da 0 a 9 oppure A  
TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni. .

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L16 – Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi  
L32 – Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita  
L33 – Correttezza U.O. di ammissione per nuovo nato  
L36 – Compilazione campo «Numero scheda della madre»  
L37 – Compilazione campo «Allattamento»  
L69 – Congruenza tra prolungamento degenza, provenienza e unità operativa di dimissione  
L76 – Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati)  
L83 – Congruenza tra provenienza assistito e n. scheda intervento 118  
L87 – Congruenza provenienza assistito e istituto provenienza  
L93 – Congruenza tra ist. Privato prov/definitivamente accreditato e provenienza assistito  
LC4 - Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione  
S01 – Segnalazione: DRG forzato a 462  
S06 – Prolungamento ricovero oltre il 120° giorno  
S10 – Segnalazione: DRG forzato a 462 (per privati provv. accreditati)  
S11 – Prolungamento ricovero oltre il 180° giorno

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**LEGENDA DEI CODICI:**

0 = nuovo nato  
1 = accesso diretto dell'assistito (senza proposta di un medico)  
2 = inviato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta  
3 = ricovero precedentemente programmato dalla stessa struttura di ricovero  
4 = trasferito da istituto pubblico  
5 = trasferito da istituto privato accreditato o provvisoriamente accreditato  
6 = trasferito da istituto privato non accreditato  
7 = trasferito da altro regime di ricovero nell'ambito della stessa struttura di ricovero.  
8 = pervenuto tramite 118  
9 = altro  
A = prosecuzione del ricovero in casa di cura oltre il 120° giorno (U.O. 40 intensiva, 60, 68) o il 180° giorno U.O 40 estensiva.  
B = prosecuzione del ricovero in U.S.V.

Nell'ambito dello stesso episodio di ricovero sono ammessi solo trasferimenti tra discipline di acuzie; il codice 6 non viene accettato per gli istituti privati provvisoriamente accreditati.  
Il codice 2 va utilizzato in tutti i casi che giungono alla struttura con richiesta del MMG e del PdLS  
N.B. La locuzione "regime di ricovero" utilizzata al codice 7, ha un significato estensivo rispetto alla stessa usata nel campo 2.0 dove indica esclusivamente ricovero ordinario o ricovero diurno.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Tipo di ricovero ordinario</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>26.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

si riporta l'informazione sempre e solo in caso di **ricovero ordinario**. Indica se il ricovero sia programmato o urgente; se sia un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35, 64 della Legge 833/78. Le dizioni programmato e urgente riguardano le modalità organizzative dell'accesso e non si riferiscono agli aspetti clinici del ricovero.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 38-38  
 VALORI AMMESSI: da 1 a 6, ovvero spazio  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni. .

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L03 - Congruenza fra regime di ricovero e campo Tipo di ricovero  
 L16 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi  
 L76 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati)  
 L86 - Congruenza codice istituto, UO di ammissione, tipo del ricovero ordinario e ricovero in codice 40 SPDC  
 L89 - Congruenza tra istituti privati e tipo del ricovero ordinario  
 L90 - Congruenza tra data di prenotazione ricovero e tipo ricovero  
 LA3 - Congruenza tra tipo ricovero ordinario, data di nascita e data di ricovero

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**LEGENDA DEI CODICI:**

- 1 = ricovero programmato, non urgente
- 2 = ricovero urgente (non è stata possibile la programmazione del ricovero)
- 3 = TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio)
- 4 = ricovero programmato, con preospedalizzazione
- 5 = nuovo nato
- 6 = ricovero urgente tramite pronto soccorso

**N.B.:**

- **i codici 1 e 4 vanno utilizzati sempre quando vi sia prenotazione anche se la differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è di un giorno**
- se codice 4, possono essere riportate sulla SDO le procedure effettuate nel corso della preospedalizzazione (comma 18, Art. 1 Legge 23 Dicembre 1996, n. 662).
- se si tratta di ricovero diurno (codice 2 al campo 2 - regime di ricovero) questo campo viene lasciato a spazio.



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Motivo del ricovero diurno</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>27.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO: si riporta l'informazione sempre e solo in caso di **ricovero diurno** (Day Hospital). Indica se la finalità del ricovero sia diagnostica, o operatoria chirurgica, o terapeutica, ovvero riabilitativa

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 39-39  
 VALORI AMMESSI: da 1,3,4,5,6, ovvero spazio  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni. .

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L04 – Congruenza fra Regime di ricovero e Motivo del ricovero  
 L06 – Congruenza tra data di ricovero e data di dimissione  
 L20 – Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH  
 L21 – Congruenza fra Regime di ricovero, Motivo del ricovero, numero giornate  
 L24 – Congruenza fra giorni presenza e motivo del ricovero diurno  
 L48 – Congruenza tra regime di ricovero e posti letto deliberati  
 L57 – Congruenza fra Motivo del ricovero diurno e Intervento chirurgico principale  
 L77 – Congruenza tra istituto e motivo del ricovero diurno  
 L78 – Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura  
 L81 – Congruenza Uo di dimissione e attività svolta nel reparto multispecialistico  
 L92 – Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo "C".  
 LB3 -Congruenza fra Matricola, U.O., Istituto, Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**LEGENDA DEI CODICI:**

- 1= ricovero diurno diagnostico (compreso il follow up)
- 3= ricovero diurno terapeutico
- 4= ricovero diurno riabilitativo
- 5= day surgery senza pernottamento
- 6= day surgery con pernottamento (one day surgery)

**N.B.: il codice usato ha rilevanza per la procedura di valorizzazione .**

Se si tratta di ricovero ordinario(codice 1 nel campo 02.0 – regime di ricovero) questo campo viene lasciato vuoto.

Se si tratta di ricovero diurno diagnostico le giornate di ricovero dovranno essere 001 anche se la data di dimissione > data di ricovero.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Traumatismi o intossicazioni</b>	<b>NO</b>	<b>28.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

quando sia intervenuta una causa violenta nella patologia che induce il ricovero, ne identifica la natura.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 40-40

VALORI AMMESSI: da 1 a 5; 9; ovvero spazio

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L79 – Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**LEGENDA DEI CODICI:**

- 1 = infortunio sul lavoro
- 2 = infortunio in ambiente domestico
- 3 = incidente stradale
- 4 = violenza altrui
- 5 = autolesione o tentato suicidio
- 9 = altro tipo di incidente o intossicazione

Il campo deve essere compilato, nell’ambito del regime di ricovero ordinario, se nei primi tre caratteri di uno dei campi diagnosi, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti:

- 800-904
- 910-995

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data Trasferimento 1</b>	<b>NO</b>	<b>29.1</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
contiene la **Data del primo trasferimento**.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 41 – 48  
VALORI AMMESSI: gmmaaaaa  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH  
L13 - Congruenza fra date  
L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti  
L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  
L46 - Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.  
L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.  
LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento  
LB6 - Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week-surgery

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**N.B.:** si intende che si deve procedere esclusivamente con trasferimento, tra discipline di acuzie, – e non con dimissione e nuovo ricovero – quando il paziente viene spostato da un'Unità Operativa ad un'altra, nell'ambito della stessa struttura di ricovero.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Unità Operativa Trasferimento 1</b>	<b>NO</b>	<b>29.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero - progressivo nell'ambito dell'intera Struttura di Ricovero - dell'Unità Operativa presso la quale viene accettato il trasferito.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 49-52

VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera,  
per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99.

TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

- L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH
- L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti
- L15 - Congruenza fra campi delle U.O.
- L17 - Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione
- L46 - Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.
- L53 - Congruenza fra MDC e prestazione di alta specialità (UO 75xx)
- L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato
- L82 - Congruenza fra U.O. di ammissione e U.O. di dimissione per lungodegenza
- L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi.
- LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.
- LB8 - Incompatibilità tra week-surgery e trasferimenti da altri reparti.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

In caso di più di 5 trasferimenti si indicano il primo e dal quart'ultimo all'ultimo, omettendo quelli intermedi.

**N.B.:** E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia univoco.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data Trasferimento 2</b>	<b>NO</b>	<b>30.1</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
contiene la **Data del quartultimo trasferimento.**

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	<p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 53-60</p> <p>VALORI AMMESSI: gmmaaaaa</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
--------------------------------	--

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<p><b>CONTROLLI APPLICATI</b></p>
	<p>L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH</p> <p>L13 - Congruenza fra date</p> <p>L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti</p> <p>L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.</p> <p>L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.</p> <p>LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.</p>

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	<p><b>N.B.:</b> si intende che si deve procedere esclusivamente con trasferimento, tra discipline di acuzie, – e non con dimissione e nuovo ricovero – quando il paziente viene spostato da un'Unità Operativa ad un'altra, nell'ambito della stessa <u>struttura di ricovero</u>.</p>
--	--

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Unità Operativa Trasferimento 2</b>	<b>NO</b>	<b>30.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero - progressivo nell'ambito dell'intera Struttura di Ricovero - dell'Unità Operativa presso la quale viene accettato il trasferito.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 61-64

VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera,  
per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99.

TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

- L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH
- L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti
- L15 - Congruenza fra campi delle U.O.
- L17 - Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione
- L46 - Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.
- L53 - Compatibilità fra MDC e prestazione di alta specialità (UO 75xx)
- L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato
- L82 - Congruenza fra U.O. di ammissione e U.O. di dimissione per lungodegenza
- L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi
- LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.
- LB8 - Incompatibilità tra week-surgery e trasferimenti da altri reparti.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

In caso di più di 5 trasferimenti si indicano il primo e dal quart'ultimo all'ultimo, omettendo quelli intermedi.

**N.B.:** E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia univoco.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data Trasferimento 3</b>	<b>NO</b>	<b>31.1</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
contiene la **Data del terzultimo trasferimento**.

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	<p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 65-72</p> <p>VALORI AMMESSI: gmmaaaaa</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
--------------------------------	--

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<p><b>CONTROLLI APPLICATI</b></p>
	<p>L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH</p> <p>L13 - Congruenza fra date</p> <p>L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti</p> <p>L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.</p> <p>L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.</p> <p>LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.</p>

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	<p><b>N.B.:</b> si intende che si deve procedere esclusivamente con trasferimento, tra discipline di acuzie, – e non con dimissione e nuovo ricovero – quando il paziente viene spostato da un'Unità Operativa ad un'altra, nell'ambito della stessa <u>struttura di ricovero</u>.</p>
--	--

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	<b>Unità Operativa Trasferimento 3</b>	<b>NO</b>	<b>31.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero - progressivo nell'ambito dell'intera Struttura di Ricovero - dell'Unità Operativa presso la quale viene accettato il trasferito.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 73-76

VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera,  
per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99.

TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

- L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH
- L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti
- L15 - Congruenza fra campi delle U.O.
- L17 - Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione
- L46 - Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.
- L53 - Compatibilità fra MDC e prestazione di alta specialità (UO 75xx)
- L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato
- L82 Congruenza fra U.O. di ammissione e U.O. di dimissione per lungodegenza
- L95 – Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi
- LB3 -Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.
- LB8 - Incompatibilità tra week-surgery e trasferimenti da altri reparti.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**N.B.:** E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia univoco.



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data Trasferimento 4</b>	<b>NO</b>	<b>32.1</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
contiene la **Data del penultimo trasferimento.**

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 77-84  
VALORI AMMESSI: gmmaaaaa  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH  
L13 - Congruenza fra date  
L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti  
L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  
L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.  
LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**N.B.:** si intende che si deve procedere esclusivamente con trasferimento, tra discipline di acuzie, – e non con dimissione e nuovo ricovero – quando il paziente viene spostato da un'Unità Operativa ad un'altra, nell'ambito della stessa struttura di ricovero.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	<b>Unità Operativa Trasferimento 4</b>	<b>NO</b>	<b>32.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero - progressivo nell'ambito dell'intera Struttura di Ricovero - dell'Unità Operativa presso la quale viene accettato il trasferito.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 85-88

VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera,  
per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99.

TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

- L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH
- L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti
- L15 - Congruenza fra campi delle U.O.
- L17 - Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione
- L46 - Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.
- L53 - Compatibilità fra MDC e prestazione di alta specialità (UO 75xx)
- L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato
- L82 - Congruenza fra U.O. di ammissione e U.O. di dimissione per lungodegenza
- L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi.
- LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.
- LB8 - Incompatibilità tra week-surgery e trasferimenti da altri reparti.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**N.B.:** E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia univoco.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data Trasferimento 5</b>	<b>NO</b>	<b>33.1</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
contiene la **Data dell'ultimo trasferimento**.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 89-96  
VALORI AMMESSI: gmmaaaaa  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH  
L13 - Congruenza fra date  
L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti  
L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  
L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.  
LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**N.B.:** si intende che si deve procedere esclusivamente con trasferimento, tra discipline di acuzie, – e non con dimissione e nuovo ricovero – quando il paziente viene spostato da un'Unità Operativa ad un'altra, nell'ambito della stessa struttura di ricovero.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Unità Operativa Trasferimento 5</b>	<b>NO</b>	<b>33.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive, il numero - progressivo nell'ambito dell'intera Struttura di Ricovero - dell'Unità Operativa presso la quale viene accettato il trasferito.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 97-100

VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera,  
per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99.

TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

- L11 - Nullità dei campi di trasferimento per ricoveri DH
- L14 - Correttezza di compilazione campi trasferimenti
- L15 - Congruenza fra campi delle U.O.
- L17 - Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione
- L46 - Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.
- L53 - Compatibilità fra MDC e prestazione di alta specialità (UO 75xx)
- L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato
- L82 - Congruenza fra U.O. di ammissione e U.O. di dimissione per lungodegenza
- L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi.
- LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.
- LB8 - Incompatibilità tra week-surgery e trasferimenti da altri reparti.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**N.B.:** E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia univoco.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data dimissione</b>	<b>SI</b>	<b>34.1</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

giorno, mese ed anno di dimissione del ricoverato. Per i ricoveri in Day Hospital: giorno, mese ed anno dell'unico accesso o dell'ultimo accesso/contatto di un ciclo.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 101-108  
 VALORI AMMESSI: gmmaaaaa  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L01 - Esistenza dell'Istituto di cura fra data ricovero e data dimissione  
 L06 - Congruenza fra data di ricovero e data di dimissione  
 L22 - Controllo della durata massima consentita di un ricovero  
 L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero  
 L29 - Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  
 L43 - Congruenza fra Data di dimissione e giorno di elaborazione  
 L50 - Congruenza fra DRG di Parto, durata del ricovero e modalità di dimissione.  
 L58 - Congruenza fra gg di ricovero diurno e giorni di degenza  
 L61 - Congruenza fra gg di permesso e gg di degenza  
 L71 - Congruenza tra data I autorizzazione e data ultima autorizzazione e unità operativa di dimissione  
 L84 - Congruenza fra Matricola e Data di dimissione  
 L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.  
 N02 - Non elaborabile: Anno di competenza inesistente  
 N06 - Non elaborabile: Anno di competenza fuori limite  
 N07 - Non elaborabile: modifica data dimissione in extracompetenza  
 LB6 - Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week-surgery.  
 LB7 - Congruenza fra ricovero in week-surgery data di ricovero e data di uscita dal reparto.  
 S09 - Giornate di degenza oltre il 60° /120° giorno > alle giornate di prolungamento autorizzate  
 S15 - I° Invio - Fuori Tempo Massimo  
 S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo  
 LC3 - Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

In caso di decesso del paziente, la data di morte coincide con quella della dimissione (anche nel caso si compiano atti diagnostici sul cadavere nei giorni successivi).

**N.B.:** per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 Dicembre, la cartella deve essere comunque chiusa il 31 Dicembre di ogni anno. Nell'anno successivo verrà aperta una nuova cartella, con il suo nuovo numero, nella data del primo accesso.

Le date limite entro cui le cartelle devono essere inviate, sono fissate annualmente dall'Assessorato, indicativamente:

- I° invio - il termine del mese successivo a quello della data dimissione;
- Sostituzione/Cancellazione - il termine del secondo mese successivo alla data dimissione.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
SDO	Unità Operativa di dimissione	SI	34.2

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

con le prime due cifre si indica la disciplina ospedaliera; con le due successive il numero - progressivo nell'ambito dell'intera **Struttura di Ricovero** - dell'Unità Operativa che dimette il ricoverato.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 109-112

VALORI AMMESSI: per le prime due cifre sono validi i codici ministeriali di disciplina ospedaliera,  
per le seconde due cifre sono ammessi i valori da 01 a 99..

TABELLE DI RIFERIMENTO: primi due campi del quadro "E" dei Modelli HSP.12 dei FIM

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

- L12 – Compatibilità fra U.O. di dimissione e di ammissione in DH
- L15 – Congruenza fra campi delle U.O.
- L17 – Congruenza fra U.O. non RRF di ammissione, trasferimento e dimissione
- L18 – Congruenza fra U.O. di ammissione e U.O. di dimissione per RRF
- L53 – Compatibilità fra MDC e prestazione di alta specialità (UO 75xx).
- L67 – Congruenza tra data richiesta prolungamento degenza e data ricovero, data dimissione ed unità operativa di dimissione
- L68 – Congruenza tra data autorizz./non autorizz. e data ricovero, data dimissione ed unità operativa di dimissione
- L69 – Congruenza tra prolungamento degenza, provenienza e unità operativa di dimissione
- L71 – Congruenza tra data I autorizzazione e data ultima autorizzazione e unità operativa di dimissione
- L81 – Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico.
- L82 – Congruenza fra U.O. di ammissione e U.O. di dimissione per lungodegenza
- L95 – Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi.
- LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

In caso di "ricovero diurno" (D.H.), l'U.O. di dimissione coincide con quella di ricovero.

**N.B.:** E' fondamentale che il progressivo con cui viene definita l'Unità Operativa, nell'ambito della stessa disciplina, sia **univoco**.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Modalità di dimissione</b>	<b>SI</b>	<b>35.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

dà indicazioni di un avvenuto decesso durante il ricovero, o sulla destinazione del ricoverato dopo la dimissione, o se la dimissione è avvenuta su espressa richiesta del Paziente, o dei familiari aventi diritto.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 113-113  
 VALORI AMMESSI: da 1 a 9  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L25 - Congruenza fra modalità di dimissione e riscontro autoptico  
 L50 - Congruenza fra DRG di Parto, durata del ricovero e modalità di dimissione  
 L88 - Congruenza tra modalità dimissione assistito e istituto di destinazione  
 L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.  
 LC3 - Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**LEGENDA DEI CODICI:**

- 1 = deceduto
- 2 = dimissione ordinaria al domicilio
- 3 = dimissione ordinaria presso RSA
- 4 = dimissione con attivazione di ospedalizzazione a domicilio
- 5 = dimissione volontaria (anche quando il paziente non si ripresenti in corso di un ciclo programmato di D.H.)
- 6 = trasferimento ad altra struttura di ricovero pubblica o privata provvisoriamente accreditata per acuti
- 7 = trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito della stessa struttura di ricovero
- 8 = trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione e altra postacuzie, o in reparto pediatrico di minor intensità
- 9 = dimissione con attivazione ADI
- B = Chiusura convenzionale della SDO, per ricoveri in U.S.V.

Nell'ambito dello stesso episodio di ricovero sono ammessi solo trasferimenti tra discipline di acuzie; il codice 6 non viene accettato per gli istituti privati provvisoriamente accreditati.

N.B. La locuzione "regime di ricovero" utilizzata al codice 7, ha un significato estensivo rispetto alla stessa usata nel campo 2.0 dove indica esclusivamente ricovero ordinario o ricovero diurno.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Riscontro autoptico</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>36.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

in caso di avvenuto decesso durante il ricovero, indica se sia o non sia stata eseguita autopsia indipendentemente dal fatto che la richiesta sia indotta da motivi sanitari o provenga dalla magistratura.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 114-114

VALORI AMMESSI: 1 o 2 ovvero spazio

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L25 - Congruenza fra modalità di dimissione e riscontro autoptico

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**LEGENDA DEI CODICI:**

1 = eseguita autopsia

2 = non eseguita autopsia

N.B. Il campo va compilato solo in caso di avvenuto decesso durante il ricovero.



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Diagnosi principale di dimissione</b>	<b>SI</b>	<b>37.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Rappresenta la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento o di indagini diagnostiche.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 5  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 115-119  
 VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell’edizione validata dal Ministero della Sanità, ed utilizzata dal “GROUPER” della 3M, in vigore.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L16 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi  
 L49 – ICD-9-CM anomalo in regime DH  
 L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato  
 L76 - Congruenza fra U.O. di ammissione in RRF e codice di diagnosi (per privati accreditati)  
 L79 - Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi  
 LA8 - Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza  
 LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG  
 LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi  
 S12 - Differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 90 giorni con diagnosi principale di tumore

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il “Grouper” esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, modalità di dimissione intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

Tutti i controlli di correttezza logica inducono a precise modalità di valorizzazione .

Nelle strutture pubbliche o equiparate:

- Se [UO di ammissione] = 56 se [provenienza assistito] ≠ 4, 5, 6 o 7 (trasferito da altro regime di ricovero nella stessa struttura di ricovero, o trasferito da Istituto pubblico o privato) allora qualunque sia il codice [diagnosi principale] usato, il DRG verrà ricondotto al 462, ed il relativo MDC a 23, con pagamento a tariffa giornaliera.
- In caso di trasferimento da acuti a RRF ([provenienza assistito] = 4, 5, 6 o 7) il campo [diagnosi principale] deve presentare un codice ICD-9-CM diverso da V57.x.
- Se [UO di ammissione] ≠ 56, e [diagnosi principale] codificata con V57.x, viene attribuito il DRG 462, ma non verrà riconosciuto pagamento a giornata.

