

Codice A1416D

D.D. 7 novembre 2024, n. 740

Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.



ATTO DD 740/A1416D/2024

DEL 07/11/2024

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400B - SANITA'

A1416D - Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti

OGGETTO: Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.

Premesso che con deliberazione n.13-6981 del 30 dicembre 2013, avente ad oggetto “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate”, sono state definite le specifiche tecniche, nonché le modalità e le tempistiche di trasmissione dei flussi esistenti e dei nuovi flussi del NSIS delle prestazioni sanitarie erogate da parte degli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale.

Tenuto conto che la Giunta regionale, con il medesimo provvedimento, per semplificare le procedure di gestione dei flussi informativi sanitari, ha disposto che la Direzione Sanità e Welfare provveda con propri atti ai futuri aggiornamenti dei contenuti tecnici del documento di cui allegato A della citata deliberazione.

Dato atto che, con le determinazioni n. 460 del 15 maggio 2014, n. 51 del 24 dicembre 2014, n. 416 del 3 luglio 2015, n. 417 del 19 luglio 2016, n. 543 del 15 settembre 2016, n. 885 del 23 dicembre 2016, n. 264 del 26 aprile 2018, n. 323 del 17 maggio 2018, n. 517 del 3 agosto 2018, n. 925 del 21 dicembre 2018, n. 586 del 29 luglio 2019, n. 945 del 20 dicembre 2019, n. 647 del 30 giugno 2020, n. 801 del 3 agosto 2020, n. 1531 del 7 dicembre 2020, n. 139 del 1° febbraio 2021, n. 762 del 25 maggio 2021, n. 2051 del 14 dicembre 2021, n. 569 del 1 aprile 2022 sono stati approvati gli aggiornamenti della documentazione tecnica di cui alla succitata deliberazione.

Ritenuto di approvare le variazioni ai flussi informativi sanitari alla luce del DM n.165 del 26.09.2023 della comunicazione ricevuta dal Settore di competenza con nota prot. n. 23960 el 09/10/2024”, che hanno confermato la necessità delle modifiche come di seguito riportato.

FLUSSO “D”

- Aggiornati i controlli formali relativi ai campi: 05.0 Cognome assistito e 06.0 Nome Assistito

FLUSSO “SDO”

- Aggiornamenti:
 - Tabella Strutture Private Accreditate (par 6.3.1 Tabella Strutture Private Accreditate)
 - Tabella Strutture Private accreditate di day surgery di tipo “C” (par 6.3.2 Tabella Strutture Private accreditate di day surgery di tipo “C”)
 - Aggiornamento Tracciato Clinico (DIPX_S0003_CL.xml) con la presenza dei nuovi campi previsti a partire dalla competenza 2024
- Controlli:
 - Controllo Formale F10 – nuovo controllo per campo non attivo valorizzato (par. 5.1.1 I controlli formali)
 - Nuovi Controlli logici e Segnalazioni– controlli attivi dalla competenza 2024 (par. 5.1.3 I controlli logici)

Precisato che le versioni elettroniche aggiornate sono disponibili sul portale regionale Sistema Piemonte.

Tutto ciò premesso, attestata la regolarità amministrativa del presente atto ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024;

IL DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- Visto il D.lgs n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i.;
- Vista la L.R. n. 18 del 6 agosto 2007;
- Visto l'art. 18 della L.R. n. 23 del 28 luglio 2008;
- Visto il Decreto del Ministero della Salute del 15 ottobre 2010 di istituzione del Sistema Informativo per la Salute Mentale;
- Vista la DGR n. 76-2985 del 28 novembre 2011;
- Vista la DGR n. 19-5226 del 16 gennaio 2013;
- Vista la DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013;
- Vista la DD n. 460 del 15 maggio 2014;
- Vista la DD n. 51 del 24 dicembre 2014;
- Vista la DD n. 416 del 3 luglio 2015;
- Vista la DD n. 417 del 19 luglio 2016;
- Vista la DD n. 543 del 15 settembre 2016;
- Vista la DD n. 885 del 23 dicembre 2016;
- Vista la DD n. 264 del 26 aprile 2018;
- Vista la DD n. 323 del 17 maggio 2018;
- Vista la DD n. 517 del 3 agosto 2018;

- Vista la DD n. 925 del 21 dicembre 2018;
- Vista la DD n. 586 del 29 luglio 2019;
- Vista la DD n. 945 del 20 dicembre 2019;
- Vista la DD n. 647 del 30 giugno 2020;
- Vista la DD n. 801 del 3 agosto 2020;
- Vista la DD n. 1531 del 7 dicembre 2020;
- Vista la DD n. 139 del 1° febbraio 2021;
- Vista la DD n. 762 del 25 maggio 2021;
- Vista la DD n. 2051 del 14 dicembre 2021;
- Vista la DD n.569 del 1 aprile 2022;

determina

per le motivazioni indicate in premessa, che qui si intendono integralmente riportate, di:

- approvare i documenti:

- “Disciplinare tecnico Flusso informativo Specialistica ambulatoriale e altre prestazioni: B, C, C2, C4, C5 per le strutture pubbliche”
- “Disciplinare tecnico SDO – schede di dimissione ospedaliera”

- demandare al CSI Piemonte, nell’ambito dei servizi in continuità, l’aggiornamento della versione elettronica della succitata documentazione tecnica, garantendone la disponibilità della stessa al seguente indirizzo <http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/143-flussi-informativi-regionali> e sezioni collegate;

- dare atto che il presente provvedimento non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del Bilancio regionale.

La presente determinazione non è soggetta a pubblicazione ai sensi del D.lgs n. 33/2013.

La presente determinazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.R. n. 22/2010.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla data di pubblicazione della determinazione sul BURP.

Il Funzionario estensore
dott.ssa Loredana Donzella

IL DIRIGENTE (A1416D - Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti)
Firmato digitalmente da Antonino Ruggeri

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. Disciplinare_FARMACEUTICA_vers_11_2024.pdf
2. Verdone_XML_2024_V03.pdf



Allegato

¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento



**FLUSSI INFORMATIVI
FARMACEUTICA**

TRACCIATI RECORD

File D, File F e Consumi Ospedalieri Farmaci

DISCIPLINARE TECNICO

1	CRONOLOGIA VARIAZIONI.....	3
2	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	3
3	PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	3
3.1	OBIETTIVI.....	3
3.2	STRUTTURA DEL DOCUMENTO	4
3.3	CONCETTI PRINCIPALI.....	4
4	REGOLE DI COMPILAZIONE	6
5	TIPO DI CONTROLLI	7
5.1.1	CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD	7
5.1.2	CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE	7
5.1.3	CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA	7
6	Note di COMPILAZIONE	8
6.1	CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE	8
6.1.1	CANCELLAZIONE	8
6.1.1.1	FLUSSI “D”, “F” E COMPONENTE ANAG	8
6.1.2	SOSTITUZIONE	8
6.1.2.1	FLUSSI “D”, “F” E COMPONENTE ANAG	8
6.1.2.2	SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA	9
6.2	FILE “F” - PRECISAZIONI	9
6.2.1	Unità di misura file F e tabelle di conversione	11
6.3	TRACCIATI RECORD.....	11
6.4	Tracciato anagrafico	13
6.5	Tracciato D	15
6.6	Tracciato F	16
6.7	Tracciato Consumo Ospedaliero di Faramaci.....	17
7	SCHEDA ANALITICHE	18
8	SCHEDA DEI CONTROLLI	78
8.1	Controlli Logici (tipo L)	78
8.2	Controlli Formali (tipo F).....	87
8.3	Controlli Bloccanti (tipo N).....	87
8.4	Segnalazioni.....	88
9	TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI.....	89
10	INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI	90
11	TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI.....	91
12	TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI	92

1 CRONOLOGIA VARIAZIONI

Versione	Variazioni
Novembre 2024	Tracciato File D. Aggiornamento relative ai campi 05.0 Cognome e 06.0 Nome per assistiti resident fuori regione
Gennaio 2023	Tracciato file F e H: in riferimento alla Nota Regionale prot. n. 1131 del 11.01.2023 per il campo 28.0 – Codice farmaco, non sono più accettati i valori ‘OSSIGENO’, ‘OSSIGENOLQ’. In riferimento alla Nota Regionale prot. n. 50036 del 22/12/2022: modificato controllo LD8 per gestione farmaco con tipologia 10 e cod. prestazione 89.01
Giugno 2022	Tracciato file F in riferimento alla Nota Regionale prot. n. 16187 del 29.04.2022: modificato il controllo LB2 per il farmaco Lutathera.
Gennaio 2021	Tracciato file F Campo 58.0 – Tipo Prestazione: introdotto tipologia “36-Farmaci innovativi somministrati a pazienti ricoverati (esclusi quelli nell’elenco farmaci ad alto costo) o pazienti in regime ambulatoriale”. Implementato nuovo controllo LG9.
Aprile 2020	Tracciato file F Campo 58.0 – Tipo Prestazione: introdotto tipologie “40- Farmaci distribuiti a pazienti COVID-19” e “41- Farmaci somministrati a pazienti ricoverati COVID-19”
Dicembre 2019	Tracciato file F Campo 08.0 – Codice Fiscale paziente: introdotto controllo per i codici STP/ENI regionali rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale. Implementato nuovo controllo LG7 e aggiornato controllo L13.
Luglio 2019	Tracciato File F Campo 29.0 – Codice Diagnosi obbligo di indicazione per la distribuzione diretta e somministrazione Campo 28.0 – Codice Farmaco, potrà essere indicata anche la distribuzione diretta dei dispositivi lettore Free Style e del sensore Free Style. Implementato nuovo Controllo LG4 Nuovo campo 83.0 - Flag Indicazione innovativi oncologici dalla competenza giugno 2019. Implementato nuovo controllo LG5
Agosto 2018	Tracciato File F Aggiornamento campo 04.0 – medico prescrittore. Obbligo per tipologia 03, controllo LG3
Giugno 2016	Campo 03.0 – Medico prescrittore
Ottobre 2016	Tracciato File F Aggiornato controllo LE8 – nuovo costo del servizio

Luglio 2016	Tracciato File F Controllo LF0 - Aggiornata la descrizione del controllo Controllo LF2 – Aggiornata la descrizione del controllo Tracciato File H Modificato campo 121.0 - Prezzo Acquisto. Modificata la posizione e la lunghezza del campo
-------------	---

2 RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.M. del 31 luglio 2007- Istituzione del flusso informativo ministeriale delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto.
- D.M 13 Novembre 2008 - Modifica al decreto 31 luglio 2007 di «Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto»
- D.M. 09 febbraio 2009 - Istituzione del flusso informativo ministeriale per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero.
- D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 – “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”.
- DD n. 460 del 15 Maggio 2014 di aggiornamento alla DGR 13-6981 del 30 dicembre 2013
- Nota del Ministero della Salute prot. n. DGSISS/15847 del 25/11/2019 “Rilevazione dei soggetti Stranieri Temporaneamente presenti attraverso la ‘Tipologia del codice identificativo dell’assistito’ ” e nota regionale prot. n. 24196 del 16/12/2019
- Nota regionale prot. n. 12545 del 15/04/2020 “Dispensazione dei farmaci off-label per pazienti Covid-19”
- Nota regionale prot. n. 43314/A1404B del 23/12/2020 “Rendicontazione farmaci innovativi (art.1, commi 402,403 e 404, della Legge 11/12/2016, n. 232)“
- Nota regionale prot. n. 50036 del 22/12/2022 “LEQVIO (inclisiran) – ipercolesterolemia”
- Nota regionale prot. n. 1131 del 11.01.2023 “Consumo ossigeno – flussi informativi”

3 PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

3.1 OBIETTIVI

Il presente documento si pone due obiettivi principali:

- Offrire alle Aziende Sanitarie Regionali un quadro complessivo riguardante i controlli formali e logici da applicare ai dati inerenti la specialistica ambulatoriale trasmessi al CSI.
- Costituire la base per l’analisi informatica volta all’elaborazione di procedure di rilevazione dei dati.

3.2 STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Nella prima parte del documento (capitoli 4, 5 e 6) sono state riportate informazioni di carattere generale quali le regole di compilazione dei campi, le tipologie di controlli applicati, nonché i meccanismi di cancellazione e sostituzione dei record già inviati e presenti in archivio.

I capitoli 6.3, 7 e 8 contengono rispettivamente i tracciati record, le schede analitiche di compilazione dei campi e l'elenco dettagliato dei controlli di congruenza logica applicati.

3.3 CONCETTI PRINCIPALI

L'adozione di un IDENTIFICATIVO ESTERNO del blocco di informazioni permette:

- il compattamento del file delle informazioni anagrafiche e un risparmio sulle dimensioni dei file che vengono scambiati;
- la gestione della modifica / cancellazione dei blocchi di informazione mediante un elemento di identificazione univoco generato dalle procedure utente.

Per una corretta gestione è necessario che l'IDENTIFICATIVO ESTERNO sia unico nell'ambito dell'azienda, dell'ente inviante e del tracciato a prescindere dall'anno di erogazione della prestazione. Pertanto lo stesso IDENTIFICATIVO ESTERNO non deve essere ripetuto per anni diversi.

La codifica dell'IDENTIFICATIVO ESTERNO non necessita di regole particolari, bensì viene autonomamente gestita dalle aziende con l'unico vincolo già specificato dell'univocità.

La chiave logica di un blocco di informazioni è data dal CODICE AZIENDA, dal CODICE ENTE EROGATORE, dall'IDENTIFICATIVO ESTERNO e dal TIPO RECORD (ad esclusione del tracciato B, dove la chiave è costituita dal codice Azienda, dall'identificativo esterno e dal tipo record).

L'adozione dell'IDENTIFICATIVO ESTERNO e la suddivisione del tracciato in due parti permettono un risparmio nella trasmissione e nella memorizzazione dei file per i seguenti motivi:

- il dato anagrafico e le informazioni salienti della ricetta sono inviati una sola volta per singola ricetta
- i dati relativi al dettaglio delle ricette non comprendono le informazioni anagrafiche, ma sono riconducibili alle stesse mediante il campo IDENTIFICATIVO ESTERNO
- la ricostruzione della ricetta nel sistema centrale avviene in base all'IDENTIFICATIVO ESTERNO generato dai sistemi informativi degli utenti, che è presente sia nel tracciato anagrafico sia nel tracciato delle righe ricetta.

4 REGOLE DI COMPILAZIONE

Nei tracciati in oggetto, si fa riferimento ad una graduazione del carattere obbligatorio del campo. Tale graduazione è così definita:

OBBLIGATORIO – codice OBB

Sono i campi che devono necessariamente essere compilati. La non compilazione di un campo obbligatorio comporta lo scarto del record (per i tracciati B, C4 e C5) oppure del blocco di record che fanno riferimento alla stessa ricetta (per i tracciati C, C2, D e F).

Il valore da inserire nel campo deve essere scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede di riferimento, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE".

OBBLIGATORIO SE PRESENTE - codice OSP

Sono generalmente campi, la cui compilazione è obbligatoria, se l'evento è avvenuto ed il dato è stato rilevato ma, possono presentarsi vuoti (valorizzati a "spazio" o tutti zeri secondo il tipo di campo), in assenza dell'evento.

NON OBBLIGATORIO – codice NOB

Sono i campi che possono anche non essere compilati. La loro compilazione, pertanto, è considerata un debito informativo, da rispettare, ma al momento non essenziale per la certificazione dell'avvenuta prestazione.

NON VALORIZZARE – codice NV

Questi campi devono essere impostati nel seguente modo:

- con "spazi", se sono alfanumerici
- con tutti zeri, se sono numerici

CONDIZIONATO – codice CON

Il campo deve essere compilato in combinazione con gli altri campi del tracciato.

Relativamente alle regole di compilazione si ricorda inoltre che:

- i **campi alfanumerici (AN)** vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi
- i **campi numerici (N)** vanno sempre allineati a destra e riempiti con zeri.
- I campi che esprimono importi in **euro** devono avere il seguente formato:
NNNNN,NN per i campi **importo totale**
NNNN,NN per i campi **importo ticket**

Poiché il tracciato prevede che gli importi siano espressi secondo quanto esposto ed in particolare con due cifre decimali il campo importo totale delle righe di dettaglio deve essere calcolato come prodotto del campo quantità per l'importo unitario della prestazione e deve essere arrotondato a 2 decimali secondo le norme dell'euro.

5 TIPO DI CONTROLLI

Possiamo distinguere tre differenti tipologie di controlli effettuati sui dati:

- Controlli di abbinamento dei record
- Controlli di correttezza formale
- Controlli di correttezza logica

5.1.1 CONTROLLI DI ABBINAMENTO DEI RECORD

La suddivisione dei tracciati in coppie di file introduce una nuova classe di controlli; poiché i dati anagrafici sono separati dai dati ricetta è necessario abbinare i dati mediante la chiave univoca del blocco di informazioni che è presente su entrambi i file.

Pertanto sono introdotti dei controlli mirati alla ricerca dei record anagrafici che non hanno riscontro nel file delle righe ricetta e viceversa dei record presenti nel file delle righe ricetta che non compaiono nel file anagrafico.

Tali controlli sono prioritari e implicano lo scarto del blocco informazione che risulta incompleto ovvero privo della controparte.

5.1.2 CONTROLLI DI CORRETTEZZA FORMALE

I flussi trasmessi al CSI subiscono i controlli riguardanti la correttezza formale dei dati. In particolare per ciascun campo viene verificato che:

- il dato abbia il formato previsto
- il valore inserito appartenga all'insieme dei valori consentiti

Alcuni campi sono inoltre sottoposti al controllo di correttezza sostanziale (si accerta l'esistenza del dato nella tabella di riferimento).

Se una qualunque delle suddette condizioni non è soddisfatta, il record o l'insieme dei record (nel caso di più righe riferite alla stessa ricetta) viene segnalato errato e non accettato.

5.1.3 CONTROLLI DI CORRETTEZZA LOGICA

I campi formalmente corretti vengono confrontati tra di loro al fine di individuare eventuali incongruenze.

Tutti i record o insieme di record che presentano errori logici vengono segnalati errati e non accettati.

6 Note di COMPILAZIONE

Il seguente paragrafo dà indicazioni su varie problematiche di compilazione dei tracciati

6.1 CANCELLAZIONE O SOSTITUZIONE BLOCCHI DI INFORMAZIONE

Entro il periodo previsto dalle regole della trasmissione dei flussi informativi sanitari regionali, è possibile effettuare la cancellazione oppure la sostituzione di prestazioni già inviate al CSI-Piemonte.

6.1.1 CANCELLAZIONE

Nei paragrafi successivi vengono elencati le modalità di cancellazione relative alle varie tipologie di flusso; si evidenzia che per l'operazione di cancellazione sono sufficienti i soli campi che consentono di identificare il blocco di informazioni che deve essere cancellato dalla base dati regionale.

6.1.1.1 FLUSSI "D", "F" E COMPONENTE ANAG

Per i flussi che prevedono la componente anagrafica distinta dai dati ricetta è necessario inviare sia il record anagrafico sia il record ricetta creando una riga ricetta avente la medesima chiave del record anagrafico quale conferma della volontà di cancellazione di tutto il blocco.

La cancellazione avviene su tutto il blocco di informazioni, non vengono cancellate singole righe di dettaglio.

I campi da valorizzare sono i seguenti:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **ENTE EROGATORE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'C'
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record.

6.1.2 SOSTITUZIONE

L'operazione di sostituzione avviene ritrasmettendo l'intero blocco di informazioni, avente la stessa chiave di identificazione determinata dai seguenti campi:

6.1.2.1 FLUSSI "D", "F" E COMPONENTE ANAG

Per i flussi che prevedono la componente anagrafica distinta dai dati ricetta è necessario inviare sia il record anagrafico sia il record ricetta creando una riga ricetta avente la medesima chiave del record anagrafico quale conferma della volontà di cancellazione di tutto il blocco.

La cancellazione avviene su tutto il blocco di informazioni, non vengono cancellate singole righe di dettaglio.

I campi da valorizzare sono i seguenti:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**

- **ENTE EROGATORE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO MOVIMENTO** impostato a 'S'
- **TIPO RECORD** impostato con la corrispondente tipologia di record.

La sostituzione avviene su tutto il blocco di informazioni; per la sostituzione parziale anche di una singola riga di dettaglio (flussi D, F) , deve essere inviato tutto il blocco di informazioni calcolando nuovamente tutti gli importi.

6.1.2.2 SOSTITUZIONE NUMERO RICETTA

Il numero ricetta rimane un elemento importante per la corretta gestione delle ricette, in caso di errore di compilazione del numero è possibile sostituirlo seguendo la seguente procedura:

Per i **FLUSSI D, F** non è ammessa la sostituzione diretta del numero ricetta.

Per eseguire la sostituzione occorre inviare il record contenente il numero ricetta errato con il Tipo di movimento cancellazione ('C') e successivamente, con lo stesso ID Esterno, il record con numero di ricetta modificato. In questo caso il tipo di movimento può essere di sostituzione ('S').

6.2 FILE "F" - PRECISAZIONI

Dal mese di luglio 2003 è stato introdotto, nella rilevazione del flusso "F", il campo "tipo prestazione" per indicare la tipologia di prestazione come definita nel suo ultimo aggiornamento con nota regionale n. 9767/DA2009 del 19 dicembre 2007.

Sono previsti specifici controlli per verificare il codice ATC (Anatomico terapeutico chimico) e/o la nota CUF (Commissione Unica Farmaco) abbinata al codice Minsan indicato nel record.