Nelle strutture private provvisoriamente accreditate:

- Se [UO di ammissione] = 56 e progressivo di divisione ≥ 20 se [provenienza assistito] ≠ 4, 5 o 7 (trasferito da altro regime di ricovero nella stessa struttura di ricovero, o trasferito da Istituto pubblico o privato) allora qualunque sia il codice [diagnosi principale] usato, il DRG verrà ricondotto al 462, ed il relativo MDC a 23, con pagamento a tariffa giornaliera.
- In caso di trasferimento da acuti a RRF ([provenienza assistito] = 4, 5 o 7) il campo [diagnosi principale] deve presentare un codice ICD-9-CM diverso da V57.x.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Diagnosi secondaria 1</b>	<b>NO</b>	<b>38.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

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 e monitoraggio clinico.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 120 - 124

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L54 - DRG di parto ma codice diagnosi V27.x non presente nelle diagnosi secondarie

L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato

L79 - Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi

LA8 – Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza

LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Diagnosi secondaria 2</b>	<b>NO</b>	<b>39.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

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 e monitoraggio clinico.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 5  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 125 - 129  
 VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L54 - DRG di parto ma codice diagnosi V27.x non presente nelle diagnosi secondarie  
 L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato  
 L79 - Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi  
 LA8 - Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza  
 LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Diagnosi secondaria 3</b>	<b>NO</b>	<b>40.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

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 e monitoraggio clinico.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 130 - 134

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L54 - DRG di parto ma codice diagnosi V27.x non presente nelle diagnosi secondarie

L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato

L79 - Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi

LA8 - Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza

LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Diagnosi secondaria 4</b>	<b>NO</b>	<b>41.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

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 e monitoraggio clinico.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 5  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 135 - 139  
 VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L54 - DRG di parto ma codice diagnosi V27.x non presente nelle diagnosi secondarie  
 L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato  
 L79 - Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi  
 LA8 - Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza  
 LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Diagnosi secondaria 5</b>	<b>NO</b>	<b>42.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

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 e monitoraggio clinico.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 5

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 140 - 144

VALORI AMMESSI: codici di diagnosi ICD-9-CM v.2007

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L54 - DRG di parto ma codice diagnosi V27.x non presente nelle diagnosi secondarie

L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato

L79 - Congruenza tra regime di ricovero, Matricola di dimissione, campo traumatismi o intossicazioni e codici diagnosi

LA8 – Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza

LC9 - Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data Intervento chirurgico principale</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>43.1</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**  
 indica la data di esecuzione dell'eventuale intervento chirurgico che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse.

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 145 - 152 VALORI AMMESSI: gmmaaaa TABELLE DI RIFERIMENTO:
--------------------------------	--

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<b>CONTROLLI APPLICATI</b>
	L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero L80 - Congruenza tra codice intervento chirurgico principale e data intervento principale.

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	<b>N.B.:</b> Nel caso sia inserito il codice [Intervento chirurgico principale] la data dell'intervento non può essere omessa.
--	--

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice Intervento chirurgico principale</b>	<b>NO</b>	<b>43.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica il codice ICD-9-CM del parto, o dell'intervento chirurgico che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 153 - 156

VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero

L46 - Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.

L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH

L57 - Congruenza fra Motivo del ricovero diurno e Intervento chirurgico principale

L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura

L80 - Congruenza tra codice intervento chirurgico principale e data intervento principale.

L92 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo "C".

L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi

L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento

LA8 - Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza

LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi, interventi e codice DRG

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data Altro intervento o Procedura 1</b>	<b>NO</b>	<b>44.1</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.

**Per le procedure pre e post-ricovero non deve essere indicata la data.**

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 157 - 164  
 VALORI AMMESSI: ggmmaaaa  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

N. B.: nel caso di procedure in prericovero o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro 7 giorni dalla data di dimissione, il codice della procedura eseguita (ICD-9-CM) potrà essere indicato nei campi [altri interventi], **senza indicarne la data**, che, essendo > [data di dimissione] costituirebbe **errore**.

In nessun caso, tali procedure potranno essere indicate nel campo [intervento chirurgico principale] (per il quale, la data di esecuzione è sempre obbligatoria).

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice Altro intervento o Procedura 1</b>	<b>NO</b>	<b>44.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica l' intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4  
FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 165 - 168

VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

- L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH
- L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura
- L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi
- L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento
- LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza
- LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data Altro intervento o Procedura 2</b>	<b>NO</b>	<b>45.1</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.

**Per le procedure pre e post-ricovero non deve essere indicata la data.**

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 169 - 176  
 VALORI AMMESSI: ggmmaaaa  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

N. B.: nel caso di procedure in prericobero o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro 7 giorni dalla data di dimissione, il codice della procedura eseguita (ICD-IX-CM) potrà essere indicato nei campi [altri interventi], **senza indicarne la data**, che, essendo > [data di dimissione] costituirebbe **errore**.

In nessun caso, tali procedure potranno essere indicate nel campo [intervento chirurgico principale] (per il quale, la data di esecuzione è sempre obbligatoria).

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice Altro intervento o Procedura 2</b>	<b>NO</b>	<b>45.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica l' intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 177 - 180  
 VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH  
 L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura  
 L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi  
 L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento  
 LA1- Congruenza tra campo stent medicato e campi intervento/procedura  
 LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza  
 LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data Altro intervento o Procedura 3</b>	<b>NO</b>	<b>46.1</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.

**Per le procedure pre e post-ricovero non deve essere indicata la data.**

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 181 - 188  
 VALORI AMMESSI: ggmmaaaa  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

N. B.: nel caso di procedure in prericovery o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro 7 giorni dalla data di dimissione, il codice della procedura eseguita (ICD-IX-CM) potrà essere indicato nei campi [altri interventi], **senza indicarne la data**, che, essendo > [data di dimissione] costituirebbe **errore**.

In nessun caso, tali procedure potranno essere indicate nel campo [intervento chirurgico principale] (per il quale, la data di esecuzione è sempre obbligatoria).

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice Altro intervento o Procedura 3</b>	<b>NO</b>	<b>46.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica l' intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 189 - 192  
 VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH  
 L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura  
 L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi  
 L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento  
 LA1- Congruenza tra campo stent medicato e campi intervento/procedura  
 LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza  
 LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data Altro intervento o Procedura 4</b>	<b>NO</b>	<b>47.1</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO

**Per le procedure pre e post-ricovero non deve essere indicata la data.**

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 193 - 200  
 VALORI AMMESSI: ggmmaaaa  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

N. B.: nel caso di procedure in prericovery o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro 7 giorni dalla data di dimissione, il codice della procedura eseguita (ICD-IX-CM) potrà essere indicato nei campi [altri interventi], **senza indicarne la data**, che, essendo > [data di dimissione] costituirebbe **errore bloccante**.

In nessun caso, tali procedure potranno essere indicate nel campo [intervento chirurgico principale] (per il quale, la data di esecuzione è sempre obbligatoria).

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice Altro intervento o Procedura 4</b>	<b>NO</b>	<b>47.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica l' intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 201 - 204  
 VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH  
 L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura  
 L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi  
 L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento  
 LA1- Congruenza tra campo stent medicato e campi intervento/procedura  
 LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza  
 LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data Altro intervento o Procedura 5</b>	<b>NO</b>	<b>48.1</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**  
 indica la data di esecuzione di intervento o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.  
**Per le procedure pre e post-ricovero non deve essere indicata la data.**

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	<p>LUNGHEZZA: 8</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE: nel tracciato "Dati Clinici" : 205 - 212</p> <p>VALORI AMMESSI: ggmmaaaa</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
--------------------------------	--

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<b>CONTROLLI APPLICATI</b>
	L23 - Congruenza fra date degli interventi ed il periodo di ricovero

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	<p>N. B.: nel caso di procedure in prericovero o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro 7 giorni dalla data di dimissione, il codice della procedura eseguita (ICD-IX-CM) potrà essere indicato nei campi [altri interventi], <b>senza indicarne la data</b>, che, essendo &gt; [data di dimissione] costituirebbe <b>errore</b>.</p> <p>In nessun caso, tali procedure potranno essere indicate nel campo [intervento chirurgico principale] (per il quale, la data di esecuzione è sempre obbligatoria).</p>
--	--

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice Altro intervento o Procedura 5</b>	<b>NO</b>	<b>48.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica l' intervento o la procedura diagnostica o terapeutica che assorbe una minor quantità di risorse rispetto all'intervento chirurgico principale, seguendo l'ordine di priorità previsto dalle linee guida per la corretta codificazione delle SDO.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 213 - 216  
 VALORI AMMESSI: codice interventi ICD-9-CM v.2007  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: codici ICD-9-CM nell'edizione validata dal Ministero della Sanità, utilizzata dal "GROUPER" della 3M, in vigore

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L49 - Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH  
 L78 - Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice intervento o procedura  
 L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi  
 L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento  
 LA1- Congruenza tra campo stent medicato e campi intervento/procedura  
 LA8- Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed Onere degenza  
 LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra età, sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Flag ricovero ripetuto</b>	<b>NO</b>	<b>49.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica un ricovero ripetuto entro 30 giorni dalla precedente dimissione, dalla stessa Struttura di Ricovero, con MDC uguale.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 217 - 217  
 VALORI AMMESSI: spazio, "R" o «N»  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L75 – Congruenza tra ricovero ripetuto e tipologia di erogatore

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Dal momento che può risultare obiettivamente difficile soddisfare la condizione "uguale MDC" da parte di Aziende non provviste del programma "grouper" per il calcolo immediato del DRG, la Regione ha approntato un controllo "post-valorizzazione", al fine di consentire il calcolo automatico dell'abbattimento previsto dalle DD.GG.RR. di riferimento, in caso di ricovero ripetuto entro 30 giorni dalla precedente dimissione, dalla stessa Struttura di Ricovero, con MDC uguale.

Il campo può essere valorizzato a «N» solo dalle case di cura private provvisoriamente accreditate che operano in regime di post-acuzie, nel caso di rientro del paziente a seguito di ricovero in struttura pubblica uguale o maggiore di 1 giorno.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice protesi 1</b>	<b>NO</b>	<b>50.1</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Codice dell'eventuale protesi, di origine biologica o artificiale, che sostituisce un distretto anatomico

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 3  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 218 – 220  
 VALORI AMMESSI: *Codice endoprotesi. Se non sono state applicate protesi: 3 spazi*  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici endoprotesi

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L26 - Congruenza fra i campi inerenti una protesi  
 L27 - Congruenza fra i campi inerenti protesi  
 L60 - Più campi protesi con stessi codici e costi unitari  
 L95 – Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

I codici protesi accettati sono quelli indicati nella D.G.R. 44-2139 del 07/02/06, di cui alla tabella 5.13 del presente documento.

L'impianto di altre endoprotesi (cfr. tabella 5.13) è implicitamente determinato dai relativi codici intervento; gli importi aggiuntivi da riconoscere per queste protesi sono indicati direttamente dalla Regione: la procedura di valorizzazione li aggiunge automaticamente, a fronte dei codici intervento specifici, alle cartelle degli Istituti autorizzati: non si deve quindi indicare il codice di queste protesi in questo campo.

Fa eccezione a questa regola, il caso di impianto "doppio" di protesi cocleare, con un unico intervento, in cui il codice '200' deve essere indicato in questo campo, unitamente alla quantità doppia (nel campo successivo): il codice intervento, che deve comunque esserci, non sarebbe sufficiente a distinguerlo dall'impianto "singolo".

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Quantità protesi 1</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>50.2</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Numero di protesi con codice uguale (**dello stesso tipo**) eventualmente applicate.

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: Numerico</p> <p>POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 221 - 221</p> <p>VALORI AMMESSI: 0 – 9. Se non sono state applicate protesi: 0</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
--------------------------------	---

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<b>CONTROLLI APPLICATI</b>
	<p>L26 - Congruenza fra campi inerenti una protesi L27 - Congruenza fra i campi inerenti protesi</p>

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	<p>Ordinariamente, il campo è obbligatorio se è stato compilato il campo “Codice Protesi 1”.</p> <p>Nel caso di impianto “doppio” di protesi cocleare, con un unico intervento, indicare la quantità delle protesi impiantate, unitamente al codice ‘200’ nel campo precedente (anche se tale protesi essendo individuata dall’intervento specifico, ordinariamente, non deve essere indicata in questi campi).</p>
--	---

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Costo unitario protesi 1</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>50.3</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:

Costo **unitario** della protesi applicata.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: Numerico

POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 222 - 227

VALORI AMMESSI: *prezzo unitario*, in Euro. Sei *zeri* se non sono state applicate protesi.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L26 - Congruenza fra campi inerenti una protesi

L27 - Congruenza fra i campi inerenti protesi

L60 - Più campi protesi con stessi codici e costi unitari

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**Il costo unitario della protesi è dato dal prezzo unitario al 100% +IVA.**

Il **tipo valuta** deve essere compilato con **E**, poiché il costo unitario si esprime in **Euro**, tralasciando i decimali (Es.: 20.000,75 si esprime come 20.000).

Ordinariamente, il campo è obbligatorio se è stato compilato il campo “Codice Protesi 1”.

Nel caso di di impianto “doppio” di protesi cocleare, il campo deve rimanere a 0 (anche se i precedenti sono compilati) perché l’importo aggiuntivo prefissato dalla Regione verrà raddoppiato automaticamente dalla procedura di valorizzazione.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice protesi 2</b>	<b>NO</b>	<b>51.1</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Codice dell'eventuale secondo tipo di protesi applicata, di origine biologica o artificiale, che sostituisce un distretto anatomico

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 3  
 FORMATO: Alfanumerico  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 228 – 230  
 VALORI AMMESSI: *Codice endoprotesi. Se non sono state applicate seconde protesi: 3 spazi*  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici endoprotesi

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L26 - Congruenza fra campi inerenti una protesi  
 L27 - Congruenza fra i campi inerenti protesi  
 L60 - Più campi protesi con stessi codici e costi unitari  
 L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

I codici protesi accettati sono quelli indicati nella D.G.R. 44-2139 del 07/02/06, di cui alla tabella 5.13 del presente documento.  
 Non possono essere compilati i campi relativi alle seconde e terze protesi, se non sono compilati i campi relativi alla "protesi 1".  
 L'impianto di altre endoprotesi (cfr. tabella 5.13) è implicitamente determinato dai relativi codici intervento; gli importi aggiuntivi da riconoscere per queste protesi sono indicati direttamente dalla Regione: la procedura di valorizzazione li aggiunge automaticamente, a fronte dei codici intervento specifici, alle cartelle degli Istituti autorizzati: non si deve quindi indicare il codice di queste protesi in questo campo.  
 Fa eccezione a questa regola, il caso di impianto "doppio" di protesi cocleare, con un unico intervento, in cui il codice '200' deve essere indicato in questo campo, unitamente alla quantità doppia (nel campo successivo): il codice intervento, che deve comunque esserci, non sarebbe sufficiente a distinguerlo dall'impianto "singolo".

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Quantità protesi 2</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>51.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Numero di seconde protesi con codice uguale (**dello stesso tipo**) eventualmente applicate.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: Numerico  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 231 - 231  
 VALORI AMMESSI: 0 – 9. Se non sono state applicate seconde protesi: 0

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L26 - Congruenza fra campi inerenti una protesi  
 L27 - Congruenza fra i campi inerenti protesi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Ordinariamente, il campo è obbligatorio se è stato compilato il campo “Codice Protesi 2”.  
 Nel caso di impianto “doppio” di protesi cocleare, con un unico intervento, indicare la quantità delle protesi impiantate, unitamente al codice ‘200’ nel campo precedente (anche se tale protesi essendo individuata dall’intervento specifico, ordinariamente, non deve essere indicata in questi campi).



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Costo unitario protesi 2</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>51.3</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:

Costo **unitario**, della protesi applicata.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: Numerico

POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 232 - 237

VALORI AMMESSI: *prezzo unitario*, in Euro. *6 zeri* se non sono state applicate protesi.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L26 - Congruenza fra campi inerenti una protesi

L27 - Congruenza fra i campi inerenti protesi

L60 - Più campi protesi con stessi codici e costi unitari

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**Il costo unitario della protesi è dato dal prezzo unitario al 100% +IVA.**

Il **tipo valuta deve essere compilato con E**, poiché il costo unitario si esprime in **Euro**, tralasciando i decimali (Es.: 20.000,75 si esprime come 20.000).

Ordinariamente, il campo è obbligatorio se è stato compilato il campo “Codice Protesi 2”.

Nel caso di di impianto “doppio” di protesi cocleare, il campo deve rimanere a 0 (anche se i precedenti sono compilati) perché l’importo aggiuntivo prefissato dalla Regione verrà raddoppiato automaticamente dalla procedura di valorizzazione.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice protesi 3</b>	<b>NO</b>	<b>52.1</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Codice dell'eventuale terzo tipo di protesi, di origine biologica o artificiale, che sostituisce un distretto anatomico

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: Alfanumerico

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 238 - 240

VALORI AMMESSI: *Codice endoprotesi*. Se non sono state applicate terze protesi: *3 spazi*

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici endoprotesi

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L26 - Congruenza fra campi inerenti una protesi

L27 - Congruenza fra i campi inerenti protesi

L60 - Più campi protesi con stessi codici e costi unitari

L95 - Congruenza tra regime ricovero, discipline, codici intervento e codici endoprotesi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

I codici protesi accettati sono quelli indicati nella D.G.R. 44-2139 del 07/02/06, di cui alla tabella 5.13 del presente documento.

Non possono essere compilati i campi relativi alla terza protesi, se non sono compilati i campi relativi alla "protesi 1" ed alla "protesi 2".

L'impianto di altre endoprotesi (cfr. tabella 5.13) è implicitamente determinato dai relativi codici intervento; gli importi aggiuntivi da riconoscere per queste protesi sono indicati direttamente dalla Regione: la procedura di valorizzazione li aggiunge automaticamente, a fronte dei codici intervento specifici, alle cartelle degli Istituti autorizzati: non si deve quindi indicare il codice di queste protesi in questo campo.

Fa eccezione a questa regola, il caso di impianto "doppio" di protesi cocleare, con un unico intervento, in cui il codice '200' deve essere indicato in questo campo, unitamente alla quantità doppia (nel campo successivo): il codice intervento, che deve comunque esserci, non sarebbe sufficiente a distinguerlo dall'impianto "singolo".

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Quantità protesi 3</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>52.2</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Numero di terze protesi con codice uguale (**dello stesso tipo**) eventualmente applicate.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: Numerico  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 241 - 241  
 VALORI AMMESSI: 0 – 9. Se non sono state applicate protesi: 0

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L26 - Congruenza fra campi inerenti una protesi  
 L27 - Congruenza fra i campi inerenti protesi

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Ordinariamente, il campo è obbligatorio se è stato compilato il campo “Codice Protesi 3”.  
 Nel caso di impianto “doppio” di protesi cocleare, con un unico intervento, indicare la quantità delle protesi impiantate, unitamente al codice ‘200’ nel campo precedente (anche se tale protesi essendo individuata dall’intervento specifico, ordinariamente, non deve essere indicata in questi campi).

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Costo unitario protesi 3</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>52.3</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:

Costo **unitario**, della protesi applicata.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: Numerico

POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 242 - 247

VALORI AMMESSI: *prezzo unitario*, in Euro. *6 zeri* se non sono state applicate protesi.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L26 - Congruenza fra campi inerenti una protesi

L27 - Congruenza fra i campi inerenti protesi

L60 - Più campi protesi con stessi codici e costi unitari

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**Il costo unitario della protesi è dato dal prezzo unitario al 100% +IVA.**

Il **tipo valuta** deve essere compilato con **E**, poiché il costo unitario si esprime in **Euro**, tralasciando i decimali (Es.: 20.000,75 si esprime come 20.000).

Ordinariamente, il campo è obbligatorio se è stato compilato il campo “Codice Protesi 3”.

Nel caso di di impianto “doppio” di protesi cocleare, il campo deve rimanere a 0 (anche se i precedenti sono compilati) perché l’importo aggiuntivo prefissato dalla Regione verrà raddoppiato automaticamente dalla procedura di valorizzazione.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Giorni di permesso</b>	<b>NO</b>	<b>53.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Giorni che devono essere scalati dal conteggio dei giorni di degenza effettivi: il calcolo viene effettuato conteggiando le 'notti' di assenza.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 2  
 FORMATO: Numerico  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 248 - 249  
 VALORI AMMESSI: *numero giorni, oppure 2 zeri.*

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L30 – Inammissibilità dell'indicazione di giorni di permesso in DH  
 L61 – Congruenza fra gg di permesso e gg di degenza

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

E' doveroso rilevare il numero di eventuali giorni di permesso, in tutti i casi in cui venga riconosciuto un rimborso "a giornata" per la prestazione di ricovero; per gli Istituti Privati provvisoriamente accreditati le giornate di permesso vengono rimborsate al 50%.