Si ribadisce pertanto che il campo codice farmaco deve essere compilato con il codice Minsan, poiché tale codice identifica il prodotto commerciale effettivamente somministrato/distribuito. Tale codice inoltre viene utilizzato nella compensazione della Mobilità Interregionale. Fanno eccezione:

- i codici sostanza (tabella capitolo 11)
- i codici prodotti per emocomponenti (tabella capitolo 11)
- i vaccini iposensibilizzanti (tabella capitolo 11)
- i farmaci galenici per malattie rare (tabella capitolo 11)
- i farmaci galenici generici codifica ministeriale (tabella capitolo 11)
- i farmaci esteri codifica ministeriale (tabella capitolo 11)

Il codice Minsan identifica in modo univoco il prodotto commerciale, intendendo una precisa specialità (marchio o nome commerciale), un preciso dosaggio (es. millilitri/milligrammi/unità internazionali), una precisa forma farmaceutica (es. fiale/comprese/supposte)

Il codice ATC definisce la sostanza che è presente in un farmaco identificato con codice Minsan; tale codice è strutturato su livelli, ovvero sul numero di caratteri che lo compongono. Al numero di livello corrisponde un diverso livello di dettaglio informativo.

Il primo livello (ATC1) è caratterizzato dalla lettera iniziale del codice ATC e indica il gruppo anatomico del corpo umano per il quale si prevede la destinazione di uso.

Il secondo livello (ATC3) è caratterizzato dalla 2° e 3° cifra del codice ATC e indica il gruppo

terapeutico principale.

Il terzo livello (ATC4) è caratterizzato dalla 4° cifra del codice ATC e indica il sottogruppo terapeutico

Il quarto livello (ATC5) è caratterizzato dalla 5° cifra del codice ATC e indica il sottogruppo chimico della molecola.

Il quinto livello (ATC7) è caratterizzato dalla 6° e 7° cifra del codice ATC e indica in modo univoco il principio attivo della molecola costituente il farmaco.

Alcuni medicinali sono prescrivibili a carico del SSN soltanto per patologie specifiche. La CUF ha previsto delle “Note”, la maggior parte delle quali limita ad indicazioni terapeutiche particolari la prescrivibilità in regime assistenziale dei prodotti contrassegnati dalle stesse.

6.2.1 Unità di misura file F e tabelle di conversione

Ad oggi l'acquisizione dell'informazione relativa alle quantità di farmaci erogati/distribuiti avviene nel file F mediante la compilazione di due campi:

- ✓ Campo 89.0 "Quantità Erogata": campo numerico, indica il numero di prestazioni/quantità erogate rispetto al farmaco erogato/somministrato rispetto all'unità di misura di rilevazione del farmaco
- ✓ Campo 56.0 "Unità di misura": indica l'unità di misura con cui viene espresso il valore di quantità erogata e quantità della confezione.

Al fine di esprimere in maniera uniforme e, quindi, sommabile, le quantità erogate, si è reso necessario adottare unicamente le unità di misura confezioni oppure unità posologiche, intese come attributo univoco correlato a ciascun codice Minsan, utilizzando le seguenti codifiche:

Codice Unità Misura	Descrizione
01	Scatola/Confezione
25	Unità posologiche

Qualora sul tracciato venga indicato nel campo 56.0 - Unità di misura, il valore '25' (unità posologiche), il sistema utilizzerà il fattore di conversione indicato nella banca dati BDF per il calcolo della quantità erogata convertita, per tutti i codici AIC.

Per le tipologie sotto elencate dovranno essere adottate le seguenti convenzioni:

Vaccini Iposensibilizzanti = l'unità posologica associata a ciascun prodotto è sempre 01, in quanto c'è corrispondenza tra confezione e unità posologiche;

Galenici = le quantità erogate vanno sempre espresse come confezioni

6.3 TRACCIATI RECORD

Di seguito sono stati riportati i tracciati record inerenti l'attività farmaceutica: mobilità Farmaceutica convezionata –Flusso D, Attività distribuzione e somministrazione diretta di farmaci – Flusso F e Consumo interno di farmaci FC

In particolare viene introdotto il record anagrafico che è comune ai seguenti tracciati: D e F. Tale record contiene le informazioni anagrafiche del paziente e quelle di testata delle ricette che non ricadono nell'insieme dei dati sensibili.

L'invio dei flussi D e F è quindi costituito dall'invio di due file:

- dati anagrafici ed intestazione ricetta
- dati di carattere sanitario relativi alle righe ricetta

La ricostruzione della ricetta avviene mediante la chiave logica costituita dai campi:

- **AZIENDA SANITARIA INVIANTE**
- **ENTE EROGATORE**
- **IDENTIFICATIVO ESTERNO**
- **TIPO RECORD**

Le colonne delle tabelle contengono le seguenti informazioni:

Numero Scheda di riferimento:

indica il numero progressivo della scheda di riferimento contenente le norme di compilazione del campo.

Nome Campo:

è il nome del campo all'interno del tracciato record.

Tipo:

definisce il campo quale *alfanumerico* (AN) oppure *numerico* (N).

Lunghezza:

numero dei caratteri del campo.

Posizione da:

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

Posizione a:

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

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.

Modalità:

indica le caratteristiche di obbligatorietà del campo per i diversi tracciati. I codici riportati nella colonna si riferiscono alle diverse tipologie di obbligatorietà secondo quanto specificato nel precedente capitolo 4 "Regole di compilazione".

6.4 Tracciato anagrafico

Il presente tracciato è comune ai flussi D, F.

Il presente tracciato viene identificato con il codice **ANAG** nella trattazione delle schede

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	D	F	Note
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	OBB	OBB	Codice dell'azienda sanitaria inviante
03.1	Ente inviante del flusso	AN	8	4	11	OBB	OBB	. D Codice farmacia erogante; F Codice HSP11 BIS/STS11 inviante o codice farmacia (per DPC)
23.0	Tipo record	AN	2	12	13	OBB	OBB	Indica il tipo di tracciato record (D/F)
04.0	Cod. medico prescrittore	AN	16	14	29	OBB	OSP	
05.0	Cognome	AN	30	30	59	CON	OBB	
06.0	Nome	AN	20	60	79	CON	OBB	
	Filler	AN	16	80	95	NV	NV	
08.0	Cod. fiscale	AN	16	96	111	OBB	OBB	
09.0	Sesso	AN	1	112	112	OBB	OBB	
10.0	Data di nascita	AN	8	113	120	NOB	OBB	
11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza	AN	6	121	126	OBB	OBB	
12.0	ASL di residenza	AN	3	127	129	OBB	OBB	Codice dell'ASL di residenza dell'assistito.
13.0	Numero ricetta	AN	16	130	145	OBB	OBB	
20.0	Importo Ticket	N	7	146	152	OBB	OBB	Importo ticket pagato dall'assistito.
21.0	Importo totale	N	8	153	160	OBB	OBB	
40.0	Tipo movimento	AN	1	161	161	NOB	NOB	S : sostituzione, C : cancellazione, SPAZIO : primo invio
38.0	Identificativo esterno	AN	20	162	181	OBB	OBB	
47.0	Quantità totale prestazioni	N	3	182	184	OBB	OBB	
	Filler	AN	23	185	207	NV	NV	
61.0	Cittadinanza	AN	3	208	210	OBB	OBB	
62.0	Regione di residenza	AN	3	211	213	OBB	OBB	
63.0	ID Cittadino della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	20	214	233	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
64.0	Codice istituzione competente della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	28	234	261	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
65.0	Numero identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia	AN	20	262	281	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
	Filler	AN	2	282	283	NV	NV	
67.0	Data prescrizione	AN	8	284	291	OBB	CON	

	Filler	AN	1	292	292	NV	NV	
71.0	Tipo ricetta	AN	2	293	294	OBB	OBB	
	Filler	AN	4	295	295	NV	NV	
78.0	Data scadenza Tessera Europea Assicurazione Malattia TEAM	AN	8	299	306	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
79.0	Qualifica beneficiario	AN	1	307	307	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
80.0	Codice riferimento normativo	AN	4	308	311	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
81.0	Codice Attestato	AN	4	312	315	CON	CON	Per stranieri U.E., S.EE. e Svizzera non residenti in Italia
	Filler	AN	6	316	321	NV	NV	
93.0	Onere spesa	AN	1	322	322	OBB	OBB	
33.0	Scheda Nosologica	AN	10	323	332	NV	CON	
	Filler	AN	68	333	400	NV	NV	

Flussi D, F la chiave univoca di identificazione del record è costituita dai campi:

- ASL inviante (02.0)
- Ente Erogatore (03.1)
- Identificativo Esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

6.5 Tracciato D

Tracciato record file “D” Attività FARMACEUTICA

Riguarda l’assistenza farmaceutica resa da farmacie situate sul proprio territorio a residenti in altre Aziende Sanitarie

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Azienda sanitaria inviante	AN	3	1	3	Codice dell’azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice della farmacia erogatrice	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (D)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data effettuazione della prestazione	AN	8	36	43	Indica la data di erogazione farmaco	OBB
28.0	Codice farmaco	AN	10	44	53		OBB
18.0	Quantità	N	3	54	56		OBB
21.0	Importo totale	N	8	57	64		OBB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	65	66		NV
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	67	76		NV
40.0	Tipo movimento	AN	1	77	77	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO : primo invio	NOB
	Filler	AN	73	78	150		NV

La chiave univoca di identificazione della ricetta è costituita dai campi:

- Azienda sanitaria inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.2)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

6.6 Tracciato F

Tracciato record file “F”

Attività SOMMINISTRAZIONE DIRETTA FARMACI

Riguarda la somministrazione e/o erogazione diretta di farmaci da parte delle strutture ospedaliere a cittadini non ricoverati; il tracciato deve essere compilato sia per residenti sia per i non residenti.

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Codice Azienda Inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.2	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice ministeriale struttura HSP11-BIS o STS11, nel caso DPC codice farmacia.	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record (F)	OBB
14.0	Progressivo riga per ricetta	N	2	34	35		OBB
15.0	Data effettuazione della prestazione	AN	8	36	43	Indica la data di erogazione farmaco	OBB
28.0	Codice farmaco	AN	10	44	53		OBB
17.0	Codice prestazione	AN	7	54	60		OSP
	Filler	N	3	61	63		NOB
21.0	Importo totale	N	8	64	71		OBB
19.0	Posizione utente nei confronti del Ticket	AN	2	72	73		OBB
43.0	Codice identificativo esenzione	AN	10	74	83		CON
40.0	Tipo movimento	AN	1	84	84	S: sostituzione, C: Cancellazione, SPAZIO: primo invio	NOB
56.0	Unità misura	AN	2	85	86		OBB
57.0	Modalità di erogazione	AN	1	87	87		OBB
58.0	Tipo prestazione	AN	2	88	89		OBB
59.0	Luogo di erogazione	AN	1	90	90		OBB
39.0	Disciplina di erogazione	AN	4	91	94		CON
82.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	95	100		OBB
29.0	Codice diagnosi	AN	5	101	105	Codice di diagnosi ICD-IX- CM	NOB
86.0	Off_Label	AN	1	106	106		NOB
87.0	Codice EAN	AN	20	107	126		CON
88.0	Targatura	AN	9	127	135		CON
89.0	Quantità erogata	N	6	136	141		OBB
	Filler	AN	6	142	147		NV
111.0	Costo del servizio	N	7	148	154		CON
117.0	Indicazione 648	AN	9	155	163		CON
118.0	Tipo Prontuario	AN	1	164	164	Indicazione della presenza del farmaco in prontuario regionale o aziendale	NOB
83.0	Flag Indicazione innovativi oncologici e non	AN	1	165	165		CON
	Filler	AN	325	166	200		NV

La chiave univoca di identificazione della ricetta è costituita dai campi:

- Codice Azienda Inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.2)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

6.7 Tracciato Consumo Ospedaliero di Farmaci

Tracciato record file “H”

Consumi di medicinali in ambito ospedaliero e ambulatoriali si riferisce ai medicinali utilizzati nelle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati dalle stesse in distribuzione diretta

Scheda	Nome Campo	Tipo	Lung	Pos. Da	Pos. A	Note	
02.0	Codice Azienda Inviante	AN	3	1	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante	OBB
03.1	Ente erogatore	AN	8	4	11	Codice ministeriale struttura HSP11-BIS o STS11.	OBB
38.0	Identificativo esterno	AN	20	12	31		OBB
23.0	Tipo record	AN	2	32	33	Indica il tipo di tracciato record H	OBB
119.0	Periodo Riferimento	N	8	34	41	Indica il periodo di riferimento del movimento	
15.0	Data di effettuazione della prestazione	AN	8	42	49	Indica la data di movimentazione del farmaco	OBB
120.0	Centro di costo	AN	18	50	67		OBB
28.0	Codice farmaco	AN	10	68	77		OBB
56.0	Unità misura	AN	2	78	79		OBB
	Filler	AN	14	80	93		NV
40.0	Tipo Movimento	AN	1	94	94		OBB
122.0	Quantità Consumata	N	10	95	104		OBB
123.0	Codice Anagrafica Magazzino Az	AN	20	105	124		NOB
121.0	Prezzo Acquisto	N	15	125	139	Costo medio ponderato moltiplicato quantità	OBB
	Filler	AN	11	140	150		NV

La chiave univoca di identificazione della ricetta è costituita dai campi:

- Codice Azienda Inviante (02.0)
- Ente erogatore (03.2)
- Identificativo esterno (38.0)
- Tipo record (23.0)

7 SCHEDE ANALITICHE

In questo capitolo sono state riportate le schede di riferimento con l'insieme dei controlli, formali e logici, che si applicano al campo. I controlli di tipo formale riguardano vincoli espressi sul singolo campo mentre i controlli logici coinvolgono congruenze con altri campi del tracciato.

Si precisa che la fase dei controlli è stata strutturata in modo tale da continuare comunque il controllo dell'intero blocco di informazioni anche nel caso in cui si sia rilevato un errore, questo al fine di fornire alla struttura inviante il maggior numero di segnalazioni da utilizzare per la correzione dei dati.

Le schede sono articolate in quadri, il cui contenuto viene, di seguito descritto.

Tracciato	Riporta l'elenco dei tracciati record a cui la scheda si riferisce
Modalità	indica le caratteristiche di obbligatorietà del campo dei diversi tracciati. I codici riportati nella colonna si riferiscono alle diverse tipologie di obbligatorietà secondo quanto specificato nel precedente capitolo 4 "Regole di compilazione"
N° scheda Rif.	Riporta il numero della scheda di riferimento contenuta nella prima colonna del tracciato record.
Nome del Campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.
Descrizione del campo	Riporta una descrizione del campo.
Correttezza Formale	Contiene cinque righe così articolate: LUNGHEZZA: numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record. FORMATO: definisce il campo quale <i>alfanumerico</i> o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record. VALORI AMMESSI: espone i sol i valori fra cui scegliere l'informazione corretta, nel caso in cui non esista una tabella di riferimento. TABELLE DI RIFERIMENTO: quando il "valore ammesso" sia riportato in una specifica tabella, questa viene indicata in questa riga.
Correttezza Logica	Sono riportati i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico. La descrizione dettagliata è accessibile nel capitolo Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. del documento.
Osservazioni e Precisazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		02.0
D	OBB		
F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Azienda sanitaria inviante			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice dell'azienda sanitaria inviante il blocco di informazioni

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella.	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Aziende Sanitarie regionali.	

CONTROLLI APPLICATI
L03 – Congruenza tra codice ente erogatore e codice azienda inviante
Per il tracciato D:
L27 – ASL di residenza deve essere diversa dall'ASL inviante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per tracciati D, F: il valore deve essere uguale per l'intero blocco di informazione nel file dei dati di dettaglio.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – D	OBB		
ANAG – F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Ente inviante del flusso			

DESCRIZIONE CAMPO
Per Tracciato D: Codice farmacia che ha erogato il farmaco Per Tracciati F: Codice struttura HSP11-BIS/STS11/ Codice farmacia nel caso della distribuzione per conto Per Tracciato H: Codice struttura HSP11-BIS/STS11

CORRETTEZZA FORMALE
LUNGHEZZA: 8 FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis, tabella Farmacie e delle Farmacie convenzionata che eroga la distribuzione per conto, secondo quanto disposto con D.G.R. 16-11775 del 20 luglio 2009

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati F: L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente inviante L03 – Congruenza tra codice ente inviante e codice azienda inviante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se il valore è quello della tabella STS11 il campo sarà composto dal codice STS11 (6 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti due spazi. Se il valore è quello della tabella Farmacie il campo sarà composto dal codice farmacia (5 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti tre spazi. Ulteriori informazioni di merito sulle relazioni tra il codice Ente inviante, Ente erogante, l'abbinamento tra le sezioni anagrafiche e flussi si rinvia alla lettura del paragrafo 4.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		03.2
F	OBB		
NOME CAMPO: Ente erogatore			

DESCRIZIONE CAMPO
Per Tracciato D: Codice farmacia che ha erogato il farmaco
Per Tracciati F: Codice struttura HSP11-BIS/ STS11/ Codice Farmacia nel caso della distribuzione per conto

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella STS11 e HSP11-bis, tabella Farmacie e delle Farmacie convenzionata che eroga la distribuzione per conto, secondo quanto disposto con D.G.R. 16-11775 del 20 luglio 2009	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato F: L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell’ente erogatore L03 – Congruenza tra codice ente inviante e codice azienda inviante LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione LE8 – Congruenza tra modalità d’erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Se il valore è quello della tabella STS11 il campo sarà composto dal codice STS11 (6 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti due spazi. Se il valore è quello della tabella Farmacie il campo sarà composto dal codice farmacia (5 caratteri) allineato a sinistra e verranno aggiunti tre spazi. Per i tracciati, D, F e ANAG deve esistere corrispondenza tra il codice ente inviante e il codice erogatore tra flusso sezione anagrafica e sezione prestazioni. .

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – D	OBB		04.0
ANAG – F	OSP		
NOME CAMPO: Codice medico prescrittore			

DESCRIZIONE CAMPO
Tracciato ANAG – D: codice medico, codice fiscale del medico prescrittore F : codice HSP11 -BIS, codice STS11, codice medico, codice fiscale del medico prescrittore, E99999R

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella dei medici, Tabella STS11 e HSP11-bis	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
. Per il tracciato ANAG F per le sole ricette del SSN per la distribuzione per conto) - Per ricette del SSN se la ricetta è presente nel sistema R.U.R. (registro unico delle ricette) il codice del medico viene individuato a livello centrale e pertanto il campo deve essere compilato a spazio Per il tracciato ANAG per flusso F ad eccezione delle ricette del SSN per la distribuzione per conto : valorizzare con codice del medico regionale o con il Codice Fiscale del medico prescrittore, oppure con il codice HSP11+BIS o codice STS11 della struttura ospedaliera che prescrive il farmaco. Nel caso di prescrittore fuori regione indicare E99999R. A partire dalla competenza mese di luglio 2018 il campo è obbligatorio per distribuzione diretta, con campo 58.0 - Tipo prestazione valorizzato 03

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-D	CON		05.0
ANAG-F	OBB		
NOME CAMPO: Cognome			

DESCRIZIONE CAMPO
Cognome del paziente a cui la prescrizione si riferisce

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 30	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Cognome dell'assistito(*) Per i tracciati ANAG è ammesso il valore “ANONIMO” per le normative che prevedono l'anonimato.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati ANAG: L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L14- Congruenza cognome e nome e regione residenza L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
(*) Il cognome deve essere inserito tutto in maiuscolo e le lettere accentate devono essere sostituite con la lettera non accentata seguita dall'apostrofo. In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indica "ANONIMO"

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG-D	OBB		06.0
ANAG-F	CON		
NOME CAMPO: Nome			

DESCRIZIONE CAMPO
Nome del paziente a cui la prescrizione si riferisce.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: nome dell'assistito (*) Per i tracciati ANAG è ammesso il valore “ANONIMO” per le normative che prevedono l'anonimato.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati ANAG: L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
(*) Il nome deve essere inserito tutto in maiuscolo e le lettere accentate devono essere sostituite con la lettera non accentata seguita dall'apostrofo. In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indica "ANONIMO"

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – D	OBB		08.0
ANAG – F	OBB		
NOME CAMPO: Codice fiscale			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice fiscale o altro codice identificativo del paziente

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codice fiscale. Sono ammessi anche: "9999999999999999", codice STP, codice ENI, "0000000000000000"	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al capitolo 12.	

CONTROLLI APPLICATI
Per tutti i tracciati ANAG:
L13 – Congruenza tra codice fiscale, cognome e nome. L14- Congruenza cognome e nome e regione residenza L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome. L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza. L30 – se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data di erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta SA1 – Codice fiscale non presente in archivio AURA. LF1 – Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito LG7– Coerenza della prestazione rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per i tracciati ANAG: Per la compilazione si veda la tabella di supporto al controllo L89, di cui al capitolo 12. Per i neonati – non ancora in possesso di codice fiscale – si utilizzano sedici "0" In caso di specifica norma sulla segretezza (L.135/90 e DPR 309/90) si indicano sedici "9". Per i cittadini stranieri temporaneamente residenti in Italia si utilizza il codice ISI avente la seguente struttura: "STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche" "ENI+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche" <u>A partire dalla competenza 2020 verranno accettati anche i codici STP emessi da altre Regioni.</u> <u>A partire dalla competenza 2020 il codice ENI e il codice STP riferibile alla Regione Piemonte sarà verificato rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale.</u> Il controllo formale sul codice fiscale viene eseguito secondo il seguente schema adottato dal Ministero della Salute.