Nei casi di rimborso "a DRG" il dato assume rilevanza in caso di superamento della soglia (trim point) e, comunque, a fini statistici.

Quando si tratta di ricoveri di DH il campo prevede "due zeri".

Nel caso di Ospedalizzazione Domiciliare, il campo assume il valore di "giorni di interruzione dell'assistenza a domicilio, per ricovero presso un presidio".

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Giornate di presenza in ricovero diurno</b>	<b>SI</b>	<b>54.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

indica – per l’attuale episodio di ricovero - il numero di giornate in cui il paziente è stato ospitato in Day Hospital, nel corso di un anno solare.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 3  
 FORMATO: numerico  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 250 - 252  
 VALORI AMMESSI: da 001 a 365  
 (Per regime ricovero = ‘1’ codificare con 3 zeri.)  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L21 - Congruenza fra Regime di Ricovero, motivo del ricovero, numero giornate  
 L24 - Congruenza fra giorni presenza e motivo del ricovero diurno  
 L31 - Controllo gg di presenza  
 L58 - Congruenza fra le date del ricovero diurno e i giorni di presenza

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**N.B.:**

- si rammenta che un ciclo di DH, ancorché non terminato nel corso di un anno solare, deve comunque essere chiuso il 31 Dicembre dell’anno stesso.
- se motivo del ricovero diurno è = 1 (diagnostico), la procedura di valorizzazione riconosce solo una giornata di presenza, anche se questo campo contiene un valore superiore e se data dimissione > data ricovero.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Peso alla nascita</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>55.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**  
 identifica il peso rilevato al momento della nascita e deve essere riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato, relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	<p>LUNGHEZZA: 4</p> <p>FORMATO: N</p> <p>POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 253 - 256</p> <p>VALORI AMMESSI: <i>peso in grammi</i> 20 ÷ 9999</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
--------------------------------	--

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<p><b>CONTROLLI APPLICATI</b></p>
	<p>L32 – Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita</p>

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	<p>Il campo deve essere valorizzato (&gt; 20 g):              “data di nascita” = “data di ricovero” e              “provenienza assistito” = “0”, “1”, “2”, “8”, “9”.</p> <p>Il campo deve essere non valorizzato ( ‘0000’), se il paziente ha più di 1 anno.</p>
--	--

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Modalità allattamento</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>56.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

codici definiti secondo le denominazioni O.M.S. Il campo viene valorizzato per ogni nuovo nato ed è finalizzato alla raccolta dati relativa al “Programma regionale di promozione e sostegno dell’allattamento al seno”.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 257 - 258

VALORI AMMESSI: *codici O.M.S.* .

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni. .

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L37 - Compilazione campo «Allattamento»

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**LEGENDA DEI CODICI:**

- 11 = allattamento al seno, esclusivo
- 12 = allattamento al seno, prevalente
- 13 = allattamento al seno, parziale
- 21 = allattamento artificiale per agalattia
- 22 = allattamento artificiale per blocco iatrogeno della montata lattea
- 23 = allattamento artificiale per blocco intenzionale prenatale
- 24 = allattamento artificiale per blocco intenzionale postnatale
- 31 = impossibilità a reperire il dato

Il campo è obbligatorio quando “data di nascita” = “data di ricovero” e  
“provenienza assistito” = “0”.



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Numero Scheda della madre</b>	<b>CONDIZIONATO</b>	<b>57.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
vi si rappresenta il numero di cartella clinica della madre.

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	<p>LUNGHEZZA: 10</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 259 - 268</p> <p>VALORI AMMESSI: numero di cartella clinica o dieci spazi o dieci "9".</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
--------------------------------	--

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<p><b>CONTROLLI APPLICATI</b></p>
	<p>L36 - Compilazione campo «Numero scheda della madre»</p>

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	<p>Il campo serve a collegare l'evento nascita del bambino, all'evento parto della madre; anche al fine di attivare tutta una serie di controlli e di indicatori sui DRG utilizzati nelle due schede.</p> <p>OBBLIGATORIO se "data di nascita" = "data di ricovero" e "provenienza assistito" = "0".</p> <p>Se non si tratta di nuovo nato, inserire dieci spazi.</p> <p>In caso di mancato riconoscimento <b>da parte della madre</b>, inserire dieci "9".</p>
--	---

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Tipo Valuta</b>	<b>SI</b>	<b>58.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
indica che i valori economici sono espressi in Euro.

<b>CORRETTEZZA FORMALE</b>	<p>LUNGHEZZA: 1</p> <p>FORMATO: A</p> <p>POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 269 - 269</p> <p>VALORI AMMESSI: E</p> <p>TABELLE DI RIFERIMENTO:</p>
--------------------------------	--

<b>CORRETTEZZA LOGICA</b>	<p><b>CONTROLLI APPLICATI</b></p>
-------------------------------	-----------------------------------

<b>OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI</b>	<p>Il campo specifica con quale valuta dovranno essere interpretati <b>tutti</b> i valori economici presenti nella SDO.</p> <p>LEGENDA VALORI: E – EURO</p>
--	---

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Tipo movimento</b>	<b>NO</b>	<b>59.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
indica la determinazione dell'Istituto di ricovero di sostituire o cancellare, nell'archivio centrale del CSI, una cartella già regolarmente accettata.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 140-140 / nel tracciato "Dati Clinici": 270-270  
VALORI AMMESSI: spazio , S, C  
TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro osservazioni.

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

N05 - Non elaborabile: Incongruenza fra tipo movimento e codici identificativi della SDO  
S15 - I° Invio - Fuori Tempo Massimo  
S16 - Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

LEGENDA VALORI:

"spazio" – primo invio  
"S" – sostituzione.  
"C" – cancellazione

NB: per "Primo invio" si intende una cartella che  
- non è mai stata inviata,  
- oppure è stata cancellata (mediante invio con Tipo movimento "C"),  
- oppure è stata respinta come "Non elaborabile" (errore Nxx)

Le date limite entro cui le cartelle devono essere inviate, sono fissate annualmente dall'Assessorato, indicativamente:

- I° invio - il termine del mese successivo a quello della data dimissione;
- Sostituzione/Cancellazione - il termine del secondo mese successivo alla data dimissione.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>FILLER</b>	<b>NO</b>	<b>60.0</b>

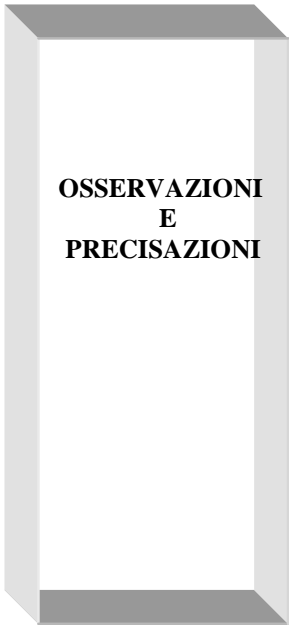
DESCRIZIONE DEL CAMPO:



LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 271 - 271  
 VALORI AMMESSI:  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:



CONTROLLI APPLICATI



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Posizione contabile</b>	<b>NO</b>	<b>61.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:

Campo vuoto per usi futuri.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 272 - 272  
 VALORI AMMESSI: 1 *spazio*  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Libera professione</b>	<b>NO</b>	<b>62.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:

Libera professione.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 273 - 273  
 VALORI AMMESSI: spazio, 1, 2, 3.  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L72 - Congruenza tra la tipologia di libera professione e l'onere della degenza

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il campo ha valore solo per gli istituti pubblici ed equiparati.

I valori ammessi assumono il seguente significato:

- spazio – SDO non in libera professione
- 1 – ricovero con quota a carico del SSN del 50%
  - 2 – ricovero con quota a carico del SSN del 25%
  - 3 – ricovero a totale carico del paziente.

L'abbattimento avviene sul valore dell'importo della prestazione (vedi paragrafo 3.2.6)

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Prolungamento degenza</b>	<b>NO</b>	<b>63.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Contiene l'indicazione dell'autorizzazione o meno al prolungamento della degenza oltre 60 giorni o 120 giorni.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 274 - 274  
 VALORI AMMESSI: spazio oppure S oppure N  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L62 – Congruenza fra prolungamento degenza e Istituto  
 L63 – Congruenza tra prolungamento degenza e data richiesta autorizzazione prolungamento  
 L64 – Congruenza tra prolungamento degenza e giorni autorizzati  
 L65 – Congruenza tra prolungamento degenza e Data I autorizzazione/non autorizz. Prolungamento  
 L66 – Congruenza tra prolungamento degenza e giorni prolungamento, data richiesta Prolungamento, Data I autorizzazione/non autorizz. Prolungamento  
 L69 – Congruenza tra prolungamento degenza, provenienza e unità operativa di dimissione  
 L70 – Congruenza tra autorizz. prolungamento e giornate di degenza oltre 60/120 giorni

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il campo deve essere valorizzato SOLO:  
 – per Istituti privati provvisoriamente accreditati  
 – per ricoveri in UO 40 area intensiva , 60 e 68 (60 giorni) o 40 area estensiva (120 giorni)  
 – in caso di richiesta al prolungamento della degenza oltre 60 (DD.GG.RR. n. 34-251 del 19/6/2000 e n. 57-644 del 31-7-2000) e oltre 120 (DD.GG.RR n 46-6882 del 05/08/2002 e DGR 33-8425 del 17.3.2008).  
 In tutti gli altri casi deve essere compilato a spazio.  
 In particolare per i reparti di neuropsichiatria, degli istituti che aderiscono all'accordo della D.G.R. n. 33-8425 del 17.03.2008, si osserva che la possibilità di prolungamento della degenza esiste solo per l'area di lungodegenza neuro-psichiatrica (60.40) ed è limitata ad una quota massima del 10% dei casi.  
 I valori ammessi assumono il seguente significato:  
 spazio : nessuna richiesta di prolungamento oppure normale abbattimento oltre 60 / 120 giorni  
 "S" : richiesta autorizzata dall'Asl  
 "N" : richiesta non autorizzata dall'Asl.  
 Se il campo è a spazio devono contenere spazi anche i campi n. 64, 65 e 67.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data richiesta prolungamento</b>	<b>NO</b>	<b>64.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Data della richiesta di prolungamento della degenza oltre 60/120 giorni per pazienti ricoverati in U.O. 40, 60 o 68 da parte dell'Istituto privato provvisoriamente accreditato. Il prolungamento oltre i 120 giorni si applica alla disciplina 40 estensiva.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 275 – 282  
 VALORI AMMESSI: ggmmaaaa  
 TABELLE DI RIFERIMENTO

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L63 – Congruenza tra prolungamento degenza e data richiesta autorizzazione prolungamento  
 L66 – Congruenza tra prolungamento degenza e giorni prolungamento, data richiesta prolungamento, Data I autorizzazione/non autorizz. prolungamento  
 L67 – Congruenza tra data richiesta prolungamento degenza e data ricovero, data dimissione ed unità operativa di dimissione  
 L74 – La data di richiesta del prolungamento non può essere anteriore alla data di entrata in vigore delle DD.GG.RR. di riferimento.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Vedere scheda n. 63.



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Giorni prolungamento autorizzati</b>	<b>NO</b>	<b>65.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Giornate di prolungamento della degenza oltre 60/120 giorni per pazienti ricoverati in U.O. 40, 60 o 68 autorizzate dall'ASL sul cui territorio insiste la casa di cura (somma di tutti i giorni autorizzati). Il prolungamento oltre i 120 giorni si applica alla disciplina 40 estensiva.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 2  
 FORMATO: N  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 283 - 284  
 VALORI AMMESSI: da 0 a 60  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L64 – Congruenza tra prolungamento degenza e giorni autorizzati  
 L66 – Congruenza tra prolungamento degenza e giorni prolungamento, data richiesta prolungamento, Data I autorizzazione/non autorizz. prolungamento  
 L70 – Congruenza tra autorizzazione al prolungamento e giornate di degenza oltre 60/120  
 S08 – Giornate di prolungamento non completamente utilizzate  
 S09 – Giornate di degenza oltre il 60° o 120° giorno superiori alle giornate di prolungamento autorizzate

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Vedere scheda n. 63

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data di prima autorizzazione/NON autorizzazione prolungamento</b>	<b>NO</b>	<b>66.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Data di autorizzazione o non autorizzazione al prolungamento della degenza oltre 60/120 giorni per pazienti ricoverati in U.O. 40, 60 o 68 da parte dell'ASL sul cui territorio insiste la casa di cura. Il prolungamento oltre i 120 giorni si applica alla disciplina 40 estensiva.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 285 - 292  
 VALORI AMMESSI: gmmaaaa  
 TABELLE DI RIFERIMENTO

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L65 – Congruenza tra prolungamento degenza e Data I autorizzazione/non autorizz. prolungamento  
 L66 – Congruenza tra prolungamento degenza e giorni prolungamento, data richiesta prolungamento, Data I autorizzazione/non autorizz. prolungamento  
 L68 – Congruenza tra data autorizz./non autorizz. e data ricovero e unità operativa di dimissione  
 L71 – Congruenza tra data I autorizzazione e data ultima autorizzazione e unità operativa di dimissione  
 S07 – Autorizzazione pervenuta oltre il 5° giorno dalla richiesta

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Vedere scheda n. 63.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data ultima autorizzazione prolungamento</b>	<b>NO</b>	<b>67.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Data di ultima autorizzazione al prolungamento della degenza oltre 60/120 giorni per pazienti ricoverati in U.O. 40, 60 o 68 da parte dell'ASL sul cui territorio insiste la casa di cura. . Il prolungamento oltre i 120 giorni si applica alla disciplina 40 estensiva.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 293 - 300  
 VALORI AMMESSI: gmmaaaa  
 TABELLE DI RIFERIMENTO

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L71 – Congruenza tra data I autorizzazione e data ultima autorizzazione e unità operativa di dimissione

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Vedere scheda n. 63.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Nr. Scheda intervento 118</b>	<b>CON</b>	<b>68.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Numero scheda di intervento per ricoveri provenienti dal 118

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 13

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 301 - 313

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L83 - Congruenza tra provenienza assistito e n. scheda intervento 118

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

In questo campo deve essere riportato il numero di intervento 118, per i ricoveri con provenienza assistito = '8'.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Attività svolta nel reparto multispecialistico (cod. 02,04,67,97,98)</b>	<b>CON</b>	<b>69.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Codice della disciplina e del progressivo di divisione dell'attività svolta nel reparto multispecialistico

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 314 - 317

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella delle discipline, **eccetto i valori 02, 04, 67, 97, 98**

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L20 - Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH

L33 - Correttezza U.O. di ammissione per nuovo nato

L48 - Congruenza tra regime di ricovero e posti letto deliberati

L81 - Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**I codici 02, 04, 67, 97 e 98 (reparti multifunzionali) non possono essere utilizzati nel campo 69.1, nel quale devono essere indicati i codici delle discipline effettivamente erogate.**

Con le prime due cifre si indica la disciplina, con le due successive il progressivo di divisione dell'attività svolta nel reparto multispecialistico.

Nel caso di reparto definito, in Anagrafe delle Strutture, come "non ospedaliero" le due cifre corrispondenti al progressivo di divisione devono essere valorizzate con '00'.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Data prenotazione ricovero</b>	<b>CON</b>	<b>70.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
data di prenotazione del ricovero

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 318 - 325  
VALORI AMMESSI:  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L85 – Congruenza tra data prenotazione ricovero e data ricovero  
L90 – Congruenza tra data di prenotazione ricovero e tipo ricovero  
L96 – Congruenza tra data di nascita e data di prenotazione  
L97 – Congruenza tra data di ricovero e data di prenotazione  
LA0 – Congruenza tra data di prenotazione e codice classe prenotazione  
S11 – Differenza tra data di prenotazione e data ricovero superiore a 730 giorni  
S12 – Differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 90 giorni con diagnosi principale di tumore

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Indicare il giorno nel quale il paziente viene inserito nel registro di prenotazione per il ricovero ai sensi dell'art. 3, comma 8 della L. 724/1994 ed alla DGR 14-10073/2003

**Solo per RO:** il campo è obbligatorio nel caso in cui il campo tipo ricovero ordinario sia uguale ad 1 o 4.

**Solo per DH:** il campo deve essere sempre compilato.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>T.S.O. durante il ricovero in disciplina 40 SPDC</b>	<b>CON</b>	<b>71.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
 indicazione del TSO intervenuto durante il ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate in disciplina 40 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 326 - 326  
 VALORI AMMESSI: S/N  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L86 – Congruenza codice istituto, UO di ammissione, tipo del ricovero ordinario e ricovero in codice 40 SPDC

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il campo è stato introdotto per rilevare l'esecuzione di un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) intervenuto durante l'episodio di ricovero. Pertanto, tale campo, deve essere compilato esclusivamente dalle strutture pubbliche ed equiparate, nel caso in cui il campo tipo del ricovero ordinario sia diverso da 3 (TSO – trattamento sanitario obbligatorio)

Se durante il ricovero è stato eseguito un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) indicare "S"; altrimenti il campo deve essere compilato con "N"

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Istituto di Cura di provenienza</b>	<b>CON</b>	<b>72.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
codice dell'istituto di cura di provenienza del paziente

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6 + 2  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 327 - 334  
 VALORI AMMESSI: codice della Struttura di ricovero + codice dell'Istituto (XXXYYYYZZ)  
 oppure 99999999 per istituti di cura non italiani  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM o codice STS11 (per  
 istituti della regione Piemonte)

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L87 – Congruenza provenienza assistito e istituto provenienza.  
 LB9 - Congruenza fra UO e provenienza paziente.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Se l'istituto di provenienza svolge attività di tipo extra-ospedaliero (Istituti ex-articolo 26, Hospice, Stati vegetativi permanenti) indicare il codice STS11 e omettere il campo 73.2, altrimenti indicare il codice HSP11.BIS dell'istituto di ricovero.

Nel caso di istituto fuori regione, il codice bis, se non rilevabile, va compilato con "00".



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Istituto di Cura di destinazione</b>	<b>CON</b>	<b>73.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
codice istituto di cura di destinazione del paziente.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6 + 2  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 335 - 342  
 VALORI AMMESSI: codice della Struttura di ricovero + codice dell’Istituto (XXXYYYYZ)  
 oppure 99999999 per istituti di cura non italiani  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM o STS11 (per istituti della regione Piemonte)

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L88 – Congruenza tra modalità di dimissione assistito e istituto di destinazione

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Se l’istituto di destinazione svolge attività di tipo extra-ospedaliero (Istituti ex-articolo 26, Hospice, Stati vegetativi permanenti) indicare il codice STS11 e omettere il campo 73.2, altrimenti indicare il codice HSP11.Bis dell’istituto di ricovero.

Nel caso di istituto fuori regione, il codice bis, se non rilevabile, va compilato con “00”.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Ricovero oltre 365 giorni</b>	<b>NO</b>	<b>74.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
indicare “S” nel caso in cui la durata del ricovero sia superiore ai 365 giorni

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 343 - 343  
VALORI AMMESSI: “S” o spazio  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L22 – Controllo della durata massima di un ricovero

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Se il campo viene compilato con il valore “S” è necessario produrre della documentazione in merito all’appropriatezza della durata del ricovero. La documentazione deve essere inoltrata all’Assessorato Sanità al Settore Controllo dell’attività Ospedaliera e al Settore Gestione Risorse Finanziarie. Sarà facoltà dell’Assessorato Sanità valutare, in base alla documentazioni prodotta, se riconoscere il valore del ricovero.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Filler</b>	<b>NO</b>	<b>75.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 344 - 344  
 VALORI AMMESSI: spazio  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>EuroSCOR</b>	<b>CON</b>	<b>76.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Sistema Europeo di Valutazione del Rischio Operatorio in Chirurgia Cardiaca

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 2  
 FORMATO: N  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 345 - 346  
 VALORI AMMESSI: da 00 a 44  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L99 - Congruenza tra Istituto, campo EuroSCOR e codice Intervento

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il campo deve essere compilato solo dalle strutture: 010909.01 - 010909.02 - 01090.03 – 010905 – 010906 – 010907 – 010908 – 010611 – 010628 – 010643 per episodi di ricovero afferenti ai DRG 104, 105, 106, 108, 547, 548, 549 e 550.  
 Per la determinazione del punteggio si veda tabella 5.17

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice classe prenotazione</b>	<b>CON</b>	<b>77.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO: Codice della classe di priorità della prenotazione

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 347 - 347  
 VALORI AMMESSI: A, B, C, D, P, N  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LA0 – Congruenza tra data di prenotazione e codice classe prenotazione

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Indicare il codice della classe di priorità assegnata alla prenotazione del ricovero utilizzando i seguenti codici:  
 A = classe A: Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;  
 B = classe B: Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;  
 C = classe C: Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione, o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;  
 D = classe D: Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione, o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi;  
 P = Accesso programmato con tempi indicati da protocolli diagnostico-terapeutici a seguito di precedente ricovero o di specifico altro trattamento, o per follow up, o per controllo.  
 N = Classe non assegnata

Il codice "N" deve essere utilizzato quando non è stato attribuito uno degli altri codici.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice malattie croniche/invalidanti e rare</b>	<b>OBB</b>	<b>78.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO: indica il codice identificativo delle malattie rare ai sensi del D.M. nr. 329 del 28/05/1999 (malattie croniche/invalidanti) e del D.M. 279 del 18/05/2001 (malattie rare).