Se il codice fiscale è effettivo (primi tre caratteri sono diversi da "STP" e successivi 3 sono caratteri alfabetici) si esegue la seguente verifica dei caratteri da 7 a 11:

- 7-8 carattere uguale alle ultime due cifre dell'anno di nascita
- 9 carattere uguale al mese di nascita (A=gennaio, B=febbraio, C=marzo, D=aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre)
- 10-11 carattere uguale a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40.
- 10-11 carattere uguale a sesso (se < 40 sesso =M, se > 40 sesso =F) Codice

fiscal provvisorio : è composto da cifre numeriche di lunghezza 11.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		09.0
ANAG	OBB		
NOME CAMPO: Sesso			

DESCRIZIONE CAMPO
Sesso dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 1 (per maschio) o 2 (per femmina)	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
I valori sono stati uniformati al flusso dei Dimessi; 1- Maschio 2- Femmina

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		10.0
ANAG - D	NOB		
ANAG -F	OBB		
NOME CAMPO: Data di nascita			

DESCRIZIONE CAMPO
Data di nascita dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: ggmmaaaa	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati ANAG L30 – se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni L04 – La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione del farmaco

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il tracciato D: il campo diventa obbligatorio poiché può essere derivato dal codice fiscale

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		11.0
NOME CAMPO: Provincia e comune o stato estero di residenza			

DESCRIZIONE CAMPO
Identifica la Provincia ed il Comune italiano, o lo Stato estero di residenza dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 6	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codice ISTAT d'Italia (Provincia e Comune), “999999” per apolidi, “999EEE” con EEE che indica il codice di stato estero, “STPEEE” con EEE che indica il codice di stato estero.	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT dei Comuni italiani, Tabella stati esteri. Tabelle al capitolo 11.	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati ANAG: L06 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e ASL di residenza. L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione L20 – Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta L85 – Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune. Per i residenti in Italia, si indica il codice ISTAT della Provincia e del Comune di residenza. Per i residenti all'estero, il codice dello Stato preceduto da 999, o STP seguito dal codice Stato estero, o 999999 per apolidi. N.B. 1- il Comune di residenza è quello nel quale risiede l'assistito nell'anno dell'erogazione della prestazione. 2 - dal momento che esistono numerose omonimie di Comuni, allocati in Province italiane diverse, è importante, in fase di accettazione, verificare che il codice Provincia rilevato (prime tre cifre) indichi l'effettiva Provincia di residenza. Nel caso di rilevazione manuale, specificare oltre al Comune anche la Provincia di residenza.

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		12.0
ANAG	OBB		
NOME CAMPO: ASL di residenza			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice dell'ASL in cui risiede l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella per i residenti in Italia. Per gli stranieri non residenti e apolidi indicare ‘999’	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ASL d’Italia. Tabella al capitolo 11.	

CONTROLLI APPLICATI
L06 – Congruenza tra Provincia e comune di residenza e ASL di residenza L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta
Per il tracciato D: L27 – ASL di residenza deve essere diversa dall'ASL inviante

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		13.0
ANAG	OBB		
NOME CAMPO: Numero ricetta			

DESCRIZIONE CAMPO
Numero identificativo riportato sul ricettario nazionale oppure numero dell'impegnativa interna. soccorso
Per il tracciato F: numero progressivo di registro per l'erogazione effettuata oppure ricetta SSN

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 16	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: numero della ricetta del ricettario nazionale oppure numero della impegnativa interna	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L17 – La ricetta non deve già essere esistente nel tipo record L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa Per il tracciato ANAG flusso D e F (per le sole ricette del SSN per la distribuzione per conto): L91 – Congruenza tra numero ricetta e codice medico prescrittore L94 – Congruenza tra nr. Ricetta e tipologia prescrizione (solo tracciato ANAG-C) L99 – Congruenza tra numero ricetta e tipo record LE9 – Congruenza tra modalità di erogazione e numero ricetta e data prescrizione (solo tracciato ANAG-F) S06 – Ricetta del SSN non ancora registrata in R.U.R.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Per il tracciato ANAG La lunghezza della ricetta SSN è di 15 caratteri; dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere speciale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta; il numero ricetta va allineato a sinistra e il carattere rimanente compilato a spazio. Per <u>ricette SSN e SASN</u> aventi uno dei seguenti schemi: - per ricette SSN nuovo modello: codice regione (3 cifre) + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank - per ricette SASN: "001" oppure "002" + anno erogazione (2 cifre con formato AA) + progressivo numerico (9 cifre) + numero da algoritmo (1 cifra) + blank Per <u>impegnative interne o accesso diretto</u> del paziente il campo deve essere compilato con un numero univoco nell'ambito Per impegnative prescritte in dematerializzata da MMG, PLS, medico ospedaliero (DM 2 novembre 2011) è previsto il seguente schema: codice regione (3 cifre) + codice raggruppamento del lotto (2 cifre alfanumeriche) + identificativo del lotto (1 cifra) valori ammessi tra 0 e 7 + codice del lotto e numero protocollo singolo (9 cifre numeriche: 7 per il lotto e 2 per il progressivo) Per il tracciato F: Nel caso di distribuzione per conto riportare il numero della ricetta SSN, compilato secondo le regole cui sopra. In tutti gli altri casi, se non ricettato, riportare il numero progressivo del paziente o il numero progressivo di registro per l'erogazione effettuata.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		14.0
F	OBB		
NOME CAMPO: Progressivo riga per ricetta			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica una determinata riga di una ricetta.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: (*)	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
(*) La prima riga della ricetta deve contenere “01”. Ciascuna riga successiva deve riportare un numero in stretta progressione.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		15.0
F	OBB		
NOME CAMPO: Data di effettuazione della prestazione			

DESCRIZIONE CAMPO
Data di erogazione farmaco

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: ggmmaaaa	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati D, F: L02 – Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell’ente erogatore L04 – Data di nascita minore o uguale alla data di erogazione prestazione (o erogazione farmaco) L15 – Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione L30 – Se codice fiscale tutti 0 (neonato) allora la data di erogazione meno la data di nascita non deve superare i 30 giorni Per i tracciati F: L05 – Codice prestazione esistente nell’anno di erogazione L08 – Data prestazione minore o uguale alla data di trasmissione LG5– Congruenza tra codice farmaco e Flag Indicazione innovativi oncologici LG7– Coerenza della prestazione rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OSP		17.0
NOME CAMPO: Codice prestazione			

DESCRIZIONE CAMPO
Riporta il codice prestazione secondo il Nomenclatore tariffario regionale in vigore al momento dell'erogazione della prestazione.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 7	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: valore presente in tabella. TABELLE DI RIFERIMENTO: Nomenclatore regionale Prestazioni ambulatoriali previste dalle Note Regionali n. 14731 del 15/11/00, n. 1182 del 14/01/10 e 11298 del 18/4/2011	

CONTROLLI APPLICATI
L05 – Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione LA9 – Congruenza tra tipo prestazione 10 e codice prestazione LB0 – Congruenza tra tipo prestazione 06 e codice prestazione LD8 – Congruenza tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco LF0 – Congruenza tra codice farmaco e scheda nosologica LF3 – Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere compilato solamente nel caso di somministrazione del farmaco nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali previste .

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		18.0
NOME CAMPO: Quantità			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il numero effettivo di prestazioni erogate per ogni riga della ricetta (codice prestazione).
.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: N
VALORI AMMESSI:	
Numero massimo di prestazioni previste dalla normativa vigente	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati D
L47 – Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	
Nell’ambito di una ricetta lo stesso codice prestazione non può essere presente su più righe di dettaglio (utilizzare il campo quantità per riportare il numero effettivo di prestazioni erogate).	
.	

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		19.0
NOME CAMPO: Posizione utente nei confronti del Ticket			

DESCRIZIONE CAMPO
Posizione dell'utente per la compartecipazione della spesa nell'erogazione delle prestazioni (ticket)

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 0,1, 2, 3, 4, 5,13,14	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato F: L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione. LA6 – Congruenza tra posizione utente nei confronti del ticket e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
0 – cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (solo STP) per la quota di compartecipazione alla spesa non versata e quindi da registrare con importo ticket uguale a zero, ai sensi del D.P.R. 31.08.1999, nr. 394, articolo 43, comma 4. 2 – non esente 4 – indigente (indigente e indigente a carico del comune) 13 – esente per farmaco IPO ai sensi della nota regionale 7321/28.2 del 30/05/2002 14 – esente per tracciato F ad eccezione dei vaccini iposensibilizzanti

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		20.0
NOME CAMPO: Importo Ticket			

DESCRIZIONE CAMPO
Contiene l'importo del ticket a carico dell'utente.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 7	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: maggiore o uguale a 0 secondo la normativa di riferimento.	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket Per il tracciato F: LB5 – Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket L72 – Congruenza tra il tipo record, tipo prestazione, codice farmaco e importo ticket L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato degli importi deve essere NNNN,NN

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		21.0
F	OBB		
NOME CAMPO: Importo totale			

DESCRIZIONE CAMPO
. Per il tracciato D: l'importo totale della riga di dettaglio è ottenuto moltiplicando la quantità delle prestazioni per il prezzo unitario. Per la riga anagrafica indica la differenza tra la somma di tutti gli importi totali delle righe di dettaglio e l'importo del ticket a carico dell'utente. Per il tracciato F: l'importo totale è l'importo relativo all'effettivo costo del farmaco somministrato anche in quota parte nel caso di frazionamento della confezione in più somministrazioni.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Per le righe di dettaglio i valori previsti nelle tabelle di riferimento rapportate alla quantità.	
TABELLE DI RIFERIMENTO: nomenclatore tariffario regionale ove previsto.	

CONTROLLI APPLICATI
Per i tracciati D, F: L12 – Congruenza tra Importo totale anagrafico, Importi totali righe di dettaglio, ticket Per il tracciato F: L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato degli importi deve essere NNNNN,NN In caso di importo negativo il segno meno deve essere il primo carattere (-NNNN,NN). .

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		23.0
D	OBB		
F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Tipo record			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la tipologia del tracciato record

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Per il tracciato D: valore ammesso “D” Per il tracciato F: valore ammesso “F” Per il tracciato H: valore ammesso “H”	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato F: L86 – Congruenza tra tipo record e luogo di erogazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
: Il valore deve essere uguale per l'intero blocco di righe dettaglio.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	OBB		28.0
F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Codice farmaco			

DESCRIZIONE CAMPO
Riporta il codice del farmaco distribuito.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Tracciati D, F e H: - Codice Minsan - Codice regionale vaccini iposensibilizzanti Tracciato F: - codici regionali galenici per malattie rare - codice ministeriale farmaci galenici generici (ad eccezione dei farmaci galenici per malattie rare) - codice ministeriale farmaco estero - codici emocomponenti (tabella codici per emocomponenti) - codici parafarmaco: NEFRO, MATMED, NOM_TAR, DIAB, DIET_EM, PROT_HIV, LETT_FLGLU Tracciato H: - codice ministeriale farmaci galenici generici (ad eccezione dei farmaci galenici per malattie rare) - codice ministeriale farmaco estero - V09 e V10: radiofarmaci di preparazione galenica TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici Minsan, Tabelle codici regionali	

CONTROLLI APPLICATI
Flusso F L58 – Congruenza tra unità misura codice Minsan/sostanza /galenici generici L74 - Congruenza codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo esenzione LB1 - Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 08 LB2 - Congruenza tra tipo prestazione 07, codice farmaco e ente erogatore LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 20,21,22,23,24,25 LB5 – Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket LB6 – Congruenza tra codice identificativo esenzione, tipo prestazione e codice farmaco LB7 – Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (vaccino iposensibilizzante, GAL, codici galenici per malattie rare) LC5 – Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi LC8 – Congruenza tra codice farmaco H e tipo prestazione LF1 – Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito LF2 – Congruenza tra codice diagnosi e codice farmaco

LF3 – Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione
 LF7 – Congruenza tra targatura, codice farmaco, e codice tipo prestazione, quantità e unità di misura
 LG4- Congruenza tra dispositivo per Flash Glucose monitoring e codice fiscale
 LG5- Congruenza tra codice farmaco e Flag Indicazione innovativi oncologici

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

- NEFRO: dietetici per nefropatie croniche
- MATMED: materiali per medicazioni
- NOM_TAR: nomenclatore tariffario (ausili per incontinenti e tracheostomizzati)
- DIET_EM: dietetici errori metabolici/morbo celiaco
- PROT_HIV: protesi relativa DGR 46-10149 del 24/11/2008
- DIAB: presidi per diabetici ordinari

Dalle elaborazioni del 1° ottobre 2019 è possibile registrare i dispositivi per Flash Glucose monitoring distribuiti nell'anno 2019. I valori di riferimento da indicare sono i seguenti

- LETT_FLGLU: lettore per Flash Glucose monitoring
- SENS_FLGLU: sensore per Flash Glucose monitoring
- STRI_FLGLU: strisce correlate a Flash Glucose monitoring.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	NOB		29.0
NOME CAMPO: Codice Diagnosi			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice diagnosi ICD-IX-CM identificante la patologia.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 5	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabella di riferimento	
TABELLE DI RIFERIMENTO O: Tabelle codici ICD-IX-CM 2007	

CONTROLLI APPLICATI
LC5 - Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi, LF2 - Congruenza tra codice diagnosi e codice farmaco LF4 - Controllo appropriatezza prestazioni in Branca 69 - “Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica”.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Nel controllo formale viene verificato l'intero codice ICD-IX-CM (a partire dalla competenza di luglio 2010) Dalla competenza ottobre 2019 è obbligatoria l'indicazione della diagnosi per le seguenti tipologie del file F: 01 -Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da ricovero e day hospital, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, tranne farmaci oncologici ad alto costo. Escluso farmaci H. 02 -Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, per pazienti non presi in carico. Escluso farmaci H. 03- Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari. 06- Farmaci con somministrazione per via sistemica (solo prestazioni in D.G.R. 105-20262 del 30/06/1997). 07- Farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici e Radiofarmaci in ricovero protetto 33 - Farmaci distribuiti per prestazioni a pacchetto (rif. D.G.R. 33-5087 del 18/12/2012) 34 - Farmaci CNN

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG - F	CON		33.0
NOME CAMPO: N. Scheda nosologica			

DESCRIZIONE CAMPO
Numero della scheda nosologica dell'episodio di ricovero.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: (*)	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LF2 - Congruenza tra scheda di ricovero e codice farmaco

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
(*) Riportare correttamente il numero della scheda nosologica del ricovero al quale sono associate le prestazioni. Il campo non può contenere delle lettere, spazi o caratteri speciali e deve avere il seguente formato: anno di ricovero + progressivo numerico di 6 cifre nell'ambito della struttura di ricovero.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		38.0
D	OBB		
F	OBB		
H	OBB		
NOME CAMPO: Identificativo Esterno			

DESCRIZIONE CAMPO
Identificativo univoco utilizzato per la gestione del movimento del record.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: una stringa di caratteri univoca nell'ambito dell'azienda sanitaria inviante, dell'ente erogatore e del tipo record	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Flusso D e F L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Le modalità di compilazione sono libere ma sono ammessi solo lettere maiuscole, cifre numeriche.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	CON		39.0
NOME CAMPO: Disciplina di erogazione			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la disciplina di erogazione della prestazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 4	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 2 caratteri per indicare la disciplina di erogazione e 2 caratteri per indicare l'eventuale divisione di erogazione altrimenti 00	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella delle Discipline ospedaliere	

CONTROLLI APPLICATI
LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Nel caso di prestazioni erogate dal medico ospedaliero indicare il codice reparto (codice disciplina + progressivo divisione). Nel caso di prestazioni erogate da medici specialisti convenzionati interni indicare la disciplina ospedaliera.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	NOB		40.0
D	NOB		
F	NOB		
H	NOB		
NOME CAMPO: Tipo movimento			

DESCRIZIONE CAMPO
Utilizzato per gestire la sostituzione o cancellazione di dati già inseriti negli archivi centrali.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: spazio per inserimento “C” per cancellazione “S” per sostituzione	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Flusso D e F L48 – Sostituzione numero ricetta non ammessa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzare il campo in funzione delle specifiche riportate nel capitolo 4 – “Cancellazione o sostituzione Blocchi informazione”.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
D	NV		43.0
F	CON		
NOME CAMPO: Codice identificativo esenzione			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice identificativo atto ad individuare la malattia o la condizione cronica invalidante.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tabelle di riferimento	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici esenzione.	

CONTROLLI APPLICATI
L98 – Congruenza tra i campi Tipo Prestazione e Codice identificativo esenzione LB6 – Congruenza tra codice identificativo esenzione, tipo prestazione e codice farmaco L74 – Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		47.0
NOME CAMPO: Quantità totale prestazioni			

DESCRIZIONE CAMPO
Quantità totale delle prestazioni nell'ambito della ricetta.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: N
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L47 – Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il valore del campo deve essere uguale alla somma dei campi Quantità (18.0) delle righe di dettaglio.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		56.0
H	OBB		
NOME CAMPO: Unità di misura			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice dell'unità di misura relativa alla somministrazione di farmaci Minsan e sostanze

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: 01, 25	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Tracciato F L58 – Congruenza tra unità misura e codici galenici LG2 - Congruenza tra tipo prestazione, unità misura e quantità erogata

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo deve essere compilato per le righe ricetta relativi a codici minsan/ sostanze La tabella delle unità di misura è riportata al capitolo 11. Il campo quantità erogata è lungo sei cifre, di cui due decimali. Per individuare la quantità di farmaco viene utilizzato l'unità di misura. In caso di somministrazione di quantità frazionate occorre individuare la corretta unità di misura; a tale scopo si vedano gli esempi riportati al paragrafo 6.2.1.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		57.0
NOME CAMPO: Modalità d'erogazione			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se il farmaco è stato somministrato o distribuito

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: D, S, P	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LE6 – Congruenza tra modalità d'erogazione e tipo prestazione LE7 – Congruenza tra modalità di erogazione e codice farmaco LE8 – Congruenza tra modalità d'erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto LE9 – Congruenza tra modalità di erogazione e numero ricetta e data prescrizione (solo tracciato ANAG-F)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Indicare “S” se il farmaco viene somministrato Indicare “D” se il farmaco viene distribuito Indicare “P” se il farmaco è distribuito per conto

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		58.0
NOME CAMPO: Tipo prestazione			

DESCRIZIONE CAMPO
Tipologia di erogazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: tipologia di erogazione univoca nell'ambito della ricetta	
TABELLE DI RIFERIMENTO: tabelle tipologie di erogazione (tabella capitolo 11)	

CONTROLLI APPLICATI
LA9 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 10) e codice prestazione LB0 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 06) e codice prestazione LB1 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 08 LB2 – Congruenza tra tipo prestazione (codice 07), codice farmaco ed ente erogatore LB3 – Congruenza tra codice fiscale, cognome, nome, tipo prestazione e codice regione 010 LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione 20,21,22,23,24 LB6 – Congruenza tra codice identificativo esenzione e tipo prestazione LB7 – Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (codici iposensibilizzanti;GAL; codici farmaci galenici per malattie rare) LC4 – Congruenza tra tipo prestazione e flag off label LC6 – Congruenza tra codice fiscale e cognome e nome per tipo prestazione “Assistenza integrativa e cod. regione 010 LC8- Congruenza tra codice farmaco648, tipo prestazione e Indicazione 648 LD8 – Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco LF0 – Congruenza tra codice farmaco e scheda nosologica LF3 – Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione LF7 – Congruenza tra targatura, codice farmaco, c codice tipo prestazione, quantità e unità di misura LG2 - Congruenza tra tipo prestazione, unità misura e quantità erogata

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		59.0
NOME CAMPO: Luogo di erogazione			

DESCRIZIONE CAMPO
File F: indica il luogo di erogazione del farmaco

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: File “F”: H,T	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L86 – Congruenza tra Tipo record e Luogo di Erogazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
File "F" indicare: "H": farmaco erogato dal presidio ospedaliero "T": farmaco erogato mediante ambulatori territoriali

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		61.0
NOME CAMPO: Cittadinanza			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la cittadinanza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella codici stati esteri. Tabella al capitolo 11.	

CONTROLLI APPLICATI
L84 – Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Assume valore - 100 per la cittadinanza italiana - codice stato estero definito dal Ministero dell'Interno - 999 per apolide

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		62.0
NOME CAMPO: Regione Residenza o Stato Estero di Residenza			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la regione italiana cui appartiene il Comune di residenza dell'assistito

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 3	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codici delle regioni Italiane, o codici Stati esteri, o 999	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT delle Regioni Italiane, Tabella stati esteri. Tabella al capitolo 11	

CONTROLLI APPLICATI
L14- Congruenza cognome e nome e regione residenza L85 – Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Assume valore - codice ISTAT delle Regioni Italiane, se cittadino italiano residente in Italia - codici Stati esteri - '999' nel caso di apolide.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		63.0
NOME CAMPO: ID Cittadino			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il “Numero di identificazione personale” di cui al campo nr. 6 dalla tessera europea di assicurazione di malattia

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al capitolo 12.	

CONTROLLI APPLICATI
L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea L89 – Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		64.0
NOME CAMPO: Codice istituzione competente			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare “Il numero di identificazione dell’istituzione competente”, di cui al campo nr. 7 dalla tessera europea di assicurazione di malattia

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 28	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L90 - Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		65.0
NOME CAMPO: Numero identificazione tessera europea di assicurazione di malattia			

DESCRIZIONE 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
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L90 – Congruenza informazioni tessera sanitaria europea

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera).