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 10  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 348 - 357  
 VALORI AMMESSI:  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare, pubblicata sul sito extranet

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L55 - Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Indicare il codice “999999999” per pazienti non affetti dalle patologie in oggetto.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Filler</b>	<b>NO</b>	<b>79.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 358 - 358  
 VALORI AMMESSI: spazio  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	TEAM - ID Cittadino	CON	80.0

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Indicare il “Numero di identificazione personale” di cui al campo nr. 6 dalla tessera europea di assicurazione di malattia (TEAM)

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 25

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 141-160

VALORI AMMESSI: spazi

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LA4 - Congruenza tra Dati TEAM, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>TEAM - Codice istituzione competente</b>	<b>CON</b>	<b>81.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Indicare “Il numero di identificazione dell’istituzione competente”, di cui al campo nr. 7 dalla tessera europea di assicurazione di malattia (TEAM)

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 28  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 161-188  
 VALORI AMMESSI: spazi  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LA4 - Congruenza tra Dati TEAM, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>TEAM - Numero identificazione</b>	<b>CON</b>	<b>82.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Indicare “Il numero di identificazione della tessera” di cui al campo nr. 8 previsto dalla tessera europea di assicurazione di malattia.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 20

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 189-208

VALORI AMMESSI: spazi

TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LA4 - Congruenza tra Dati TEAM, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>TEAM - Data scadenza</b>	<b>CON</b>	<b>83.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Indicare la data di “Scadenza” di cui al campo nr. 9 della tessera europea di assicurazione malattia

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 8  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 209-216  
 VALORI AMMESSI: spazi, “ggmmaaaa”  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LA4 - Congruenza tra Dati TEAM, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
ANAG	Qualifica beneficiario	NO	84.0

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Indica il codice della qualifica del beneficiario

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 217-217  
 VALORI AMMESSI: A, B, C, D, E  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LA5 - Congruenza tra Dati Mobilità internazionale, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

Legenda valori  
 A : Lavoratore subordinato  
 B : Lavoratore autonomo  
 C : Titolare di pensione o rendita - regime per lavoratori subordinati  
 D : Titolare di pensione o rendita - regime per lavoratori autonomi  
 E : Altro

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Codice riferimento normativo</b>	<b>NO</b>	<b>85.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Indica il riferimento normativo per la gestione della mobilità internazionale

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato “Dati Anagrafici”: 218-221  
VALORI AMMESSI: spazi  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LA5 - Congruenza tra Dati Mobilità internazionale, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

Per pazienti in possesso della tessera TEAM indicare “221A”.  
Per pazienti ENI indicare “221R”.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Codice attestato</b>	<b>NO</b>	<b>86.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Indicare il codice dell'attestato per la gestione della mobilità internazionale

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 4  
FORMATO: AN  
00000  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 222-225  
VALORI AMMESSI: spazi  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LA5 - Congruenza tra Dati Mobilità internazionale, Onere degenza, Codice fiscale e residenza del paziente.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE, cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore "TEAM"

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>ANAG</b>	<b>Filler</b>	<b>NO</b>	<b>87.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
per usi futuri

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 26  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Anagrafici": 225-250  
 VALORI AMMESSI: spazi  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Filler</b>	<b>NO</b>	<b>88.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
per usi futuri

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
FORMATO: AN  
  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 359-359  
  
VALORI AMMESSI: spazi  
  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice Struttura inviante</b>	<b>SI</b>	<b>89.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Codice Titolare della struttura che eroga la prestazione, corrispondente alla P. IVA

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 3  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 360-362  
 VALORI AMMESSI: Codici delle strutture eroganti  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle strutture invianti nell’Anagrafe delle Strutture

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LB1 - Congruenza fra Istituto di cura e/o Strutture di ricovero e Codice Azienda o Struttura erogante

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il codice è quello della Azienda o Struttura erogante e corrispondente alla partita IVA;  
 es.: ASL = 201 / AO = 909 / Presidi o Privati equiparati = 921 / Privati accreditati = 620

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Matricola di Ammissione</b>	<b>SI</b>	<b>90.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva di ammissione.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 363-368  
 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  
 L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.  
 LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.  
 LC4 - Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Matricola di Trasferimento 1</b>	<b>CON</b>	<b>91.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva verso cui è avvenuto il 1° trasferimento.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6  
FORMATO: AN  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 369-374  
VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture  
TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  
L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.  
LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.  
LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Matricola di Trasferimento 2</b>	<b>CON</b>	<b>92.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva verso cui è avvenuto il 2° trasferimento.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 375-380

VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture

TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.

L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.

LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.

LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Matricola Trasferimento 3</b>	<b>CON</b>	<b>93.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva verso cui è avvenuto il 3° trasferimento.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 381-386  
 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  
 L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.  
 LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.  
 LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Matricola Trasferimento 4</b>	<b>CON</b>	<b>94.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva verso cui è avvenuto il 4° trasferimento.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 387-392  
 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  
 L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.  
 LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.  
 LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Matricola Trasferimento 5</b>	<b>CON</b>	<b>95.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva verso cui è avvenuto il 5° trasferimento.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 393-398  
 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  
 L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.  
 LB2 - Congruenza fra Regime ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento.  
 LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Matricola di dimissione</b>	<b>OBB</b>	<b>96.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Codice matricola corrispondente all'Unità Produttiva di dimissione.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 6  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 399-404  
 VALORI AMMESSI: Matricole definite nell'Anagrafe delle Strutture  
 TABELLE DI RIFERIMENTO: Elenco matricole nell'Anagrafe delle Strutture

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

L29 - Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  
 L84 - Congruenza fra Istituto e Matricola di dimissione  
 L91 - Congruenza fra Matricola e Posti letto, alla Data di uscita (trasferimento o dimissione) dall'U.P.  
 LB3 - Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric.diurno ed Onere Degenza.  
 LB9 - Congruenza fra UO e provenienza paziente.  
 LC3 - Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Farmaco oncologico</b>	<b>CON</b>	<b>97.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Flag somministrazione farmaco oncologico ad alto costo

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 1  
FORMATO: A  
POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 405-405  
VALORI AMMESSI: spazio oppure S, oppure N  
TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LB5 - Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice drg

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

Il campo deve essere valorizzato solo nel caso di SDO di chemioterapia (drg 410), in tutti gli altri casi deve essere lasciato a spazio.

Il valore 'S' indica che il farmaco somministrato è stato rilevato ed addebitato mediante il flusso F, pertanto il costo del farmaco non deve essere addebitato al ricovero, l'importo riconosciuto al ricovero verrà quindi abbattuto del 90%.

Il valore 'N' comporta che la SDO verrà valorizzata, in prima istanza,, senza abbattimento. A posteriori un'apposita procedura verificherà periodicamente l'eventuale addebito del farmaco oncologico ad alto costo sul flusso F ed in caso di riscontro positivo abatterà l'importo della cartella

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Codice Causa esterna</b>	<b>CON</b>	<b>98.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:  
Indica la causa esterna dei traumatismi, degli avvelenamenti e di altri effetti diversi.

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 5  
 FORMATO: AN  
 POSIZIONE nel tracciato “Dati Clinici”: 406-410  
 VALORI AMMESSI: spazio, oppure  
 codice E(E800-E999) della classificazione ICD 9 CM vers.2007  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LC9 -Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi.

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Numero passaggi personale non medico</b>	<b>CON</b>	<b>99.0</b>

**DESCRIZIONE DEL CAMPO:**

Nel caso di Ospedalizzazione a Domicilio, indica il numero di visite fatte al paziente da personale sanitario non medico (infermieristico, riabilitativo, ecc. ...) nel periodo di ricovero

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 3  
 FORMATO: N  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 411-413  
 VALORI AMMESSI: 0 – 999  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LC2 - Congruenza fra Regime di Ricovero, N.passaggi non medici e N.visite mediche

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

TRACCIATO	NOME DEL CAMPO:	OBBLIGATORIO	CAMPO N°
<b>SDO</b>	<b>Numero visite mediche</b>	<b>CON</b>	<b>0A.0</b>

DESCRIZIONE DEL CAMPO:

Nel caso di Ospedalizzazione a Domicilio, indica il numero di visite mediche al paziente, nel periodo di ricovero

**CORRETTEZZA  
FORMALE**

LUNGHEZZA: 3  
 FORMATO: N  
 POSIZIONE nel tracciato "Dati Clinici": 414-416  
 VALORI AMMESSI: 0 - 999  
 TABELLE DI RIFERIMENTO:

**CORRETTEZZA  
LOGICA**

**CONTROLLI APPLICATI**

LC2 - Congruenza fra Regime di Ricovero, N.passaggi non medici e N.visite mediche

**OSSERVAZIONI  
E  
PRECISAZIONI**

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.3 Combinazioni di valori consentiti per i campi relativi alla residenza anagrafica**

**CITTADINI ITALIANI**

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere deg.	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
1	<b>Residenti in Italia</b>	a	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	1,2,4,5, 6, B	100	NO	SI	1,2,5,6 – A Carico SSN; 4 – A carico utente; B – A carico SASN
2	<b>Residenti</b> all'estero in paesi convenzionati, paesi UE o in paesi senza convenzione	a	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	9	100	SI	NO	A carico SSN
		b	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	100	NO	NO	A carico dell'utente
		c	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	9	100	NO	NO	A carico SSN
		d	Effettivo o tutti 0 se neonato	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		e	Tutti 9 o tutti 0 se neonato	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		f	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	B	100	NO	NO	A carico SASN

Il caso 2.a si applica ai cittadini italiani residenti all'estero, titolari di pensione corrisposta da Enti previdenziali italiani o di coloro che abbiano lo status di emigrato. (Ministero Sanità 1000.V-19/833/630 dell'11.11.96).

Il caso 2.d si applica ai cittadini italiani residenti all'estero temporaneamente presenti in Italia (ai sensi delle Circolari Ministeriali 1000/III/20268 del 20.06.1996, DPS/IX/2616 del 21.05.1999 e DG RUERI/9577/I.3.b del 02.12.2004).

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**CITTADINI STRANIERI**

N.	Tipologia utente STRANIERO		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di Residenza	Regione di residenza	Asl di Residenza	Onere deg.	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
1	<b>Cittadini stranieri</b> con iscrizione obbligatoria o facoltativa	a	Effettivo	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	1,2,5,6,9	Presente in tabella eccetto 100	NO	SI	A carico SSN
2	<b>Residenti</b> in Italia che non hanno fatto l'iscrizione facoltativa	a	Effettivo oppure tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	A	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero dell'Interno
		b	Effettivo oppure tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
3	<b>Non residenti</b> in Italia con iscrizione SSN in quanto lavoratore italiano	a	Effettivo oppure tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	1,2,5,6	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico SSN
4	<b>Non residenti</b> in Italia (frontalieri, naviganti, aereotrasportati ...)	a	Effettivo	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		c	Effettivo oppure tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4,9	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	4 – A carico dell'utente 9 – A carico SSN

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N.	Tipologia utente STRANIERO		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di Residenza	Regione di residenza	Asl di Residenza	Onere deg.	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
5	<b>Non residenti</b> in Italia (paesi in convenzione) senza iscrizione SSN (temporaneo soggiorno)	a	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
		c	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	A	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero dell'interno
6	<b>Residenti in paesi UE / SSE / Svizzera,</b> che non possono fare l'iscrizione facoltativa	a	Codice ENI (*)	ENI+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	A	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero dell'Interno
		b	Codice ENI (*)	ENI+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
7	<b>Non residenti</b> in Italia (paesi senza convenzione) senza iscrizione SSN (temporaneo soggiorno)	a	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	A	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero dell'Interno
		b	Tutti 9	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
8	Illegalmente presenti (STP) ( non valido per residenti in paesi UE / SSE / Svizzera )	a	Codice STP (*)	STP+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	8	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	A carico SSN
		b	Codice STP (*)	STP+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	A	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero dell'Interno
		c	Codice STP (*)	STP+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N.	Tipologia utente STRANIERO		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di Residenza	Regione di residenza	Asl di Residenza	Onere deg.	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
9	Neonati con genitori stranieri non residenti e non iscritti SSN	a	Tutti 0	della madre	della madre	della madre	Stesso della madre	Quella del padre o della madre	NO	NO	Stesso della madre
10	Neonati con genitori, di cui uno italiano, non residenti e non iscritti SSN.	a	Tutti 0	della madre	della madre	della madre	Stesso della madre	Quella del padre o della madre	NO	NO	Stesso della madre
11	Neonati stranieri non riconosciuti.	a	Tutti 0	comune della struttura ospitante	Regione della struttura ospitante	Asl della struttura ospitante	1	Italiana	NO	SI	A carico SSN
12	Apolide	a	Tutti 9	999999	999	999	1,2,5,6,9	999	NO	NO	A carico SSN
		b	Tutti 9	999999	999	999	B	999	NO	NO	A carico del SASN
		c	Tutti 9	999999	999	999	4	999	NO	NO	A carico dell'utente
13	Naviganti operanti presso compagnie italiane (residenti e non)	a	Effettivo oppure tutti 9 oppure tutti 0	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	B	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico del SASN
		b	Tutti 9	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	B	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico del SASN

(\* ) Il codice identificativo (STP/ENI) è costituito da sedici caratteri: tre per la sigla “STP” /“ENI”, tre per il codice ISTAT relativo alla Regione (010), tre per il codice ISTAT dell'azienda Sanitaria pubblica erogante le prestazioni e sette caratteri come numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

In presenza del codice "ISI", dovranno essere inserite “STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche” / “ENI+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche”.

Le prestazioni effettuate a cittadini italiani residenti all'estero ovvero a cittadini stranieri, sono erogabili dalle strutture pubbliche ed equiparate e dalle strutture private definitivamente accreditate.



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Legenda codici "Onere degenza":

- "1" = ricovero a totale carico SSN.
- "2" = ricovero a prevalente carico SSN. La differenza alberghiera è a carico del ricoverato.
- "4" = ricovero a totale carico del ricoverato.
- "5" = ricovero con parte della spesa a carico del ricoverato (Libera professione).
- "6" = ricovero con parte della spesa a carico del ricoverato (Libera professione + differenza alberghiera).
- "7" = ricovero a carico del SSN di stranieri di Paesi convenzionati con il SSN e  
di italiani residenti all'estero, temporaneamente presenti in Italia.
- "8" = ricovero a carico del SSN di stranieri regolari con dichiarazione di indigenza.
- "9" = altro.
- "A" = ricovero a carico del Ministero dell'Interno di stranieri regolari insolventi ( solo urgenze) o STP con dichiarazione di indigenza  
(in caso di prestazioni urgenti o comunque essenziali ).
- "B" = ricovero a carico del Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti.

#### **5.4** *Tabella dei controlli logici - normativi*

##### **5.4.1** **Premessa**

E' articolata in quattro colonne:

**N°** Indica il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento nel quadro "correttezza logica" delle schede.

##### **Descrizione dei Controlli**

Descrive per esteso ogni controllo pretariffazione applicato nella procedura.

**Tipo CTR** Si utilizzano le abbreviazioni:

- B = controllo bloccante
- LC = controllo comune al ricovero ordinario ed a quello diurno
- LO = controllo riferito al solo ricovero ordinario
- LD = controllo riferito al solo ricovero diurno

**Campo** A sua volta articolata in due colonne ( N° e Nome) che enumerano tutti i campi coinvolti nel controllo. Reciprocamente, la scheda di ogni campo coinvolto, nel quadro "correttezza logica", riporta il numero progressivo del controllo e la sua definizione sintetica.

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.4.2 I controlli**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
L01	La data di ricovero e la data di dimissione devono essere comprese nel periodo di esistenza della Struttura di ricovero (HSP11).	L	04.1	Struttura di ricovero
		C	24.0	Data ricovero
			34.1	Data dimissione
L02	L'Istituto di Cura (HSP11.Bis) deve appartenere all'Azienda Sanitaria territoriale .	L	03.0	ASL territoriale
		C	04.0	Istituto di Cura
L03	Se Regime di ricovero = 2 (Day Hospital) o Z (A Domicilio) allora Tipo di ricovero ordinario = spazio.	L	02.0	Regime Ricovero
		C	26.0	Tipo di ricovero ordinario
L04	Se Regime di ricovero=1(Ricovero Ordinario) o Z(A Domicilio) allora Motivo ricovero diurno = spazio.	L	02.0	Regime Ricovero
		C	27.0	Motivo ricovero diurno
L05	Corrispondenza fra l'anno di Data Ricovero e le prime quattro cifre del numero scheda.	L	05.1	Anno di riferimento del Numero Scheda
		C	24.3	Anno di ricovero
L06	Se Regime di ricovero = 2 (DH) e motivo del ricovero diurno è diverso da 5 oppure 6 allora l'anno della data ricovero deve corrispondere con l'anno della data di dimissione.	L	02.0	Regime Ricovero
		D	24.3	Anno ricovero
			27.0	Motivo del ricovero diurno
			34.1.3	Anno dimissione
L07	La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di ricovero.	L	11.0	Data Nascita
		C	24.0	Data Ricovero
L08	Se Provincia e Comune di residenza sono italiani (cioè le prime tre posizioni sono diverse da 999 / STP / ENI) - devono essere situati nella Regione di residenza indicata . Per pazienti residenti all'estero / ENI / STP - nel campo 15.0 deve essere indicato un codice di stato estero, valido alla data di dimissione; lo stesso codice deve trovarsi nella seconda parte (caratteri 4:6) del campo 14.0 Per pazienti apolidi - i campi 14.0 e 15.0 devono essere valorizzati con "tutti 9"		14.0	Regione di residenza
			15.0	Provincia e Comune di Residenza
			34.1	Data dimissione
L09	Se Provincia e Comune di residenza sono italiani ( cioè le prime tre posizioni sono diverse da 999 / STP / ENI) - devono essere situati nell'ambito territoriale dell'ASL di residenza indicata, alla data di dimissione. Per pazienti residenti all'estero / ENI / STP/ apolidi - il campo 16.0 deve essere valorizzato a '999'	L	14.0	Provincia e Comune di Residenza
		C	16.0	ASL di residenza
			34.1	Data dimissione
L10	L'onere di degenza deve essere congruente con Provincia e Comune di residenza, Regione di residenza, ASL di residenza. Per la corretta attribuzione dei campi correlati consultare la Tabella 5.3 degli allegati.	L	14.0	Regione di residenza
		C	15.0	Provincia e Comune di Residenza
			16.0	ASL di residenza
			17.0	Onere degenza
L11	Per regime di ricovero = 2 (DH) non possono esistere trasferimenti, cioè i campi trasferimento devono essere nulli.	L	02.0	Regime Ricovero
		D	29.0	U.O. trasferimento 1
			30.0	U.O. trasferimento 2
			31.0	U.O. trasferimento 3
			32.0	U.O. trasferimento 4
			33.0	U.O. trasferimento 5
L12	Per regime di ricovero = 2 (DH) deve essere: Matricola di dimissione = Matricola di ammissione	L	02.0	Regime Ricovero
		D	90.0	Matricola di ammissione
			96.0	Matricola di dimissione
L13	Per regime di ricovero ordinario, le date di accesso nelle U.O.		24.0	Data ricovero

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	devono essere correttamente correlate nel tempo: Data trasferimento 1° >= Data ricovero Data trasferimento n >= Data trasferimento n-1 Data dimissione >= Data ricovero Data dimissione >= Data ultimo trasferimento Data elaborazione >= Data dimissione	L O	29.1 30.1 31.1 32.1 33.1	Data trasferimento 1 Data trasferimento 2 Data trasferimento 3 Data trasferimento 4 Data trasferimento 5
L14	Per regime di ricovero ordinario, nel caso di trasferimenti: - se è valorizzato un campo Data trasferimento, deve essere valorizzato il campo U.O. trasferimento corrispondente, e viceversa - per i trasferimenti da 2 a 5, se esiste un trasferimento “n” deve esistere un trasferimento “n – 1”	L O	29.0 30.0 31.0 32.0 33.0	Trasferimento 1 Trasferimento 2 Trasferimento 3 Trasferimento 4 Trasferimento 5
L15	Per regime di ricovero ordinario <b>Se non sono avvenuti trasferimenti:</b> Matricola di dimissione = Matricola di ammissione <b>Se sono avvenuti trasferimenti:</b> il codice Matricola dell’ U.P. che accetta deve essere diverso da quello dell’ U.P. che trasferisce (tranne che per i campi trasferimento 1 e trasferimento 2 quando sia compilato anche il campo trasferimento 5); inoltre Matricola di dimissione = Matricola dell’ultima U.P. che ha accettato il trasferimento.	L O	90.0 29.1 91.0 30.1 92.0 31.1 93.0 32.1 94.0 33.1 95.0 96.0	Matricola di ammissione Data Trasferimento 1 Matricola Trasferimento 1 Data Trasferimento 2 Matricola Trasferimento 2 Data Trasferimento 3 Matricola Trasferimento 3 Data Trasferimento 4 Matricola Trasferimento 4 Data Trasferimento 5 Matricola Trasferimento 5 Matricola di dimissione
L16	Per gli Istituti pubblici o equiparati, in regime di ricovero ordinario, se: - la disciplina dell’U.O. di ammissione è di RRF (28, 56, 75) - e Provenienza assistito è: “trasferito da Istituto pubblico o privato” (codice 4, 5 o 6), o “trasferito da altro regime di ricovero” (codice 7) - e tipo ricovero ordinario è “programmato”(codice 1) allora il codice Diagnosi Principale deve essere diverso da V57.x	L O	23.1 25.0 26.0 37.0	Disciplina U.O. ammissione Provenienza assistito Tipo ricovero ordinario Diagnosi principale di dimissione
L17	Per regime di ricovero ordinario, - se la disciplina, dell’U.O. di ammissione, è di acuzie allora non sono possibili trasferimenti e dimissioni in U.O. di RRF (28, 56, 75) o lungodegenza (60) Per istituti privati provvisoriamente/definitivamente accreditati le discipline 40 e 68 vengono trattate come le discipline RRF.	L O	23.1 29.2.1 30.2.1 31.2.1 32.2.1 33.2.1 34.2.1	Disciplina U.O. ammissione Disciplina U.O. Trasn. 1 Disciplina U.O. Trasn. 2 Disciplina U.O. Trasn. 3 Disciplina U.O. Trasn. 4 Disciplina U.O. Trasn. 5 Disciplina U.O. dimissione
L18	Congruenza fra disciplina dell’UO di ammissione e disciplina dell’UO dimissione, per RRF Per le SDO di RO, con discipline RRF (28,56,75) - la disciplina dell’U.O. di ammissione deve essere uguale alla disciplina dell’UO di dimissione. - non sono ammessi trasferimenti U.O. di altre discipline. Per istituti privati provvisoriamente/definitivamente accreditati: - il controllo è esteso anche alle discipline 40 e 68. - non sono ammessi neppure i cambi di livello all’interno della disciplina 56 o di area nella disciplina 40.	L O	23.1 29.2.1 30.2.1 31.2.1 32.2.1 33.2.1 34.2.1	Disciplina U.O. ammissione Disciplina U.O. Trasn. 1 Disciplina U.O. Trasn. 2 Disciplina U.O. Trasn. 3 Disciplina U.O. Trasn. 4 Disciplina U.O. Trasn. 5 Disciplina U.O. dimissione
L20			02.0	Regime di ricovero