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG – D	OBB		67.0
ANAG – F	CON		
NOME CAMPO: Data prescrizione			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica la data di compilazione della prescrizione della ricetta da parte del medico prescrittore

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: ggmmaaaa	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
Per il tracciato F: L81 – Congruenza tra data prescrizione e data nascita L82 – Congruenza tra data prescrizione e data di prenotazione LE9 – Congruenza tra modalità di erogazione e numero ricetta e data prescrizione (solo tracciato ANAG-F)

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La data di prescrizione per impegnative interne può coincidere con la data di prenotazione e con la data di inizio ciclo o data di erogazione della prestazione.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	OBB		71.0
NOME CAMPO: Tipo ricetta			

DESCRIZIONE CAMPO
Individua la tipologia di ricetta

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 2	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella al capitolo 12.	

CONTROLLI APPLICATI
L89 - Congruenza informazioni assistito e tipo ricetta

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valori ammessi: “EE”: assicurati extra-europei di paesi in convenzione in temporaneo soggiorno “UE”: assicurati europei in temporaneo soggiorno “NA”: assistiti italiani SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) con visita ambulatoriale “ND”: assistiti italiani SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) con visita domiciliare “NE”: assistiti stranieri SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti) da istituzioni estere europee “NX”: assistiti stranieri SASN da istituzioni estere extra-europee con convenzione “ST”: stranieri in temporaneo soggiorno (STP/ENI) a carico Ministero dell’Interno o a carico SSN

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		79.0
NOME CAMPO: Qualifica Beneficiario			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice della qualifica del beneficiario

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: A, B, C, D, E	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e 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

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		80.0
NOME CAMPO: Codice Riferimento Normativo			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il riferimento normativo per la gestione della mobilità internazionale

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 4	FORMATO: AN
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera). Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore “221 A”.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG	CON		81.0
NOME CAMPO: Codice attestato			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare il codice dell’attestato per la gestione della mobilità internazionale

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 4	FORMATO: AN
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L95 - Congruenza informazioni mobilità internazionale

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Valorizzabile per soggetti stranieri muniti di tessera europea di assicurazione malattia (cittadini residenti in Stati membri UE e cittadini residenti in Stati SEE e Svizzera). Campo inserito per usi futuri. Al momento indicare come costante il valore “TEAM”

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		
C	OBB		82.0
C2	OBB		
C4	OBB		
C5	OBB		
F	OBB		
NOME CAMPO: Matricola Unità Produttiva			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicare la matricola dell'unità produttiva che eroga la prestazione

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 6	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L96 – Congruenza tra codice branca, codice visita GIC e matricola dell'unità di produzione L97 – Congruenza tra istituto erogante, matricola unità produttiva e data di erogazione della prestazione – eccetto file F LA3 – Congruenza tra istituto di erogazione, matricola unità produttiva e disciplina di erogazione LA5 – Congruenza tra matricola unità produttiva, tipo record e attività

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
La matricola dell'unità produttiva (o della disciplina in caso di unità organizzativa funzionale multispecialistica) è individuabile nell'ambito della nuova anagrafe delle strutture, nella videata di massimo dettaglio delle unità produttive o dell'elenco delle specialità in caso di unità organizzativa funzionale multispecialistica. L'elenco delle Matricole potrà essere ricavato dall'applicativo dell'Anagrafe delle Strutture tramite l'apposito report di estrazione.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	CON		83.0
NOME CAMPO: Flag Indicazione innovativi oncologici e non.			

DESCRIZIONE CAMPO
Per i farmaci oncologici enon , classificati come innovativi, è necessario indicare se sono stati distribuiti o somministrati per la terapia innovativa

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: S, N, spazio	
TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella farmaci Innovativi Oncologici e non. Tabella al capitolo 11.	

CONTROLLI APPLICATI
LG5- Congruenza tra codice farmaco e Flag Indicazione innovativi oncologici e non.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo, attivo dalle elaborazioni del 1 ottobre 2019 sulla competenza 2019, in caso di farmaci innovativi oncologici dovrà essere così valorizzato: S- farmaco innovativo oncologico utilizzato per le indicazioni di innovatività N- farmaco innovativo oncologico non utilizzato per indicazioni di innovatività Spazio – per tutte le altre tipologie di farmaco A partire dalla competenza 2021 deve essere valorizzato anche per farmaci innovativi non oncologici, presenti nella tabella di riferimento.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	CON		86.0
NOME CAMPO: Off Label			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica se un farmaco è un farmaco Off Label, ovvero utilizzato al di fuori delle indicazioni autorizzate

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: S, spazio	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LC4 - Congruenza tra tipo prestazione e Off Label LC5 - Congruenza tra Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi. LB0 - Congruenza tra tipo prestazione 06, codice prestazione , off label LD8 - Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione, codice farmaco, e off label

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	CON		87.0
NOME CAMPO: Codice EAN			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il codice a barre del prodotto distribuito nell'ambito dell'assistenza integrativa, mutuamente esclusivo rispetto al codice farmaco.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: Codice EAN, spazio	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LB4 – Congruenza tra codice farmaco e tipo prestazione

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	CON		88.0
NOME CAMPO: Targatura			

DESCRIZIONE CAMPO

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI:	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI	
LF7 - Congruenza tra targatura, codice farmaco, c codice tipo prestazione, quantità e unità di misura	

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OBB		89.0
NOME CAMPO: Quantità erogata			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il numero effettivo di prestazioni erogate per ogni riga della ricetta.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 6	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: Da 0 a 999999	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L11 – Congruenza tra importo totale e quantità (solo per emocomponenti)
LG2- Congruenza tra tipo prestazione, unità misura e quantità erogata

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Le prime quattro cifre indicano le cifre intere, mentre le ultime due cifre indicano le cifre decimali senza riportare la virgola decimale Esempio: il numero 123,45 viene riportato come 012345
Qualora sul tracciato venga indicato nel campo 56.0 - Unità di misura, il valore '25' (unità posologiche), il sistema utilizzerà il fattore di conversione indicato nella banca dati BDF per il calcolo della quantità erogata convertita, per tutti i codici AIC.

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
ANAG - D	OBB		93.0
ANAG - F	OBB		
NOME CAMPO: Onere Spesa			

DESCRIZIONE CAMPO
Informazione relativa all'onere della spesa.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI: S, M, A, I e spazio	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
L89 – Congruenza informazioni assistito, Tipo Ricetta e Onere Spesa

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
I valori ammessi sono i seguenti: A: Spesa a carico del SASN I: Spesa a carico del Ministero dell'Interno M: Spesa a carico del Ministero della Salute S: Spesa a carico del SSN Spazio: nel caso di Libera Professione

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
F	OSP		111.0
NOME CAMPO: Costo del servizio			

DESCRIZIONE CAMPO
Costo del servizio riconosciuto alle farmacie per la distribuzione per conto

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 7	FORMATO: N
VALORI AMMESSI: 10,80; 12,00; 13,20	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI
LE8 – Congruenza tra modalità d'erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Nel campo va riportato l'onere della distribuzione per conto (IVA al 22% inclusa) per confezione di farmaco erogata così come individuati dalla D.G.R. 26-6900 del 18/12/2013. A seconda di tipologia/fatturato dell'ente distributore farmacia e a partire dalla competenza di gennaio 2014 fino al 30 giugno 2016 il valore da attribuire è il seguente: - 7,21€ (6,73€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€ - 9,36€ (7,68€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€ - 6,71€ (5,50€ + IVA al 22%): tutti gli altri casi A seconda di tipologia/fatturato dell'ente distributore farmacia e a partire dalla competenza di luglio 2016 il valore da attribuire è il seguente: - 8,15€ (6,68 + Iva 22%) oppure 6,38 € (riduzione del 1,45 + Iva 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€ - 9,31 € (7,63 +Iva 22%) oppure 7,54 € (riduzione del 1,45 + Iva 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€ - 6,41€ (5,25 + Iva 22%) oppure 4.64 € (riduzione del 1,45 + Iva 22%): tutti gli altri casi

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		117.0
F	OSP		
NOME CAMPO: Indicazione 648			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicazione dei codici sostanza legge 648/96

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 9	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici sostanza farmaci. Tabella al capitolo 11.	

CONTROLLI APPLICATI
LC8 - Congruenza tra codice farmaco648, tipo prestazione e Indicazione 648

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		118.0
F	NOB		
NOME CAMPO: Tipo prontuario			

DESCRIZIONE CAMPO
Indicazione della presenza del farmaco nel prontuario aziendale o regionale

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 1	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI 'A, R,S, Z	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il campo può assumere i seguenti valori: ‘A’: farmaco presente nel prontuario aziendale ‘R’: farmaco presente nel prontuario regionale ‘S’: farmaco presente sia in prontuari0 aziendale, sia in prontuario regionale ‘Z’: farmaco non presente in nessuno dei prontuari

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
H	OBB		119.0
NOME CAMPO: Periodo Riferimento			

DESCRIZIONE CAMPO
Indica il periodo di riferimento del movimento

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 8	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI ggmmaaaa	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
H	OBB		120.0
NOME CAMPO: Centro di costo			

DESCRIZIONE CAMPO
Codice Centro di Costo definito nell'ambito dell'Anagrafe delle Strutture della Regione Piemonte.

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 18	FORMATO: AN
VALORI AMMESSI ‘	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO			
	Modalità		N° Scheda Rif.
H	OBB		121.0
NOME CAMPO: Prezzo Acquisto			

DESCRIZIONE CAMPO
Da riportare il costo medio ponderato

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 15	FORMATO: N
VALORI AMMESSI NNNNNNNNNNNN,NN	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato degli importi deve essere NNNNNNNNNNNN,NN In caso di importi negativi il segno meno deve essere il primo carattere (-NNNNNNNNNNN,NN)

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		122.0
H	OBB		
NOME CAMPO: Quantità Consumata			

DESCRIZIONE CAMPO
Da riportare quantità di farmaco consumata nell’ambito del flusso dei consumi

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 10	FORMATO: N
VALORI AMMESSI NNNNNNNN,NN	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI
Il formato degli importi deve essere NNNNNNNN,NN In caso di importi negativo il segno meno deve essere il primo carattere (-NNNNNN,NN)

TRACCIATO			N° Scheda Rif.
	Modalità		123.0
H	NOB		
NOME CAMPO: Codice Anagrafica Magazzino Az			

DESCRIZIONE CAMPO
Riportate il codice del farmaco come da anagrafica di magazzino

CORRETTEZZA FORMALE	
LUNGHEZZA: 20	FORMATO: N
VALORI AMMESSI N/A	
TABELLE DI RIFERIMENTO:	

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

8 SCHEDE DEI CONTROLLI

Il seguente paragrafo riporta i controlli logici, formali e bloccanti per i tracciati.

Il primo carattere del codice individua la classe di appartenenza del codice:

L logico
F formale
N bloccante

Gli errori di tipo N non permettono l'elaborazione del record.