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	Per ricoveri in Regime diurno, se Motivo del ricovero diurno = 4 - allora la disciplina dell'U.O. ammissione deve essere di RRF (28, 56 o 75), oppure, se l'U.O. ammissione è multispecialistica (02) allora - il campo 69.1 (cod. Disciplina del reparto multispecialistico) deve contenere il codice di una disciplina di RRF (28, 56, 75); Viceversa: - se la disciplina dell'UO è 56, Motivo del ricovero diurno deve essere 4; non sono ammessi valori diversi; - se la disciplina dell'UO è 28, o 75, Motivo del ricovero diurno può essere 4, oppure 3; non sono ammessi altri valori.	L D	23.1 27.0 69.1	Disciplina U.O. ammissione Motivo del ricovero diurno Cod Disciplina del reparto multispecialistico
L21	Per il ricovero in regime diurno, - devono essere riportate le informazioni relative ai campi Motivo del ricovero diurno e Giornate di presenza in ricovero diurno.	L D	27.0 54.0	Motivo del ricovero diurno Giornate di presenza in ricovero diurno
L22	Per regime di ricovero ordinario - la durata massima della degenza è di un anno, ad eccezione delle richieste opportunamente documentate e contrassegnate con il flag "ricovero oltre 365 gg". Se il campo "Ricovero oltre 365 giorni" è spazio - allora Data dimissione – Data ricovero deve essere minore o uguale a 365.	L O	34.1 24.0 74.0	Data dimissione Data ricovero Ricovero oltre 365 giorni
L23	Le date dell'intervento principale e degli eventuali altri interventi /procedure devono essere comprese tra la data di ricovero e la data dimissione. Inoltre se è valorizzato il campo intervento principale - deve essere indicata la data, nel campo data intervento principale. NB.: Nel caso si vogliano codificare procedure in pre-ricovero, o richieste durante il ricovero, ma eseguite entro i 7 giorni successivi la data di dimissione - inserirle nel primo campo libero altro intervento/procedura senza specificarne la data di esecuzione. Non vale il viceversa: non è possibile valorizzare un campo data intervento, se non è valorizzato anche il corrispondente codice intervento.	L C	24.0 34.1 43.0 44.0 45.0 46.0 47.0 48.0	Data di ricovero Data dimissione Intervento chirurgico principale Altro intervento 1 o procedura Altro intervento 2 o procedura Altro intervento 3 o procedura Altro intervento 4 o procedura Altro intervento 5 o procedura
L24	Controllo non più attivo			
L25	Se Riscontro autoptico = 1 (= eseguita autopsia) - allora Modalità dimissione = 1 (= deceduto).	L C	35.0 36.0	Modalità dimissione Riscontro autoptico
L26	Per ogni "protesi" se è valorizzato uno dei tre campi (codice, quantità, costo unitario), allora devono essere valorizzati anche gli altri due campi. (Nota - I campi quantità e costo unitario si intendono valorizzati se contengono un valore ≠ da 0). Fa eccezione il caso di "impianto doppio di Protesi Cocleare", per cui si deve inserire il codice protesi ('200') e la quantità lasciando a zero il campo importo unitario (vale l'importo prefissato dalla Regione).	L C	50.0 51.0 52.0	Codice protesi 1 Codice protesi 2 Codice protesi 3
L27	Se è valorizzato il campo Protesi "n", devono essere valorizzati anche i campi Protesi "n-1".	L C	50.0 51.0 52.0	Codice protesi 1 Codice protesi 2 Codice protesi 3

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
L28	Il codice Provincia e Comune di residenza deve essere esistente nell'anno di ricovero.	L	24.3	Anno di ricovero
		C	15.0	Provincia e Comune di residenza
L29	Esistenza e validità delle Matricole, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.  Le Matricole di tutte le U.P., in cui è avvenuto il ricovero, devono risultare attive, in Anagrafe delle strutture, alla data di ingresso nell'U.P. (ricovero o trasferimento da altra U.P.)  ed alla data di uscita dall'U.P. (dimissione o trasferimento ad altra U.P.)	L	24.0	Data di ricovero
		C	90.0	Matricola di ammissione
			29.1	Data trasferimento
			91.0	Matricola trasferimento 1
			30.1	Data trasferimento 2
			92.0	Matricola trasferimento 2
			31.2	Data trasferimento 3
			93.2	Matricola trasferimento 3
			32.2	Data trasferimento 4
			94.0	Matricola trasferimento 4
			33.2	Data trasferimento 5
			95.0	Matricola trasferimento 5
34.1	Data di dimissione			
96.0	Matricola di dimissione			
L30	Se Regime di Ricovero = 2, allora  Giorni di permesso = due zeri.	L	02.1	Regime ricovero
		D	53.0	Giorni permesso
L31	Se Regime di ricovero = 1 o Z, Giorni di presenza = tre zeri.  Se Regime di ricovero = 2, Giorni di presenza diverso da 0.	L	02.1	Regime ricovero
		O	54.0	Giorni di presenza
L32	Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita  Peso alla nascita deve essere valorizzato se - data di ricovero = data di nascita e - provenienza assistito = 0, 1, 2, 8, 9.  Viceversa, Peso alla nascita non deve essere valorizzato se il paziente ha più di un anno di età.	L	11.0	Data di nascita
		C	24.0	Data ricovero
			25.0	Provenienza assistito
			55.0	Peso alla nascita
L33	Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 0, allora:  U.O. di ammissione = 31.xx (nido).	L	11.0	Data di nascita
		C	23.0	U.O. di ammissione
			24.0	Data ricovero
			25.0	Provenienza assistito
			69.0	Attività svolta in reparto multispecialistico
L35	Se data di ricovero = data di nascita, allora: - Codice fiscale = sedici zeri (e viceversa) oppure - Codice fiscale = sedici nove (stranieri) oppure - Codice effettivo se disponibile	L	08.0	Codice Fiscale
		C	11.0	Data di nascita
			24.0	Data ricovero
L36	Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 0, allora:  Numero scheda della madre deve essere valorizzato;	L	11.0	Data di nascita
		C	24.0	Data ricovero
			25.0	Provenienza assistito
			57.0	Numero scheda della madre
L37	Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 0, allora:  Modalità di allattamento deve essere valorizzato	L	11.0	Data di nascita
		C	24.0	Data ricovero
			25.0	Provenienza assistito
			56.0	Modalità Allattamento
L38	Se Cognome e Nome = "Anonimo", allora:  Codice fiscale = sedici "9" oppure Codice fiscale = sedici "0"	L	06.0	Cognome
		C	07.0	Nome
			08.0	Codice Fiscale

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
L39	Se la Struttura è provvisoriamente / definitivamente accreditata e il regime ricovero = 2, allora:  la disciplina dell'UO di ricovero deve essere diverso da 40.	L	04.1	Struttura di ricovero
		D	02.1	Regime di ricovero
			23.1	Disciplina di ricovero
L40	Se Regione di residenza = "999", allora  Codice fiscale = sedici "9" oppure Codice fiscale = sedici "0"  Se Regione di residenza = codice stato estero, allora  Codice fiscale = effettivo, oppure sedici "9", oppure codice ISI (11 caratteri) più 5 spazi	L	08.0	Codice Fiscale
		C	14.0	Regione di residenza
L42	Controllo non più attivo per dimissioni con competenza 2003 o superiore			
L43	Deve essere: data dimissione < data del giorno di elaborazione	L C	34.1	Data dimissione
L44	Controllo non più attivo dalla competenza 2003			
L45	Controllo non più attivo dalla competenza 2003			
L46	Congruenza fra Codice trapianto, Regime ricovero e Struttura di ricovero / U.O.  Se uno dei Codici intervento è un trapianto di cornea - la SDO di RO, o di DH, deve avere ricovero/trasferimento, in un U.O. della disciplina 34, oppure in un U.O. multispecialistica 67 o 98, in questo caso la disciplina 34 deve essere indicata come disciplina dell'attività effettiva (campo 69.1).  se altro il trapianto - Regime di ricovero deve essere 1 ( RO ); - deve esserci compatibilità con l'Istituto di cura (HSP11.Bis) come indicato nella tabella 5.11.	L O	02.0	Regime di ricovero
			04.0	Istituto di Cura
			23.1	Disciplina U.O. ammissione
			29.2	Disciplina U.O. trasf. 1
			30.2	Disciplina U.O. trasf. 2
			31.2	Disciplina U.O. trasf. 3
			32.2	Disciplina U.O. trasf. 4
			33.2	Disciplina U.O. trasf. 5
			43.2	Cod. Intervento principale
			44.2	Cod. altro intervento 1
			45.2	Cod. altro intervento 2
			46.2	Cod. altro intervento 3
			47.2	Cod. altro intervento 4
48.2	Cod. altro intervento 5			
69.1	Cod. Disciplina del reparto multispecialistico			
L47	Incompatibilità fra DRG e ricovero in DH  I ricoveri per parto, DRG da 370 a 375, non possono essere fatti in regime di Day-Hospital.	L	02.0	Regime di ricovero
		C		
L48	Se Regime di ricovero = 2, in Strutture provvisoriamente / definitivamente accreditate - se Day hospital (Motivo del ricovero diurno = 1 / 3 / 4) allora l'U.P. di ammissione deve avere posti letto di day hospital accreditati o autorizzati; - se Day surgery (Motivo del ricovero diurno = 5 / 6) allora l'U.P. di ammissione deve avere posti letto di day hospital accreditati; - inoltre, se Day surgery con pernottamento (Motivo del ricovero diurno = 6) e l'U.P. di ammissione è multispecialistica (discipline 02, 67, 97, 98), allora la Struttura deve avere posti letto di ricovero ordinario (autorizzati o accreditati) per la disciplina effettiva, indicata nel campo 69.1	L D	02.0	Regime di ricovero
			04.1	Struttura di ricovero
			27.0	Motivo del ricovero diurno
			69.1	Disciplina svolta nel reparto multispecialistico
			96.0	Matricola di ammissione
L49	Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH	L	02.0	Regime di ricovero

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	Gli interventi elencati nella tabella 5.12 non sono eseguibili in regime di Day-Hospital.	C	43.2	Intervento principale
L50	Controllo non attivo			
L51	Congruenza fra DRG di Parto ed esistenza di U.P. di ostetricia e ginecologia nella Struttura di ricovero. Per i DRG di parto (da 370 a 375) - nella Struttura di Ricovero (HSP11) deve esistere una U.P. appartenente ad una U.O. della disciplina 37, oppure una U.P. definita per la disciplina 37, all'interno di una U.O. multispecialistica (67, 97).	L O	02.0	Regime di ricovero
			04.1	Struttura di ricovero
L52	Per i DRG da 370 a 375 deve essere verificata che l'età calcolata rispetto alla data di ricovero sia compresa fra 10 e 60 anni.	L C	24.0	Data ricovero
			11.0	Data di nascita
L53	Compatibilità fra MDC e ricovero in reparto di Neuroriabilitazione (UO 75xx).  Se U.O. della disciplina 75 (Neuroriabilitazione) il DRG attribuito alla SDO deve appartenere alla MDC = 1.  Solo l'Ospedale S. Luigi di Orbassano può avere anche delle SDO per ricoveri nella disciplina 75 con DRG della MDC = 4.	L C	23.0	U.O. di ammissione
			34.2	U.O. di dimissione
			29.2	U.O. trasferimento 1
			30.2	U.O. trasferimento 2
			31.2	U.O. trasferimento 3
			32.2	U.O. trasferimento 4
L54	Per i DRG da 370 a 375 deve essere verificata l'esistenza, in uno dei campi "diagnosi secondaria", dei codici relativi all'esito del parto (V27.x)	L O	Da	Diagnosi secondarie
			38.0 a 42.0	
L55	Se esiste un UO 39xx (Pediatria) allora deve essere verificato che l'età calcolata rispetto alla data di ricovero non sia > di 18 anni.  Sono previste eccezioni se vale una delle seguenti condizioni: - Presenza di codici malattie croniche/invalidanti e rare compreso tra RAxxxx e RQxxxx. - Codice diagnosi principale o secondaria valorizzato con un codice ICDIXCM compreso tra 140xx e 239xx. - Codice DRG: 299 "Difetti congeniti del metabolismo" oppure 395 "Anomalie dei globuli rossi, età >17"	L C	11.0	Data di nascita
			23.0	U.O. di ammissione
			24.0	Data ricovero
			29.2	U.O. trasferimento 1
			30.2	U.O. trasferimento 2
			31.2	U.O. trasferimento 3
			32.2	U.O. trasferimento 4
			33.2	U.O. trasferimento 5
			37.0	Diagnosi principale
			38.0	Diagnosi secondaria 1
			39.0	Diagnosi secondaria 2
			40.0	Diagnosi secondaria 3
			41.0	Diagnosi secondaria 4
42.0	Diagnosi secondaria 5			
L57	Se Motivo del ricovero diurno vale 5 o 6: - se codice diagnosi principale è uguale a V641 oppure a V643 allora il campo Intervento chirurgico principale non deve essere valorizzato; - con altre diagnosi il campo Intervento chirurgico principale deve essere valorizzato.	L D	27.0	Motivo del ricovero diurno
			43.2	Codice intervento chirurgico principale
L58	Nei ricoveri diurni deve essere:  Giorni presenza = < (Data dimissione - Data ricovero) + 1	L D	24.0	Data ricovero
			34.1	Data dimissione
			54.0	GG presenza in Ric. Diurno



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
L59	Strutture private definitivamente accreditate abilitate a ricoveri di cardiocirurgia Se_DRG è uno dei seguenti: 104 – 105 – 106 – 108 – 547 – 548 – 549 – 550 allora la Struttura privata deve essere abilitata per la cardiocirurgia, HSP11: 010628 – 010611 - 010643.	L C	04.1	Struttura di ricovero
L60	Non possono coesistere sulla stessa SDO più protesi identiche per codice e costo unitario.  Per impianti multipli della stessa protesi si deve valorizzare il campo quantità.	L C	50.1	Codice Protesi uno
			50.3	Costo unitario uno
			51.1	Codice Protesi due
			51.3	Costo unitario due
			52.1	Codice Protesi tre
			52.3	Costo unitario tre
L61	Le giornate di permesso non possono essere uguali o superiori alle giornate di degenza.	L O	24.0	Data Ricovero
			34.1	Data Dimissione
			53.0	Giorni Permesso
L62	Se Prolungamento degenza = S o N, allora la Struttura di ricovero deve essere privata, provvisoriamente o definitivamente accreditata.	L O	63.0	Prolungamento degenza
			04.1	Struttura di ricovero
L63	Se Prolungamento degenza = S o N, allora deve essere valorizzato il campo Data richiesta prolungamento.		63.0	Prolungamento degenza
			64.0	Data richiesta prolungamento
L64	Se Prolungamento degenza = S o N, allora deve essere valorizzato il campo Giorni di prolungamento autorizzati.	L O	63.0	Prolungamento degenza
			65.0	Giorni di prolungamento autorizzati
L65	Se Prolungamento degenza = S o N, allora deve essere valorizzato il campo Data I autorizzazione/non autorizzazione al prolungamento.	L O	63.0	Prolungamento degenza
			66.0	Data I autorizzazione/non autorizzazione al prolungamento
L66	Se Prolungamento degenza = spazio, allora devono essere “non valorizzati” anche - Data richiesta prolungamento (spazio) - Giorni di prolungamento autorizzati (zero) - Data I autorizzazione/non autorizzazione al prolungamento (spazio)	L O	63.0	Prolungamento degenza
			64.0	Data richiesta prolungamento
			65.0	Giorni di prolungamento autorizzati
			66.0	Data I autorizzazione/non autorizzazione al prolungamento
L67	Data richiesta prolungamento deve essere minore della Data dimissione e compresa tra : per disciplina 40 estensiva - Data ricovero + 115 giorni e Data ricovero + 120 giorni altri casi - Data ricovero + 55 giorni e Data ricovero + 60 giorni	L O	64.0	Data rich. prolungamento
			24.0	Data ricovero
			34.1	Data dimissione
			34.2	U.O. dimissione
L68	Data I autorizzazione/non autorizzazione al prolungamento deve essere: per disciplina 40 estensiva - maggiore di data ricovero + 115 giorni e minore di data ricovero + 180 giorni altri casi - maggiore di data ricovero + 55 giorni e minore di data ricovero + 120 giorni	L O	66.0	Data I autorizzazione/non autorizzazione al prolungamento
			24.0	Data ricovero
			34.2	U.O. dimissione

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
L69	Se Prolungamento degenza = S o N, oppure Provenienza assistito = A, allora l'UO di dimissione deve essere della disciplina 60, 68, oppure 40 (neuro-psichiatria, area intensiva o estensiva)	L O	63.0	Prolungamento degenza
			25.0	Provenienza assistito
			34.2.1	Disciplina U.O. dimissione
L70	Se Prolungamento degenza = 'S', allora il numero dei Giorni di degenza autorizzati (oltre il 60°/120° giorno) deve essere minore di 61	L O	63.0	Prolungamento degenza
			65.0	Giorni di prolungamento autorizzati
L71	Congruenza tra Data I autorizzazione, Data ultima autorizzazione, e UO dimissione. Se il campo Data ultima autorizzazione è valorizzato - anche il campo Data I autorizzazione/non autorizzazione al prolungamento deve essere valorizzato e tale valore deve precedere quello di Data ultima autorizzazione Inoltre, per disciplina 40 estensiva, deve essere - Data ultima autorizzazione < Data ricovero + 180 giorni negli altri casi: - Data ultima autorizzazione < Data ricovero + 120 giorni	L O	24.0	Data ricovero
			34.2	U.O. dimissione
			66.0	Data I autorizzazione/non autorizzazione al prolungamento
			67.0	Data ultima autorizzazione
L72	Congruenza tra Struttura di ricovero, Libera professione ed Onere degenza Per strutture pubbliche: - se Libera professione = 1 o 2, allora Onere degenza deve essere 5 o 6 e viceversa; - se Libera professione = 3, allora Onere degenza deve essere 4. Per istituti privati non sono ammessi ricoveri in Libera Professione	L O	04.1	Struttura di ricovero
			17.0	Onere degenza
			62.0	Libera professione
L73	Congruenza tra onere di degenza e tipologia di erogazione Gli oneri 5 e 6 non sono ammessi per Strutture private	L O	04.1	Struttura di ricovero
			17.0	Onere degenza
L74	Congruenza tra data di richiesta prolungamento e data della D.G.R di riferimento La data di richiesta prolungamento non può essere anteriore alla data di entrata in vigore della D.G.R. di riferimento.	L O	63.0	Prolungamento degenza
			64.0	Data richiesta prolungamento degenza
L75	Congruenza tra ricovero ripetuto e tipologia di erogatore. Se ricovero ripetuto = N, la SDO deve provenire da un reparto di post-acuzie di una Struttura privata.	L O	04.1	Struttura di ricovero
			34.2	U.O. di dimissione
			49.0	Flag ricovero ripetuto
L76	Per ricovero ordinario, in Strutture private provvisoriamente / definitivamente accreditate, se - l'U.O. di ammissione è di RFF di II° livello (disciplina 56 e progressivo di divisione >= a 20) - Provenienza assistito è "trasferito da Istituto pubblico o privato" (codice 4, 5) o "trasferito da altro regime di ricovero" (codice 7) - Tipo ricovero ordinario è "programmato" (codice 1) allora il codice Diagnosi Principale deve essere diverso da V57.x	L O	04.1	Struttura di ricovero
			23.0	Uo ammissione
			25.0	Provenienza assistito
			26.0	Tipo ricovero ordinario
			37.0	Diagnosi principale di dimissione
L77	Congruenza tra Struttura di ricovero e motivo del ricovero diurno. I codici 1 e 4 non sono accettati per le Strutture private provvisoriamente/definitivamente accreditate.	L D	04.1	Struttura di ricovero
			27.0	Motivo del ricovero

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
L78	<p>Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura. Se la Struttura è provvisoriamente/definitivamente accreditata - ed il DRG è di tipo medico (esclusi i DRG 124, 125, 323 con presenza della procedura 98.51) - ed il codice del motivo ricovero diurno uguale 5 o 6, - e la diagnosi principale è diversa da V64.1 o V64.3, allora uno dei campi codice procedura deve essere compreso nell'elenco: 31.43 – 34.23 – 34.24 – 34.25 – 48.31 – 48.34 – 56.91 – 57.17 – 58.31 – 58.39</p>	L D	04.1	Struttura di ricovero
			27.0	Motivo del ricovero
			37.0	Diagnosi principale di dimissione
			43.2	Cod. intervento principale
			44.2	Cod. altro intervento 1
			45.2	Cod. altro intervento 2
			46.2	Cod. altro intervento 3
			47.2	Cod. altro intervento 4
			48.2	Cod. altro intervento 5
L79	<p>Congruenza tra Traumatismi/intossicazioni, RO e campi diagnosi Se RO, il campo Traumatismi/intossicazioni deve essere compilato quando nei primi tre caratteri di uno dei campi diagnosi, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti: - 800-904 - 910-995 In tutti gli altri casi, il campo Traumatismi/intossicazioni deve essere nullo.</p>	L O	02.0	Regime ricovero
			28.0	Traumatismi/intossicazioni
			37.0	Diagnosi principale
			38.0	Diagnosi secondaria 1
			39.0	Diagnosi secondaria 2
			40.0	Diagnosi secondaria 3
			41.0	Diagnosi secondaria 4
			42.0	Diagnosi secondaria 5
			L80	<p>Congruenza tra codice intervento chirurgico principale e data intervento principale. In presenza di un codice intervento principale, deve essere presente la relativa data e viceversa.</p>
43.2	Codice intervento chirurgico Principale			
L81	<p>Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico Se l'UO di dimissione è un reparto multispecialistico (disciplina 02, 04, 67, 97, 98), allora il campo 69.0 deve essere valorizzato. Nel caso di week-surgery (disc. 04) il controllo si sposta sulla UO di ricovero, perché l'UO di dimissione può essere diversa da 04. Viceversa, se l'UO di dimissione (o di ricovero, per il week-surgery) non è un reparto multispecialistico, allora il campo 69.0 deve essere nullo.</p>	L D	02.0	Regime di ricovero
			04.1	Struttura di ricovero
			23.1	Disciplina U.O. ammissione
			27.0	Motivo del ricovero diurno
			34.2	UO di dimissione
			69.0	Attività svolta nel reparto multispecialistico (cod. 02, 04, 67, 97, 98)
L82	<p>Congruenza fra UO di dimissione ed UO di ammissione per ricoveri in reparti di lungodegenza Per ricoveri ordinari, se U.O. di dimissione è di lungodegenza (60-0), U.S.V (60-1), o lungodegenza N.P. (60-4) - anche UO di ammissione deve essere dello disciplina 60 e avere lo stesso subcodice; - non sono ammessi eventuali trasferimenti, in U.O. di altre discipline, o di altro subcodice.</p>	L O	02.0	Regime di ricovero
			23.1	Disciplina U.O. ammissione
			29.2.1	Disciplina U.O. Trasf. 1
			30.2.1	Disciplina U.O. Trasf. 2
			31.2.1	Disciplina U.O. Trasf. 3
			32.2.1	Disciplina U.O. Trasf. 4
			33.2.1	Disciplina U.O. Trasf. 5
			34.2.1	Disciplina U.O. dimissione
L83	<p>Congruenza tra provenienza assistito e n. scheda intervento 118 Se il campo provenienza assistito è valorizzato con il codice 8, allora deve essere valorizzato il campo N. Scheda intervento 118; vale il viceversa.</p>	L O	25.0	Provenienza Assistito
			68.0	N. scheda intervento 118
L84	<p>Congruenza tra Istituto di cura e Matricola di dimissione, alla data di dimissione. La Matricola di dimissione deve esistere nell'ambito dell'Istituto di cura (HSP11.Bis), alla data di dimissione.</p>	L O	04.0	Istituto di cura
			34.1	Data dimissione
			96.0	Matricola di dimissione

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
L85	Congruenza tra data prenotazione ricovero e data ricovero. La data di prenotazione deve precedere strettamente la data del ricovero; indipendentemente dal regime di ricovero	L	24.0	Data Ricovero
		O	70.0	Data prenotazione
L86	Il campo Ricovero in codice 40 SPDC deve essere compilato con S o N se la Struttura di ricovero è pubblica, la UO di ammissione è 40 ed il tipo del ricovero ordinario è diverso da 3 (TSO).	L	04.1	Struttura di ricovero
		O	23.0	U.O. di ammissione
			26.0	Tipo del ricovero ordinario
			71.0	Ricovero in codice 40 SPDC
L87	Congruenza tra Provenienza assistito ed Istituto di provenienza Se provenienza assistito vale 4 (trasferito da istituto pubblico), 5 (trasferito da istituto privato accreditato o provvisoriamente accreditato) o 6 (trasferito da istituto privato non accreditato) allora il codice istituto di provenienza deve essere valorizzato (e viceversa).	L	25.0	Provenienza assistito
		O	72.0	Istituto provenienza
L88	Congruenza tra Modalità di dimissione ed Istituto di destinazione Per tutti gli istituti: se modalità dimissione vale 6 (trasferimento ad altra struttura di ricovero, pubblica o privata., per acuti) o 8 (trasferimento ad istituto, pubblico o privato, di riabilitazione o postacuzie) allora il codice istituto di destinazione deve essere valorizzato (e viceversa)  Inoltre per gli istituti piemontesi: - se modalità di dimissione = 6, l'istituto deve avere un reparto di acuzie; - se modalità di dimissione = 8, l'istituto deve avere un reparto di postacuzie oppure deve essere un STS11 di attività extra ospedaliera; - nel caso di dimissioni da reparti 73 (Terapia Intensiva Neonatale) si indica modalità di dimissione = 8, per trasferimenti ad istituti con reparti infantili di minor intensità: 31 Nido / 39 Pediatria.		35.0	Modalità dimissione
			73.0	Istituto destinazione
L89	Congruenza tra Struttura di ricovero e Tipo ricovero ordinario Tipo ricovero ordinario 6, "ricovero urgente tramite pronto soccorso", non è ammesso per Strutture private.	L	04.1	Struttura di ricovero
		O	26.0	Tipo ricovero ordinario
L90	Congruenza tra Regime di ricovero, Tipo ricovero ordinario e Data prenotazione ricovero Se regime di ricovero = 1 allora il campo data di prenotazione deve essere compilato solo se tipo del ricovero ordinario vale 1 (ricovero programmato) oppure 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione) Se regime di ricovero = 2 il campo data di prenotazione deve essere sempre compilato. Se regime di ricovero = Z il campo non deve essere compilato.	L	02.0	Regime ricovero
		O	26.0	Tipo del ricovero ordinario
			70.0	Data prenotazione ricovero

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
L91	<p>Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)</p> <p>Per ognuna delle Matricole (di trasferimento 1,2,3,4,5 e dimissione) della cartella, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento ad altra U.P. o dimissione), in Anagrafe delle Strutture, devono esistere Posti letto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ordinari</b> se il ricovero è ordinario;</li> <li>- <b>per DH</b> se il ricovero è day hospital;</li> </ul> <p>inoltre, solo per le Strutture private:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se onere degenza è 1 o 2: i letti <b>devono</b> essere <b>accreditati e contrattati</b>;</li> <li>- se onere degenza è 4: i letti <b>devono</b> essere <b>autorizzati</b> e possono essere <b>non accreditati o accreditati</b>.</li> </ul>	L	02.0	Regime ricovero
		C	04.1	Struttura di ricovero
			17.0	Onere degenza
			29.1	Data Trasferimento 1
			30.1	Data Trasferimento 2
			31.1	Data Trasferimento 3
			32.1	Data Trasferimento 4
			33.1	Data Trasferimento 5
			34.1	Data Dimissione
			90.0	Matricola di ammissione
			91.0	Matricola trasferimento 1
			92.0	Matricola trasferimento 2
		L92	<p>Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo "C".</p> <p>Se il DRG è di tipo medico (esclusi i DRG 124, 125, 323 con presenza della procedura 98.51) e il codice del motivo ricovero diurno uguale 5 allora il codice intervento principale deve essere compreso nell'elenco: 31.43 – 34.23 – 34.24 – 34.25 – 48.31 – 48.34 – 56.91 – 57.17 – 58.31 – 58.39</p>	L
D	02.0			Regime di ricovero
	27.0			Motivo del ricovero diurno
L93	<p>Per Strutture private prov./definitivamente accreditate non è ammesso il codice provenienza 6 "trasferito da istituto privato non accreditato"</p>	L	04.1	Struttura di ricovero
		C	25.0	Provenienza assistito
L94	<p>Congruenza tra Strutture private non accreditate ed onere degenza. Se la Struttura è privata non accreditata l'onere di degenza deve essere uguale a 4.</p>	L	04.1	Struttura di ricovero
		C	17.0	Onere di degenza
L95	<p>Congruenza tra codice endoprotesi, regime di ricovero, codice intervento e disciplina del reparto.</p> <p>Nei campi "codice protesi" sono accettati solo</p> <p>a. i codici delle endoprotesi elencate della tabella 5.13 e se</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- impiantate in regime di ricovero ordinario;</li> <li>- nei campi codici intervento esistono i codici elencati</li> <li>- nella Struttura di ricovero è presente un reparto con una delle discipline previste.</li> </ul> <p>b. il codice '200' protesi cocleare nel caso di impianto doppio con un unico intervento.</p>	L	02.0	Regime di ricovero
		O	04.1	Struttura di ricovero
			43.2	Codice intervento princip. ed altri codici intervento
			44.2	
			45.2	
			46.2	
			47.2	
			48.2	
	50.1	Codici endoprotesi		
	51.1			
	52.1			
L96	<p>Congruenza tra Data prenotazione e Data nascita. La data di prenotazione deve essere superiore alla data di nascita del paziente.</p>	L	11.0	Data nascita
		O	70.0	Data prenotazione
L97	<p>Congruenza tra Data prenotazione e Data ricovero. La differenza tra la data di prenotazione e la data di ricovero deve essere meno di 1460 giorni.</p>	L	24.0	Data ricovero
		O	70.0	Data prenotazione
L98	<p>Congruenza tra Struttura di ricovero e Tipo produzione. Se la Struttura è provvisoriamente/definitivamente accreditata o è un presidio equiparato, il campo tipo produzione deve essere valorizzato.</p>	L	04.1	Struttura di ricovero
		O	75.0	Tipo produzione

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
L99	Per le seguenti Strutture, HSP11: 010611 – 010628 – 010643 – 010905 – 010906 – 010907 – 010908 – 010909.01 – 010909.02 – 010909.03  il campo EuroSCOR deve essere compilato in presenza di codici intervento appartenenti alla lista riportata in tab. 5.18  Viceversa, in assenza di tali codici, o per SDO di in assenza di codici o istituti altre strutture, il campo EuroSCOR non deve essere compilato.	L O	04.1	Struttura di ricovero
			43.2	Codice intervento princip. ed altri codici intervento
			44.2	
			45.2	
			46.2	
			47.2	
			48.2	76.0
LA0	Congruenza tra Data di prenotazione e Codice Classe prenotazione.  Se la data di prenotazione è compilata il campo codice classe di prenotazione deve essere compilato e viceversa	L O	70.0	Data di prenotazione
			77.0	Codice Classe prenotazione
LA1	Controllo non attivo.			
LA2	Congruenza tra Struttura provv./definitivamente accreditata ed Onere Degenza  Se la Struttura é privata provv./definitivamente accreditata l'onere degenza = 9 non è accettabile.	L C	04.1	Struttura di ricovero
			17.0	Onere degenza
LA3	Congruenza tra tipo ricovero ordinario, data di nascita e data di ricovero.  Se il tipo di ricovero ordinario assume valore 5 – nuovo nato, la data di ricovero deve coincidere con la data di nascita.	L O	11.0	Data di nascita
			24.0	Data ricovero
			26.0	Tipo ricovero ordinario
LA4	Congruenza tra informazioni della Tessera europea assicurazione malattia, Onere degenza, Codice fiscale e Residenza del paziente.  I dati della TEAM devono essere valorizzati se: - onere degenza = '7' - il campo 08.0 contiene un Codice fiscale "tutti 9" - il campo 15.0 viene compilato con '999'+ cod. di uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE e Svizzera.  I dati della TEAM non sono obbligatori se il paziente (italiano o straniero) ha un Codice fiscale effettivo.  Per pazienti ENI o STP tali dati non devono essere valorizzati.	L C	08.0	Codice Fiscale
			15.0	Provincia e Comune di residenza
			17.0	Onere degenza
			80.0	TEAM – Id cittadino
			81.0	TEAM – Codice istituzione competente
			82.0	TEAM – Numero identificazione
			83.0	TEAM – Data scadenza
LA5	Congruenza informazioni mobilità internazionale, Codice fiscale e Residenza del paziente.  I campi Qualifica Beneficiario, Codice Riferimento Normativo e Codice Attestato devono essere valorizzati, se: - onere degenza = '7' - il campo 08.0 contiene un Codice fiscale "tutti 9" - il campo 15.0 viene compilato con '999'+ cod. di uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE e Svizzera.  Gli stessi dati non sono obbligatori se il paziente (italiano o straniero) ha un Codice fiscale effettivo  Per pazienti ENI il Codice Riferimento Normativo deve essere valorizzato a "221R"; gli altri non devono essere valorizzati.  Per pazienti STP tali dati non devono essere valorizzati.	L C	08.0	Codice Fiscale
			15.0	Provincia e Comune di residenza
			17.0	Onere degenza
			84.0	Qualifica beneficiario
			85.0	Codice riferimento normativo
			86.0	Codice attestato

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
LA6	Controllo non attivo.			
LA7	Controllo non attivo.			
LA8	Congruenza tra DRG, diagnosi, interventi ed onere degenza Se DRG 467 con - diagnosi V593 ed intervento 41.91, oppure - diagnosi V5902 ed intervento 99.79, allora onere degenza deve essere 9	L	17.0	Onere degenza
		C	37.0	Codice diagnosi principale o secondaria
			38.0	
			39.0	
			40.0	
			41.0	
			42.0	
C	43.2	Codice intervento principale ed altri codici intervento		
	44.2			
	45.2			
	46.2			
	47.2			
	48.2			
LA9	Congruenza fra motivo del ricovero diurno, codice diagnosi principale e onere degenza Se motivo di ricovero diurno vale 5 o 6 e codice diagnosi principale uguale a V642, la SDO verrà scartata.	L	27.0	Motivo ricovero diurno
		D	37.0	Codice diagnosi principale
LB0	DRG 351 inesistente nella D.G.R. 44-2139 del 07.02.2006 Se DRG = 351 allora la SDO viene scartata.	L C		
LB1	Congruenza fra Struttura di ricovero e Codice Azienda/Struttura erogante Il codice Azienda/Struttura erogante (collegato alla partita IVA) deve essere quello associato al codice della Struttura di ricovero.	L	04.1	Struttura di ricovero
		C	89.0	Codice Struttura inviante
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento. Se esiste una Data trasferimento allora deve essere valorizzato il campo Matricola trasferimento corrispondente e viceversa. Se DH od Ospedalizzazione Domiciliare, i campi Matricola trasferimento non devono essere valorizzati	L	02.0	Regime di ricovero
		C	29.1	Data trasferimento 1
			91.0	Matricola trasferimento 1
			30.1	Data trasferimento 2
			92.0	Matricola trasferimento 2
			31.1	Data trasferimento 3
			93.1	Matricola trasferimento 3
			32.1	Data trasferimento 4
			94.0	Matricola trasferimento 4
			33.1	Data trasferimento 5
95.0	Matricola trasferimento 5			
LB3	Congruenza fra Matricola, HSP11, U.O., Regime Ricovero, Motivo del ricovero diurno ed Onere Degenza. I codici Matricola di tutte le U.P. (di ammissione, trasferimento e dimissione), non nulli, devono: esistere nella Struttura (HSP11) ed essere associati - alle U.O. gerarchicamente corrispondenti (di ammissione, trasferimento e dimissione), - all'Attività della SDO e all'Onere degenza, secondo le seguenti regole: <u>Strutture pubbliche</u> 1.a – <b>RO / Osp.Domiciliare</b> - tutte le matricole devono essere associate all'attività <b>30110</b> o <b>30115</b> ; .b - <b>DH</b> - tutte le matricole devono essere associate ad una delle attività: <b>30120, 30125, 30130, 30135</b> 2.a - per ricoveri in <b>Libera Professione</b> – la matricola di dimissione deve essere associata ad una delle attività <b>30115, 30125</b> o <b>30135</b>	\	02.0	Regime di ricovero
			04.1	Struttura di ricovero
			17.0	Onere Degenza
			27.0	Motivo del ricovero diurno
			69.0	Attività svolta nel reparto multispecialistico
			90.1	Matricola di ammissione
			23.0	U.O. di ammissione
			91.0	Matricola trasferimento 1
			29.2	U.O. trasferimento 1
			92.2	Matricola trasferimento 2
			30.2	U.O. trasferimento 2
			93.0	Matricola trasferimento 3
			31.2	U.O. trasferimento 3
			94.0	Matricola trasferimento 4
32.2	U.O. trasferimento 4			
95.0	Matricola trasferimento 5			

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
	<p>una delle attività <b>30115, 30125 o 30135</b>                      nb.: da un qualsiasi reparto si può trasferire in UP per Libera Professione, ma non viceversa. Tuttavia, dalla matricola per Libera Professione è ammesso il trasferimento in terapia intensiva (49, 50 o 73), con ritorno e dimissione dall'UP per Libera Professione; in deroga è possibile dimettere dalla terapia intensiva per decesso.</p> <p>2.b - per <b>altri Oneri degenza</b> – tutte le matricole devono essere associate ad una delle attività <b>30110, 30120 o 30130</b></p> <p><u>Strutture private</u></p> <p>a. - <b>RO</b> - tutte le matricole devono essere associate all'attività <b>30110</b>;</p> <p>b. -<b>DH chirurgico</b> - tutte le matricole devono essere associate all'attività <b>30120</b>;</p> <p>c. - <b>DH medico</b> - tutte le matricole devono essere associate all'attività <b>30130</b>.</p>		33.2	U.O. trasferimento 5
			96.0	Matricola di dimissione
			34.2	U.O. di dimissione
LB4	Controllo non attivo.			
LB5	<p>Congruenza fra Farmaco oncologico, diagnosi , interventi e codice DRG</p> <p>Se DH ed il DRG è 410,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- con diagnosi principale V672, V58.11 o V58.12;</li> <li>- e presenza della procedura 99.25 o 99.28</li> </ul> <p>=&gt; il campo Farmaco Oncologico deve essere valorizzato ad 'S' o 'N';</p> <p>in tutti gli altri casi deve essere lasciato a spazio.</p>		02.0	Regime di ricovero
			37.0	Diagnosi principale
			43.2	Cod. Intervento principale
			44.2	Cod. altro intervento 1
			45.2	Cod. altro intervento 2
			46.2	Cod. altro intervento 3
			47.2	Cod. altro intervento 4
			48.2	Cod. altro intervento 5
		97.0	Farmaco Oncologico	
LB6	<p>Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week-surgery</p> <p>Solo le strutture abilitate possono fare ricoveri in week-surgery (disciplina 04); la verifica viene eseguita alla data di uscita dal reparto (dimissione o trasferimento ad altro reparto).</p>	L	04.1	Struttura di ricovero
		C	23.1	Disciplina di ammissione
			29.1	Data trasferimento 1
			34.1	Data dimissione
LB7	<p>Congruenza fra ricovero in week-surgery data di ricovero e data di uscita dal reparto</p> <p>Il ricovero in week-surgery (disciplina 04) non può avvenire durante il week-end e deve terminare (dimissione o trasferimento ad altro reparto) entro il venerdì della stessa settimana in cui è iniziato.</p>	L	23.1	Disciplina di ammissione
		C	24.0	Data ricovero
			29.1	Data trasferimento 1
			34.1	Data dimissione
LB8	<p>Incompatibilità tra week-surgery e trasferimenti da altri reparti.</p> <p>Nel reparto di week-surgery (disciplina 04) è possibile fare ricoveri, ma non trasferimenti da altri reparti</p>		29.2.1	Disciplina U.O. trasf.1
			30.2.1	Disciplina U.O. trasf.2
			31.2.1	Disciplina U.O. trasf.3
			32.2.1	Disciplina U.O. trasf.4
			33.2.1	Disciplina U.O. trasf.5
LB9	<p>Congruenza fra UO e provenienza paziente</p> <p>I letti delle UP con matricole 27480 e 27481, dei reparti 60.01 e 50.05 e 60.01 della Cdc 010621 - Villa Serena sono riservati a pazienti della ASL TO3, o dimessi dall'Ospedale S.Luigi 010904</p>		04.0	Istituto di cura
			16.0	ASL di residenza
			72.0	Istituto di provenienza
			96.0	Matricola di dimissione
LC0	<p>Congruenza fra Regime ricovero e Istituto di cura.</p> <p>Se il Regime di ricovero è Z – Ospedalizzazione a domicilio, l'istituto di cura (HSP11.Bis) deve essere abilitato per tale Regime di ricovero.</p>		02.0	Regime di ricovero
			04.0	Istituto di cura



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
LC1	Congruenza fra Regime ricovero e Regione di residenza del paziente. Se il Regime di ricovero è Z – Ospedalizzazione a domicilio, il paziente deve essere residente in Piemonte.		02.0	Regime di ricovero
			14.0	Regione di residenza
LC2	Congruenza fra Regime ricovero, N. passaggi non medici e N. visite mediche. Se il Regime di ricovero è Z – Ospedalizzazione a domicilio, la somma tra N.passaggi non medici e N.visite mediche non deve essere 0. Viceversa per altri Regimi di ricovero (RO e DH) entrambi i campi 99.0 e 0A.0 devono essere valorizzati a 000.		02.0	Regime di ricovero
			99.0	N. passaggi non medici
			0A.0	N. visite mediche
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza se il campo Modalità dimissione è valorizzato a ‘B’, => la Matricola di dimissione deve corrispondere ad un reparto di U.S.V. => la Data dimissione deve essere il 31/12 dell’anno precedente a quello di competenza della SDO. => la durata della degenza deve essere superiore a 120 gg.		24.0	Data ricovero
			34.1	Data dimissione
			35.0	Modalità dimissione
			96.0	Matricola di dimissione
LC4	Congruenza fra Paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione se il campo Provenienza Assistito è valorizzato a ‘B’, => la Matricola di ammissione deve corrispondere ad un reparto di U.S.V. => la Data Ricovero deve essere il 31/12 dell’anno precedente a quello di competenza della SDO. => deve esistere una SDO nella competenza precedente, per lo stesso paziente (Codice fiscale) e Modalità dimissione = ‘B’		08.0	Codice Fiscale
			24.0	Data ricovero
			25.0	Provenienza Assistito
			90.1	Matricola di ammissione
LC5	Congruenza età del paziente. Alla data di dimissione, l’età del paziente non può risultare superiore ai 120 anni		11.0	Data di nascita
LC6	Codice fiscale non certificato. Il Codice fiscale non esiste né nel database del servizio AURA né in quello del MEF.		08.0	Codice fiscale
LC7	Congruenza fra Sesso del paziente e Codice fiscale certificato. I dati anagrafici della SDO devono coincidere con quelli del database di certificazione del Codice fiscale (AURA o MEF).		08.0	Codice fiscale
			09.0	Sesso
LC8	Congruenza fra Data di Nascita e Codice fiscale certificato. I dati anagrafici della SDO devono coincidere con quelli del database di certificazione del Codice fiscale (AURA o MEF).		08.0	Codice fiscale
			11.0	Data nascita
LC9	Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e codici diagnosi. Se ricovero ordinario con diagnosi (principale o secondaria) di trauma / intossicazione (cioè compresa tra le diagnosi dei gruppi 800-904 e 910-995) - il campo Codice Causa esterna deve essere compilato		02.0	Regime di ricovero
			37.0	Diagnosi principale
			38.0	Diagnosi secondaria 1
			39.0	Diagnosi secondaria 2
			40.0	Diagnosi secondaria 3
			41.0	Diagnosi secondaria 4
			42.0	Diagnosi secondaria 5
98.0	Codice Causa esterna			

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
N01	SDO <b>non elaborata</b> per errori formali sui campi fondamentali	B	04.0	Istituto di cura
			05.0	Numero Scheda
			24.0	Data ricovero
			34.1	Data dimissione
			59.0	Tipo Movimento
N02	SDO <b>non elaborata</b> per anno di competenza inesistente	B	34.1.3	Anno di dimissione
N03	SDO <b>non elaborata</b> perché appartenente ad un supporto interamente scartato per errata quadratura sul numero dei record	B		
N05	<p>SDO <b>non elaborata</b></p> <p>Se Tipo movimento = spazio (I° invio), allora <u>non deve esistere</u> nel DataBase una SDO, già elaborata come corretta o errata, con uguale numero scheda, inviata da un Istituto (Hsp11.Bis) della stessa Struttura di ricovero (Hsp11), o solo dall'Istituto, se è abilitato alla “numerazione cartelle indipendente”.</p> <p>Se Tipo movimento = C (cancellazione), allora <u>deve esistere</u> nel DataBase una SDO, già elaborata come corretta o errata, con lo stesso numero scheda, da un Istituto (Hsp11.Bis) della stessa Struttura di ricovero (Hsp11), o solo dall'Istituto, se è abilitato alla “numerazione cartelle indipendente”</p> <p>Se Tipo movimento = S, non è obbligatorio che esista una SDO precedente (può essere un I° invio).</p>	B	05.0	Numero scheda
			59.0	Tipo movimento
			34.1	Data di dimissione
N06	SDO <b>non elaborata</b> perché pervenuta oltre la chiusura definitiva dell'archivio (ad esempio dimissioni dell'anno 2000 pervenute dopo il 31.12.2001)	B	34.1	Data di dimissione
N07	SDO <b>non elaborata</b> perché viene sostituita la data di dimissione dopo la chiusura dell'anno (28 febbraio).	B	34.1	Data dimissione
N08	SDO <b>non elaborata</b> - Anno contabile chiuso, cancellazione SDO non ammessa. Non è possibile inviare richieste di cancellazione (tipo movimento C) dopo la chiusura dell'anno contabile.	B	34.1	Data dimissione
N09	SDO <b>non elaborata</b> - Day hospital in Strutture private non accreditate Le Strutture private non accreditate non possono inviare SDO di day hospital.	B	02.0	Regime ricovero
			04.1	Struttura di ricovero
N10	SDO <b>non elaborata</b> - Dati clinici senza Anagrafica. Non è possibile abbinare, in base alla chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento), alcun record anagrafico a questo record di dati clinici.	B	04.1	Struttura di ricovero
			05.0	Numero Scheda
			59.0	Tipo Movimento
N11	SDO <b>non elaborata</b> - Anagrafica senza dati clinici. Non è possibile abbinare, in base alla chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento), alcun record di dati clinici a questo record anagrafico.	B	04.1	Struttura di ricovero
			05.0	Numero Scheda
			59.0	Tipo Movimento
N12	SDO <b>non elaborata</b> - Anagrafica con chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento) duplicata	B	04.1	Struttura di ricovero
			05.0	Numero Scheda
			59.0	Tipo Movimento
N13	SDO <b>non elaborata</b> - Dati clinici con chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento) duplicata	B	04.1	Struttura di ricovero
			05.0	Numero Scheda
			59.0	Tipo Movimento

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
N14	SDO <b>non elaborata</b> - Tracciato record obsoleto, incompatibile con l'anno di competenza. Cartella di competenza 2007 o successiva inviata con record singolo (valido solo fino alla competenza 2006).	B	34.1.3	Anno dimissione
A01	Controllo non attivo.			
A02	Controllo non attivo.			
S01	Se (regime di ricovero = 1) e (U.O. di ammissione = 56) e (provenienza assistito ≠ 4, 5, 6 o 7) allora, per le strutture pubbliche o equiparate, se DRG ≠ 462 sostituzione dei valori del DRG con il valore 462 e della MDC con il valore 23 e segnalazione all'utente	L C	02.0	Regime di ricovero
			23.1	U.O. di ammissione
			25.0	Provenienza Assistito
S02	Se DRG = 469 o 470 allora segnalazione all'utente.	L C		
S03	SDO elaborata nel periodo EXTRA COMPETENZA La cartella è "Fuori Tempo Massimo". Viene inserita nell'archivi solo a fine epidemiologico. La valorizzazione viene eseguita, ma il risultato non entra nel calcolo della rendicontazione della competenza. Nb.: durante il periodo "in competenza", la segnalazione di "Fuori Tempo Massimo" è sostituita da "S15" ed "S16"	L C		
S04	SDO cancellata; vengono segnalate le schede trasmesse con tipo movimento = 'C'.	L C		
S05	SDO con valorizzazione a zero: vengono segnalate le SDO valorizzate a zero a causa di motivi particolari (non sono segnalati gli oneri 4): - prelievo di midollo osseo (DRG 467); - elaborazione extra competenza; - discrepanza tra dati di accreditamento in Anagrafe delle Strutture e procedura di valorizzazione	L C		
S06	Prolungamento ricovero oltre 120°/180° giorno.	L O	66.0	Data I autorizzazione/non autorizzazione al prolungamento
S07	Autorizzazione pervenuta oltre il 5° giorno dalla richiesta.	L O	65.0	Giornate di prolungamento autorizzate
S08	Giornate di prolungamento autorizzate non completamente utilizzate.		65.0	Giornate di prolungamento autorizzate
S09	Giornate di degenza oltre il 60°/120° giorno superiori alle giornate di prolungamento autorizzate.	L O	24.0	Data ricovero
			34.1	Data dimissione
			65.0	Giornate di prolungamento autorizzate
S10	Se (U.O. di ammissione = 56 e progressivo di divisione ≥ a 20) e (provenienza assistito ≠ 4, 5 o 7) allora, per le Case di Cura private provvisoriamente accreditate, se DRG ≠ 462 sostituzione dei valori del DRG con il valore 462 e della MDC con il valore 23 e segnalazione all'utente.	L C	23.1	U.O. di ammissione
S11	Se differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è superiore a 730 giorni.	L O	24.0	Data di ricovero

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	TIPO CTR	CAMPO	
			N°	NOME
S12	Se differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è superiore a 90 giorni e la diagnosi principale è compresa tra i codici diagnosi 140 e 209 e tra i codici 230 e 239 del manuale ICD9CM.	L O	70.0	Data di prenotazione
			24.0	Data di ricovero
			37.0	Diagnosi principale di dimissione
			70.0	Data di prenotazione
S13	Segnalazione non più attiva.	L C		
S14	ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (BAR/TS-AURA)	L C	16.0	ASL di residenza
			34.1	Data dimissione
S15	I° invio - Fuori Tempo Massimo  SDO non presente in archivio pervenuta dopo la data limite prevista, calcolata in base alla Data di dimissione. NB: per stabilire che la SDO è un I° invio, non basta il valore del campo Tipo movimento, se è "S" bisogna verificare se la cartella è effettivamente presente.	L C	34.1	Data dimissione
			59.0	Tipo movimento
S16	Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo  Richiesta di sostituzione/cancellazione di SDO già presente in archivio pervenuta dopo la data limite prevista, calcolata in base alla Data di dimissione. NB: per stabilire che la SDO è già presente non basta il valore del campo Tipo movimento, se è "S" potrebbe essere un I° invio.	L C	34.1	Data dimissione
			59.0	Tipo movimento
S17	Validità Codice fiscale non verificata <<Servizio SOGEI indisponibile>>  Il Codice fiscale non è presente nella base dati regionale (AURA) e non è stato possibile eseguire la verifica col servizio SOGEI: la cartella viene <u>accettata condizionatamente</u> , la verifica con SOGEI verrà eseguita in futuro e, <u>se il Codice fiscale risulterà non certificato, la SDO verrà annullata</u> e segnalata alla struttura inviante, in modo che possa essere rinvia corretta  Sono esclusi dalla verifica i codici anonimi (tutti 9 / tutti 0) e i codici STP / ENI	L C	08.0	Codice Fiscale

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici**

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	Denominazione	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
201	010007	00	1	OSPEDALE MARTINI	TORINO
201	010010	00	1	OSPEDALE OFTALMICO	TORINO
201	010012	00	1	OSPEDALE EVANGELICO VALDESE	TORINO
202	010003	00	1	OSPEDALE MARIA VITTORIA	TORINO
202	010011	00	1	TORINO NORD EMERGENZA S. GIOVANNI BOSCO	TORINO
202	010013	00	1	OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIA	TORINO
203	010030	00	1	OSPEDALI RIUNITI PINEROLO	PINEROLO
203	010030	01	1	OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	PINEROLO
203	010030	02	1	OSPEDALE DI TORRE PELLICE	TORRE PELLICE
203	010030	03	1	OSPEDALE DI POMARETTO	POMARETTO
203	010079	00	1	OSPEDALI RIUNITI RIVOLI	COLLEGNO
203	010079	01	1	OSPEDALE DEGLI INFERMI	RIVOLI
203	010079	02	1	OSPEDALE CIVILE DI GIAVENO	GIAVENO
203	010079	03	1	OSPEDALE VILLA S.AGOSTINO	AVIGLIANA
203	010079	04	1	OSPEDALE CIVILE DI SUSÀ	SUSÀ
203	010079	05	1	OSPEDALE DI VENARIA	VENARIA REALE
204	010017	00	1	OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	CHIVASSO
204	010019	00	1	PRESIDI OSPED. RIUNITI A.S.L. 6 CIRIE'	CIRIE'
204	010019	01	1	PRESIDIO OSPED.RIUNITO SEDE DI CIRIE'	CIRIE'
204	010019	03	1	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	LANZO TORINESE
204	010023	00	1	OSPEDALI RIUNITI DEL CANAVESE	IVREA
204	010023	01	1	OSPEDALE CIVILE DI IVREA	IVREA
204	010023	02	1	OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	CUORGNE'
204	010023	03	1	OSPEDALE CIVILE DI CASTELLAMONTE	CASTELLAMONTE
204	010023	04	2	S.A.A.P.A. S.P.A. OSPEDALE DI SETTIMO	SETTIMO TORINESE
205	010004	00	1	OSPEDALI RIUNITI A.S.L. 8	CHIERI
205	010004	01	1	OSPEDALE MAGGIORE	CHIERI
205	010004	02	1	OSPEDALE SANTA CROCE	MONCALIERI
205	010004	03	1	OSPEDALE S. LORENZO	CARMAGNOLA
205	010004	04	1	DAY SURGERY DEL DISTRETTO DI NICHELINO	NICHELINO
206	010009	00	1	OSPEDALE UNICO DEL VERCELLESE	VERCELLI
206	010009	01	1	OSPEDALE S. ANDREA	VERCELLI
206	010009	02	1	OSPEDALE SS.PIETRO PAOLO	BORGOSIESA
207	010085	00	1	OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLA	BIELLA
208	010006	00	1	ISTITUTO S.S.TRINITA' - BORGOMANERO	BORGOMANERO
209	010005	00	1	OSPEDALE UNICO PLURISEDE	OMEGNA
209	010005	01	1	OSPEDALE S. BIAGIO	DOMODOSSOLA
209	010005	02	1	STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	VERBANIA
209	010005	03	2	CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE	OMEGNA

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	Denominazione	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
210	010027	00	1	PRESIDIO UNIFICATO FOSSANO-CARAGLIO CN1	FOSSANO
210	010027	01	1	OSPEDALE MAGGIORE SS. TRINITA' FOSSANO	FOSSANO
210	010027	02	1	PRESIDIO DI CARAGLIO CN1	CARAGLIO
210	010124	00	1	PRESIDIO UNIFICATO MONDOVI'-CEVA CN1	MONDOVI'
210	010124	01	1	OSPEDALE DI MONDOVI', CN1	MONDOVI'
210	010124	02	1	NUOVO OSPEDALE DI CEVA CN1	CEVA
210	010126	00	1	PRESIDIO UNIFICATO SAVIGLIANO-SALUZZO CN1	SAVIGLIANO
210	010126	01	1	OSPEDALE MAGGIORE SS.ANNUNZIATA SAVIGLIANO CN1	SAVIGLIANO
210	010126	02	1	OSPEDALE CIVILE DI SALUZZO CN1	SALUZZO
211	010120	00	1	OSP. S.LAZZARO-ALBA E S. SPIRITO BRA	ALBA
211	010120	01	1	OSPEDALE CIVICO DI SAN LAZZARO - ALBA	ALBA
211	010120	02	1	OSPEDALE SANTO SPIRITO BRA	BRA
212	010008	00	1	OSPEDALI RIUNITI ASL AT	ASTI
212	010008	01	1	PRESIDIO OSPEDALIERO CARDINAL G. MASSAIA	ASTI
212	010008	02	1	PRESIDIO OSPEDALIERO S. SPIRITO-VALLE BELBO	NIZZA M.TO
213	010026	00	1	OSPEDALI RIUNITI ASL AL	CASALE MONFERRATO
213	010026	01	1	OSPEDALE S. SPIRITO CASALE	CASALE MONFERRATO
213	010026	02	1	OSPEDALE VALENZA	VALENZA
213	010026	03	1	OSPEDALE SS ANTONIO E MARGHERITA TORTONA	TORTONA
213	010026	04	1	OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI	NOVI LIGURE
213	010026	05	1	OSPEDALE CIVILE ACQUI	ACQUI TERME
213	010026	06	1	OSPEDALE CIVILE OVADA	OVADA
904	010904	00	0	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "S.LUIGI"	ORBASSANO
905	010905	00	0	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA NOVARA E GALLIATE'	NOVARA
905	010905	01	0	OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITA'	NOVARA
905	010905	02	0	OSPEDALE S. ROCCO GALLIATE	GALLIATE
906	010906	00	0	AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE	CUNEO
907	010907	00	0	AZIENDA OSPEDALIERA SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO	ALESSANDRIA
907	010907	01	0	OSPEDALE CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO	ALESSANDRIA
907	010907	02	0	OSPEDALE INFANTILE CESARE ARRIGO	ALESSANDRIA
907	010907	03	0	CENTRO RIABILITATIVO POLIFUNZIONALE T.BORSALINO	ALESSANDRIA
908	010908	00	0	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I – TORINO	TORINO

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	Denominazione	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11- bis)			
909	010909	00	0	AZIENDA OSPEDALIERA CITTA' DELLA SALUTE E DELLA S.CIENZA DI TORINO	TORINO
909	010909	01	0	OSPEDALE S. GIOVANNI BATTISTA - MOLINETTE	TORINO
909	010909	02	0	OSPEDALE DERMATOLOGICO S. LAZZARO	TORINO
909	010909	03	0	OSPEDALE S.GIOVANNI ANTICA SEDE	TORINO
909	010909	04	0	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	TORINO
909	010909	05	0	IST.CHIR.ORTOP. REGINA MARIA ADELAIDE	TORINO
909	010909	06	0	OSPEDALE OSTETR. GINECOLOG. SANT'ANNA	TORINO
909	010909	07	0	OSPEDALE INFANT. REGINA MARGHERITA	TORINO
920	010920	00	3	CENTRO AUXOLOGICO ITALIANO	OGGEBBIO
921	010921	00	3	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	VERUNO
921	010898	00	8	PRESIDIO MAJOR	TORINO
922	010922	00	3	IRCCS - ISTITUTO PER LA RICERCA E LA CURA DEL CANCRO - CANDIOLO	CANDIOLO
990	010890	00	8	PRESIDIO SANITARIO AUSILIATRICE - FONDAZIONE DON GNOCCHI – ONLUS	TORINO
991	010891	00	8	BEATA VERGINE CONSOLATA	SAN MAURIZIO CANAVESE
992	010892	00	8	PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	TORINO
993	010893	00	8	PRESIDIO SANITARIO SAN CAMILLO	TORINO
997	010897	00	8	PRESIDIO SANITARIO OSPEDALE COTTOLENGO	TORINO

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.5 Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati accreditati**

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	Denominazione	Comune
612	201	010612	00	5	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	TORINO
655	201	010655	00	5	D.T.R. CELLINI	TORINO
611	202	010611	00	5	CASA DI CURA VILLA MARIA PIA	TORINO
613	202	010613	00	5	CASA DI CURA VILLA CRISTINA	TORINO
614	203	010614	00	5	STRUTTURA PRIVATA CASA DI CURA VILLE AUGUSTA SRL	BRUINO
615	203	010615	00	5	STRUTTURA PRIVATA CASA DI CURA VILLA PATRIZIA SRL	PIOSSASCO
621	203	010621	00	5	STRUTTURA PRIVATA CASA DI CURA VILLA SERENA SPA	PIOSSASCO
623	203	010623	00	5	CASA DI CURA VILLA PAPA GIOVANNI XXIII	PIANEZZA
646	203	010646	00	5	CASA DI CURA VILLA IRIS	PIANEZZA
651	203	010651	00	5	CASA DI CURA MADONNA DEI BOSCHI	BUTTIGLIERA ALTA
626	204	010616	00	5	POLICLINICO DI MONZA CASA DI C.P. PRESIDIO EPOREDIESE	IVREA
617	204	010617	00	5	CASA DI CURA VILLE "TURINA AMIONE" – Istituto Suore S. Giuseppe di Susa	S. MAURIZIO CANAVESE
619	204	010619	00	5	CASA DI CURA LA BERTALAZONA	S. MAURIZIO CANAVESE
622	204	010622	00	5	CASA DI CURA VILLA IDA - Santa Croce S.r.l.	LANZO TORINESE
644	204	010644	00	5	CASA DI CURA VILLA GRAZIA	S. CARLO CANAVESE
618	205	010618	00	5	CASA DI CURA E DI RIPOSO SAN LUCA S.P.A.	PECETTO
620	205	010620	00	5	CASA DI CURA VILLA DI SALUTE	TROFARELLO
648	205	010648	00	5	CASA DI CURA VILLA ADRIANA	ARIGNANO
626	206	010626	00	5	POLICLINICO DI MONZA CASA DI C.P. PRESIDIO S. RITA	VERCELLI
657	206	010657	00	5	CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONSIGNOR LUIGI NOVARESE – Silenziosi Operai della Croce	MONCRIVELLO
627	207	010627	00	5	CASA DI CURA SAN GIORGIO	VIVERONE
656	207	010656	00	5	LA VIALARDA SPA	BIELLA
628	208	010628	00	5	CASA DI CURA S. GAUDENZIO	NOVARA
630	208	010630	00	5	CASA DI CURA SAN CARLO ARONA	ARONA
649	208	010649	00	5	CASA DI CURA I CEDRI	FARA NOVARESE
629	209	010629	00	5	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	CAMBIASCA
633	210	010633	00	5	ISTITUTO CLIMATICO DI ROBILANTE	ROBILANTE
634	210	010634	00	5	CASA DI CURA MONTESERRAT	BORGO SAN DALMAZZO
647	210	010647	00	5	CASA DI CURA STELLA DEL MATTINO – Fondazione Orizzonte Speranza ONLUS	BOVES
631	211	010631	00	5	SAN MICHELE	BRA
632	211	010632	00	5	CITTA' DI BRA	BRA
635	211	010635	00	5	LA RESIDENZA	RODELLO D'ALBA
639	212	010639	00	5	CASA DI CURA S. ANNA SPA	ASTI
626	213	010640	00	5	CLINICA SALUS ALESSANDRIA	ALESSANDRIA
641	213	010641	00	5	CASA DI CURA VILLA IGEA	ACQUI TERME
642	213	010642	00	5	CASA DI CURA S. ANNA	CASALE MONFERRATO
643	213	010643	00	5	NUOVA CASA DI CURA CITTA DI ALESSANDRIA	ALESSANDRIA



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.6 Tabella codici HSP11 delle Strutture Private accreditate di day surgery di tipo “C”**

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	Denominazione	Comune
		Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
653	201	010653	00	9	PROMEA S.R.L.	TORINO
654	212	010654	00	9	CENTRO CHIRURGICO GUTTUARI	ASTI

**5.7 Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati non accreditati**

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	Denominazione	Comune
		Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
601	201	010601	00	5	CLINICA PINNA PINTOR	TORINO
603	201	010603	00	5	CASA DI CURA SUORE DOMENICANE	TORINO
604	201	010604	00	5	CASA DI CURA SEDES SAPIENTIAE	TORINO
610	201	010610	00	5	CASA DI CURA FORNACA DISESSANT	TORINO
662	201	010662	00	9	MOD CENTRO MEDICO CHIRURGICO	TORINO
664	201	010664	00	9	PRESIDIO SANITARIO PRIVATO MEDICENTER	TORINO
663	203	010663	00	9	MEDICAL SERVICE S.A.S	PINEROLO
661	205	010661	00	9	LISA S.R.L. AMB. POLISPECIALISTICO E DAY SURGERY	CARMAGNOLA
660	208	010660	00	9	CENTRO MEDICO SAN LUIGI VIA PIAVE	BORGOMANERO
659	210	010659	00	9	CASA DI CURA PRIVATA TERAPEUTICENTER	CARAMAGNA PIEMONTE

**Legenda Tipo Attività**

0	AZIENDA OSPEDALIERA / AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
1	OSPEDALE A GESTIONE DIRETTA
2	SPERIMENTAZIONI GESTIONALI (ART.9bis D.L. 502/92)
3	ISTITUTO A CARATTERE SCIENTIFICO
4	OSPEDALE CLASSIFICATO AI SENSI DELLA LEGGE 132/1968
5	CASA DI CURA PRIVATA
8	ISTITUTO QUALIFICATO PRESIDIO DELLA USSL
9	STRUTTURA DI DAY SURGERY TIPO “C”

Per i successivi aggiornamenti, si farà riferimento a quanto previsto nell’Anagrafe regionale delle strutture sanitarie.

*Il sistema dei controlli e della tariffazione – Codifiche*  
**CONTROLLI APPLICATI AL**  
**TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.8 Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS)**

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto (Codice STS11 / RIA11)	Tipo Attività	Denominazione	Comune
	201	010080	27	FONDAZIONE PRO JUVENTUTE D. GNOCCHI	TORINO
	201	570293	26	HOSPICE ONCOLOGICO F.A.R.O. ONLUS	TORINO
	204	070447	26	HOSPICE LANZO	LANZO TORINESE
	204	070544	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE (HOSPICE) PRESSO VILLA SCLOPIS	SALERANO D'IVREA
	204	570023	28	RESIDENZA ANNI AZZURRI – VOLPIANO	VOLPIANO
	205	670125	28	RESIDENZA ANNI AZZURRI - SANTENA	SANTENA
	206	070558	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE - GATTINARA	GATTINARA
	207	570271	26	HOSPICE L'ORSA MAGGIORE S.R.L.	BIELLA
	207	570296	28	LA VIALARDA S.p.A.	BIELLA
	208	570234	28	CASA DI CURA I CEDRI S.P.A.	FARA NOVARESE
	209	010117	27	ISTITUTO SACRA FAMIGLIA	VERBANIA
	210	070155	26	HOSPICE	BUSCA
	211	010151	27	CENTRO DI RIABILITAZIONE G. FERRERO	ALBA
	213	010211	27	CENTRO PAOLO VI ONLUS	CASALNOCETO
	213	070553	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE IL GELSO	ALESSANDRIA
	208	070545	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE (HOSPICE) PRESSO IL PRESIDIO SAN ROCCO - GALLIATE	GALLIATE

**Legenda Tipo Attività**

26	Assistenza .malati terminali/Hospice
27	Riabilitazione extraospedaliera ex art.26
28	Assistenza soggetti in stato vegetativo permanente

*Il sistema dei controlli e della tariffazione – Codifiche*  
**CONTROLLI APPLICATI AL**  
**TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.9** *Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery*

<b>Codice</b>	<b>Istituto</b>	<b>Ubicazione</b>
010009-02	OSPEDALE SS. PIETRO PAOLO	Borghesio
010909-04	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	Torino
010909-07	OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA	Torino

**5.10** *Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina*

<b>Intervento chirurgico</b>		<b>Istituti abilitati</b>	
<b>Codice ICD-9-CM v.2007</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Codice</b>	<b>U.O.</b>
33.50 33.51 33.52	Trapianto di polmone	010909-01	
33.6	Trapianto di cuore e polmone	010909-01	
37.51	Trapianto di cuore	010909-01 010909-07	
52.80 52.82 52.83	Trapianto di pancreas / Trapianto di pancreas isolato	010909-01	
55.69	Trapianto di rene	010905-01 010909-01 010909-07	
52.80 52.82 + 55.69	Trapianto di rene e pancreas	010909-01	
50.51 50.59	Trapianto di fegato	010909-01	
11.60 11.61 11.62 11.63 11.64 11.69	Trapianto di cornee	tutti	34, 67 o 98

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.11 Tabella Interventi/Procedure non eseguibili in Day Hospital**

<b>Codice ICD-9-CM v.2007</b>	<b>Descrizione</b>
00.91	Trapianto da donatore parente, vivente
00.92	Trapianto da donatore non-parente, vivente
00.93	Trapianto da cadavere
07.94	Trapianto del timo
30.3	Laringectomia completa
30.4	Laringectomia radicale
31.1	Tracheostomia temporanea
31.21	Tracheostomia mediastinica
31.29	Altra tracheostomia permanente
33.50	Trapianto del polmone sai
33.51	Trapianto unilaterale del polmone
33.52	Trapianto bilaterale del polmone
33.6	Trapianto combinato cuore-polmone
37.51	Trapianto di cuore
37.52	Impianto di sistema di sostituzione cardiaca totale
37.53	Riparazione o sostituzione di un'unità toracica di sistema di sostituzione cardiaca totale
37.63	Riparazione di sistema di assistenza cardiaca
37.64	Rimozione di sistemi di circolazione assistita
37.65	Impianto di sistema di assistenza cardiaca esterno
39.65	Ossigenazione extracorporea delle membrane [ecmo]
41.00	Trapianto di midollo osseo sai
41.01	Trapianto di midollo osseo autologo senza depurazione
41.02	Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione
41.03	Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione
41.04	Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione
41.05	Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche senza depurazione
41.06	Trapianto di cellule staminali da sangue prelevato da vasi del cordone ombelicale
41.07	Trapianto autologo di cellule staminali con depurazione
41.08	Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche con depurazione
41.09	Trapianto autologo di midollo osseo con depurazione
46.97	Trapianto dell'intestino
50.51	Trapianto di fegato ausiliario
50.59	Altro trapianto del fegato
52.80	Trapianto del pancreas, sai
52.81	Reimpianto di tessuto pancreatico
52.82	Trapianto omologo di pancreas
52.83	Trapianto eterologo di pancreas
52.84	Autotrapianto di cellule delle isole di langerhans
52.85	Allotrapianto di cellule delle isole di langerhans
52.86	Trapianto di cellule delle isole of langerhans sai
55.53	Espiamento di rene trapiantato
55.69	Eterotrapianto (indipendentemente da cadavere o vivente)
63.53	Trapianto del cordone spermatico
65.92	Trapianto di ovaio
96.72	Ventilazione meccanica continua per 96 ore consecutive o più

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.12 Tabella endoprotesi identificate da interventi di impianto, in istituti / reparti autorizzati**

Endoprotesi			Abilitazione	
Codice Intervento ICD-IX-CM	Drg	Protesi impiantata	Unità Operativa	Istituto
2096 2097 2098	---	<b>Protesi cocleare (codice 200)</b>	---	010007 - 00 010904 - 00 010907 - 01 010909 - 01 010909 - 07
2095*	---	<b>Impianto elettromagnetico dell'orecchio medio (codice 201)</b> (* nb.: l'importo aggiuntivo viene riconosciuto solo se l'intervento è indicato come intervento principale )	---	010007 - 00 010166 - 00 010907 - 01 010909 - 01
0293	---	<b>Stimolatore cerebrale (codice 220)</b>	---	010909 - 01 010909 - 04
3552	518	<b>Ombrellino settale atriale (codice 250)</b>	06; 07; 08	---

Questi codici intervento, devono essere usati solo nel caso in cui le protesi siano state effettivamente impiantate: quindi il codice delle protesi relative non deve essere indicato nei campi 50.1, 51.1 e 52.1; gli importi aggiuntivi per queste protesi (indicati direttamente dalla Regione) vengono applicati automaticamente dalla procedura di valorizzazione.

Fa eccezione il caso di impianto “doppio” di protesi cocleare, con un unico intervento: in tal caso bisogna inserire il codice protesi “200” in uno dei campi 50.1, 51.1, o 52.1 ed il valore “2” nel relativo campo quantità (50.2, 51.2, o 52.2); a fronte di tali dati la procedura applica un importo aggiuntivo doppio.

**5.13 Tabella compatibilità endoprotesi, codici intervento e unità operativa di erogazione**

Codice endoprotesi	Descrizione	Codice intervento ICD-IX-CM v.2007	Unità Operativa	Regime Ricovero
010	Sostituzione totale o parziale dell'anca Revisione di sostituzione dell'anca	0070, 0071. 0072, 0073, 8151; 8152; 8153;	36	RO
035	Artrodesi vertebrale e protesi vertebrale (viene assorbito il codice 030)	8100; 8101; 8102; 8103; 8104; 8105; 8106; 8107; 8108;	30;36	RO

Questi codici endoprotesi vengono accettati nei campi 50.1, 51.1 o 52.1, solo per schede che contemplano i codici intervento elencati, per ricoveri erogati da strutture (HSP11) nelle quali esista un reparto con il codice disciplina presente in tabella, nell'ambito del regime previsto.

**5.14 Tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare**

Tabella pubblicata sul sito extranet

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.15 Tabella codici attività economica principale**

01	agricoltura, caccia, silvicoltura
02	Pesca, piscicoltura e servizi connessi
03	industria estrattiva (estrazione mineraria e petrolio e servizi connessi )
04	industria alimentare, bevande e tabacco (produzione, lavorazione e conservazione di prodotti alimentari e bevande)
05	industria tessile (preparazione, tessitura, confezionamento di articoli tessili o vestiario comprese pellicce e vestiario in pelle)
06	industria del pellame (preparazione e concia del cuoio e fabbricazione di articoli derivati quali borse, calzature, ecc.)
07	industria del legno (esclusi i mobilifici che vanno codificati con il codice 17)
08	industria della carta, stampa ed editoria
09	industria dei combustibili (fabbricazione coke, raffineria petrolio)
10	industria chimica e fibre sintetiche
11	industria della gomma e della plastica
12	industria della ceramica, vetro, materiale per edilizia
13	industria del metallo (produzione e trasformazione ferro, acciaio, leghe e altri metalli)
14	Fabbricazione, installazione, manutenzione di apparecchi meccanici (escluse autovetture che vanno codificate con il codice 16)
15	Fabbricazione macchine e apparecchiature elettriche ed ottiche (macchine per ufficio, computer, apparecchiature elettriche, radio, TV, strumenti di precisione e ottici)
16	Fabbricazione mezzi di trasporto (auto, moto, aerei, navi, ecc.)
17	altre industrie manifatturiere (mobilifici, gioielleria, giocattoli, riciclaggio, ecc.)
18	produzione e distribuzione di energia elettrica, gas e acqua
19	Edilizia
20	commercio all'ingrosso e al dettaglio
21	alberghi e ristoranti
22	trasporti, magazzinaggio, comunicazioni (comprese poste e telecomunicazioni e agenzie di viaggio)
23	intermediazione monetaria e finanziaria (banche, assicurazioni, intermediatori finanziari)
24	attività immobiliari, noleggio, informatica, ricerca, altre attività professionali e imprenditoriali
25	pubblica amministrazione e difesa, assicurazione sociale obbligatoria
26	istruzione (tutti i livelli)
27	Sanità e altri servizi sociali
28	altri servizi pubblici, sociali e personali (associazioni di categoria - sindacati, partiti politici -, attività ricreative, organizzazioni religiose, spettacolo, sport, smaltimento rifiuti, ecc.)
29	servizi domestici presso famiglie e convivenza
30	organizzazioni ed organismi extraterritoriali (ONU, CEE, ecc.)
31	non dichiarato
99	Non ha mai svolto un'attività lavorativa stabile

*Il sistema dei controlli e della tariffazione – Codifiche*  
**CONTROLLI APPLICATI AL**  
**TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

### 5.16 Tabelle per individuazione punteggio EuroSCOR

Il campo deve essere compilato solo:

- dalle strutture: 010905 – 010906 – 010907 – 010908 – 010909 (bis 01,02,03) – 010611 – 010628 – 010643
- in presenza di codici intervento appartenenti all'elenco riportato nella successiva tab. 5.18

Il valore da inserire nel campo è la somma determinata dai valori dei tre fattori di valutazione

<b>Fattori Relativi al paziente</b>		
<b>Fattore</b>	<b>Definizione</b>	<b>Punteggio</b>
Età	Per periodo di 5 anni o parte di questo dopo i 60 anni	1
Sesso	Femminile	1
Patologia polmonare cronica	Uso prolungato di broncodilatatori o corticosteroidi per patologia polmonare	1
Arteriopatia extracardiaca	Claudicazio, trombosi carotidea o stenosi > 50%, chirurgia dell'aorta addominale, arteriopatia periferica	2
Antecedenti di chirurgia cardiaca	Interventi effettuati con apertura del pericardio	3
Creatininemia	> 200 micromoli/L preoperatoria	2
Endocardite attiva	Paziente ancora in trattamento antibiotico per endocardite il giorno dell'intervento	3
Stati critici preoperatori	F.V. o tachicardia o episodio di arresto cardiaco per cui è stato necessario un massaggio cardiaco, intubazione e ventilazione artificiale, supporto isotropo contropulsazione intra-aortica o IRA (anuria o oliguria < 10 ml/ora)	3
Disfunzione neurologica	Deambulazione, ictus progressi	2

<b>Fattori Relativi alla funzione cardiaca</b>		
<b>Fattore</b>	<b>Definizione</b>	<b>Punteggio</b>
Angina instabile	Angina che necessita la infusione di trinitrina fino ll'arrivo in camera operatoria	2
Disfunzione ventricolare sinistra	Moderata (FE 30-50%)	1
	Grave (F.E. < 30%)	3
Infarto miocardico recente	< 90 giorni	2
Ipertensione polmonare	Pressione sistolica dell'arteria polmonare > 60mmHg	2

<b>Fattori Relativi all'intervento chirurgico</b>		
<b>Fattore</b>	<b>Definizione</b>	<b>Punteggio</b>
Emergenza	Intervento chirurgico che non può essere rinviato al giorno dopo	2
Interventi associati	Procedure chirurgiche associate al bypass	2
Chirurgia all'aorta toracica	Aorta asc., arco o aorta toracica pre-diaframmatica	3
Comunicazione interventricolare post-infartuale		4

**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

**5.17 Tabella interventi che richiedono la compilazione del punteggio EuroSCOR**

<b>Codice ICD-IX-CM</b>	<b><i>I n t e r v e n t o</i></b>
3510	<i>Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata</i>
3511	<i>Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione</i>
3512	<i>Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione</i>
3513	<i>Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione</i>
3514	<i>Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione</i>
3520	<i>Sostituzione di valvola cardiaca non specificata</i>
3521	<i>Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi</i>
3522	<i>Altra sostituzione di valvola aortica con protesi</i>
3523	<i>Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi</i>
3524	<i>Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi</i>
3525	<i>Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi</i>
3526	<i>Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi</i>
3527	<i>Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi</i>
3528	<i>Altra sostituzione di valvola tricuspide con protesi</i>
3531	<i>Interventi sul muscolo papillare</i>
3532	<i>Interventi sulle corde tendinee</i>
3533	<i>Annuloplastica</i>
3534	<i>Infundibulectomia</i>
3535	<i>Interventi sulle trabecole carnose del cuore</i>
3539	<i>Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore</i>
3542	<i>Creazione di difetto settale nel cuore</i>
3550	<i>Riparazione di difetto settale non specificato del cuore con protesi</i>
3551	<i>Riparazione di difetto del setto interatriale con protesi, tecnica aperta</i>
3552	<i>Riparazione di difetto del setto interatriale con sutura diretta</i>
3553	<i>Riparazione con protesi di difetto del setto interventricolare</i>
3554	<i>Riparazione con protesi di difetto dei cuscinetti endocardici</i>
3560	<i>Riparazione di difetto in setto non specificato del cuore con innesto tissutale</i>
3561	<i>Riparazione di difetto del setto interatriale con innesto tissutale</i>
3562	<i>Riparazione di difetto del setto interventricolare con innesto tissutale</i>
3563	<i>Riparazione di difetto dei cuscinetti endocardici con innesto tissutale</i>
3570	<i>Altra e non specificata riparazione di difetto intersettale non specificato del cuore</i>
3571	<i>Altra e non specificata riparazione di difetto del setto interatriale</i>
3572	<i>Altra e non specificata riparazione di difetto del setto interventricolare</i>
3573	<i>Altra e non specificata riparazione di difetto dei cuscinetti endocardici</i>
3581	<i>Correzione totale di tetralogia di fallot</i>
3582	<i>Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare</i>
3583	<i>Correzione totale del tronco arterioso</i>
3584	<i>Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove</i>
3591	<i>Trasposizione interatriale del ritorno venoso</i>
3592	<i>Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare</i>
3593	<i>Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta</i>
3594	<i>Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare</i>
3595	<i>Revisione di procedure correttive del cuore</i>
3598	<i>Altri interventi sui setti del cuore</i>
3599	<i>Altri interventi sulle valvole del cuore</i>
3603	<i>Angioplastica dell'arteria coronarica a torace aperto</i>
3610	<i>Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, sai</i>
3611	<i>Bypass aortocoronarico di una arteria coronarica</i>
3612	<i>Bypass aortocoronarico di due arterie coronariche</i>



**CONTROLLI APPLICATI AL  
TRACCIATO RECORD DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA**

<b>Codice ICD-IX-CM</b>	<i><b>I n t e r v e n t o</b></i>
3613	<i>Bypass aortocoronarico di tre arterie coronariche</i>
3614	<i>Bypass aortocoronarico di quattro o più arterie coronariche</i>
3615	<i>Bypass singolo arteria mammaria interna - - arteria coronarica</i>
3616	<i>Bypass doppio arteria mammaria interna - arteria coronarica</i>
3617	<i>Bypass arteria addominale - arteria coronarica</i>
3619	<i>Altro bypass per rivascolarizzazione cardiaca</i>
362	<i>Rivascolarizzazione cardiaca mediante innesto arterioso</i>
3691	<i>Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici</i>
3699	<i>Altri interventi sui vasi del cuore</i>
3710	<i>Incisione cardiaca sai</i>
3711	<i>Cardiotomia</i>
3732	<i>Asportazione di aneurisma del cuore</i>
3733	<i>Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore, approccio aperto</i>
3762	<i>Inserzione di sistemi di assistenza cardiaca non impiantabili</i>
3794	<i>Impianto o sostituzione di defibrillatore automatico, sistema totale [aicd]</i>