8.1 Controlli Logici (tipo L)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L02	Congruenza tra data di effettuazione della prestazione e data di apertura e chiusura dell'ente erogatore Il codice dell'ente erogatore deve esistere alla data di effettuazione della prestazione. Quindi la data di effettuazione della prestazione deve essere compresa tra la data di apertura e chiusura dell'ente erogatore.	SI	03.0	Ente erogatore
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L03	Congruenza tra codice ente erogatore e codice azienda inviante Il codice deve essere attivo presso l'Azienda sanitaria inviante.	SI	03.1	Ente erogatore inviante
			02.0	Codice Azienda Inviante
L04	La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di erogazione della prestazione. Il controllo non viene effettuato per il tracciato F se il tipo prestazione è uguale a 04, 05, 09 e 25 e il codice regione di residenza è uguale a 010	SI	10.0	Data nascita
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L05	Codice prestazione esistente nell'anno di erogazione Il codice prestazione indicato deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.	SI	17.0	Codice prestazione
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
L06	Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e ASL di residenza Se il Comune di residenza è un Comune italiano allora l'azienda sanitaria di residenza deve appartenere a tale Comune. Se il Comune di residenza contiene "999999" oppure "999EEE" oppure "STPEEE" allora l'Asl di residenza deve contenere "999"	SI	11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			12.0	Asl residenza
L08	La data della prestazione non deve essere maggiore della data di trasmissione.	SI	15.0	Data di effettuazione della prestazione
				Data trasmissione
L11	Congruenza tra importo totale, quantità (per le sole righe dettaglio) Se tipo prestazione = 08 allora l'importo totale della riga deve coincidere con il prodotto tra le quantità erogata e costo unitario dell'emocomponente	SI	21.0	Importo totale
			18.0	Quantità
			89.0	Quantità erogata
			58.0	Tipo prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L12	Congruenza tra l'importo totale anagrafico, importi totali righe di dettaglio e ticket. L'importo totale presente sulla riga del record anagrafico deve essere uguale alla sommatoria degli importi totali delle singole righe di dettaglio meno l'importo ticket presente sulla riga del record anagrafico.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale
			41.0	Libera professione
L13	Congruenza anonimato Se Cognome = ANONIMO e Nome = ANONIMO Il codice fiscale è = sedici '9', per STP/ENI codice effettivo indicato nel tesserino. Per il solo file F il controllo non è applicato nel caso di tipo prestazione 04, 05, 09 e 25 e codice regione 010	SI	05.0	Cognome utente
			06.0	Nome utente
			08.0	Codice Fiscale
			71.0	Tipo Ricetta
			03.1	Codice ente erogante
L15	Congruenza tra Provincia e Comune di residenza e anno della prestazione Per residenti in Italia: Il codice della Provincia e del Comune di residenza deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione. Per residenti all'estero: Il codice dello Stato estero deve esistere nell'anno di erogazione della prestazione.	SI	11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			15.0	Data di effettuazione della prestazione
			13.0	Numero Ricetta
L17	La ricetta non deve essere già esistente nel tipo record. Segnalato in caso di ricetta corretta inviata con un identificativo esterno differente da quello originale.	SI	03.0	Ente erogatore
			13.0	Numero ricetta
			23.0	Tipo record
L20	Congruenza tra codice fiscale, Provincia e Comune di residenza, cognome e nome Se i primi tre caratteri del codice fiscale sono STP e ENI, i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a STP e ENI. Per Tipo Ricetta valorizzato con EE, UE, Ne, NX e soggetti apolidi Se codice fiscale è pari a sedici nove i primi 3 caratteri del comune di residenza devono essere uguali a 999 oppure il Nome = 'ANONIMO' e Cognome = 'ANONIMO'. Il controllo non viene effettuato per il tracciato F se tipo prestazione è uguale a 04, 05, 09 e 25 e il codice regione è uguale a 010	SI	05.0	Nome
			06.0	Cognome
			08.0	Codice fiscale
			11.0	Provincia e comune o stato estero di residenza
			71.0	Tipo Ricetta
L27	ASL di residenza deve essere diversa dal codice Azienda Inviante	SI	02.0	Codice Azienda Inviante
			12.0	ASL di residenza
L30	Se il codice fiscale contiene tutti zero (Neonati) la differenza fra data erogazione e data nascita non deve superare i 30 giorni	SI	08.0	Codice fiscale
			15.0	Data erogazione prestazione
			10.0	Data di nascita

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L47	Congruenza tra quantità record anagrafico e quantità righe dettaglio. La somma del campo quantità righe dettaglio deve essere uguale al campo quantità del record anagrafico. (Non più applicato sul flusso F)	SI	18.0	Quantità (riga dettaglio)
			47.0	Quantità record anagrafico
L48	Congruenza tra ID Esterno, Numero Ricetta e Tipo Movimento per la sostituzione del numero ricetta. Per sostituire un numero di ricetta occorre inviare il record con lo stesso ID Esterno e numero ricetta assegnando al Tipo movimento il valore 'C', successivamente inviare il record con il numero ricetta corretto e il tipo movimento 'S' oppure spazio.	SI	13.0	Numero ricetta
			38.0	Identificativo esterno
			40.0	Tipo movimento
L58	Congruenza tra unità misura farmaco galenico generico. In presenza di codice galenici generici l'unità di misura può essere solamente 01.	SI	28.0	Codice farmaco
			56.0	Unità di misura
L74	Congruenza tra codice farmaco, posizione utente nei confronti del ticket, importo ticket, importo totale prestazione e codice identificativo di esenzione. Per i vaccini iposensibilizzanti valgono le posizioni utente 2, 4 e 13. L'importo ticket può essere = 0 solo se nel campo 43.0 "Codice esenzione" è presente uno dei valori L01, C01, C02, C04, C05, C06, G01, N01 ed il campo 19.0 - "Posizione utente nei confronti del ticket" è valorizzato con 13. L'importo ticket può essere > 0 solo se il campo 19.0 - "Posizione utente nei confronti del ticket" è valorizzato con 2 oppure 4; in questa condizione il totale dell'importo delle righe delle prestazioni deve essere suddiviso al 50% tra il campo 21.0 "Importo ticket" e il campo 20.0 - "Importo totale" del tracciato anagrafico. Per codici farmaco diversi da vaccini iposensibilizzanti, se l'importo ticket vale 0, il campo posizione utente nei confronti del ticket deve essere 14.	SI	19.0	Posizione utente nei confronti del ticket
			20.0	Importo ticket
			21.0	Importo totale (dettaglio e anagrafica)
			28.0	Codice farmaco
			43.0	Codice identificativo esenzione
L84	Congruenza tra codice fiscale e cittadinanza Se il codice cittadinanza vale 100 (cittadino italiano) il codice fiscale non può essere un codice STP e viceversa	SI	08.0	Codice fiscale
			61.0	Cittadinanza
L85	Congruenza tra Regione e Comune/Provincia di residenza Il comune di residenza deve esistere nella regione indicata	SI	11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			62.0	Regione di residenza
L86	Congruenza tra Luogo erogazione e Tipo record - per il flusso F sono ammessi i valori H,T	SI	59.0	Luogo di Erogazione
			23.0	Tipo record
L89	Congruenza informazioni assistito, tipo ricetta e onere spesa Solo controllo F			Vedi paragrafo 9
L90	Congruenza informazioni tessera sanitaria europea Se il campo 11.0 viene compilato con uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE o Svizzera i campi relativi alla tessera TEAM devono essere tutti valorizzati. Ad eccezione dei cittadini italiani residenti all'estero (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996) dove onere spesa valorizzato ad 'S'.	SI	63.0	ID-Cittadino
			64.0	Nr. Identificativo tessera
			65.0	Codice istituzione competente
			78.0	Data scadenza
			11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			93.0	Onere Spesa

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
L95	Congruenza informazioni mobilità internazionale. Se il campo 11.0 viene compilato con uno stato estero dell'Unione Europea o di uno stato SEE o Svizzera, i campi "Qualifica Beneficiario", "Codice Riferimento Normativo", "Codice Attestato" devono essere tutti valorizzati Ad eccezione dei cittadini italiani residenti all'estero (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996) dove onere spesa valorizzato ad 'S'	SI	79.0	Qualifica beneficiario
			80.0	Codice riferimento normativo
			81.0	Codice attestato
			11.0	Comune e provincia o stato estero di residenza
			93.0	Onere Spesa
L99	Congruenza tra numero di ricetta e tipo ricetta Vedi capitol 12 - controllo L99	SI	13.0	Numero Ricetta
			23.0	Tipo record
LA5	Congruenza tra matricola unità produttiva, tipo record e codice attività Per il file "F" la matricola dell'unità produttiva deve essere abbinata al codice attività "20320-Distribuzione diretta assistenza farmaceutica"	SI	23.0	Tipo record
			82.0	Matricola unità produttiva
LA9	Congruenza tra tipo prestazione 10 e codice prestazione Se il tipo prestazione vale 10 allora il campo codice prestazione deve essere compilato con uno dei seguenti codici: 14.75.1,39.95.0 99.25,99.25.4	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
LB0	Congruenza tra tipo prestazione 06 e codice prestazione Se il tipo prestazione vale 06 allora il campo codice prestazione deve essere compilato con un codice prestazione della "Tabella codici prestazioni per farmaci" ad eccezione dei farmaci trasmessi con campo off label valorizzato a S	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
			86.0	Off label
LB1	Congruenza tra il codice farmaco e il tipo prestazione 08 Se il tipo di prestazione vale 08 allora il codice farmaco deve essere compilato con un codice prestazione della "Tabella codici per Emocomponenti"	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LB2	Congruenza tra tipo prestazione 07, codice farmaco e ente erogatore dove previsto I farmaci della tipologia 07 devono essere codici minsan associati ai codici ATC il cui terzo livello sia "B02" oppure se il tipo di prestazione vale 07 e il codice Minsan è quello relativo al farmaco Zevalin/Ytracis allora l'ente erogatore deve essere l'istituto, 010904, 010905, 010907, 010908, 010909 Per il farmaco Lutathera è prevista la compilazione del tipo prestazione con '07' per erogazioni successive alla scadenza dell'innovatività (29/03/2022), indipendentemente dall'ente erogatore.	SI	03.2	Ente erogatore
			28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LB3	Congruenza tra codice fiscale, cognome, nome per tipo prestazione 04, 05, 09 o 25 e codice regione 010. Se tipo prestazione uguale a 04, 05, 09 o 25 e codice regione uguale a 010 allora il dato può essere inviato: - in forma aggregata e anonima (il cognome deve essere	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice fiscale
			09.0	Sesso

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
	uguale a ANONIMO, il nome deve essere uguale a ANONIMO, il codice fiscale deve essere compilato a tutti "9", il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato a tutti "9" e il campo Asl di residenza deve essere quello effettivo); - oppure in forma individuale rispettando le regole di compilazione anagrafica; Se invece il codice regione è diverso da 010 le regole di compilazione anagrafica devono essere sempre rispettate		10.0	Data di nascita
			11.0	Comune di residenza
			12.0	Asl di residenza
			58.0	Tipo prestazione
			62.0	Regione di residenza
LB4	Congruenza tra il codice farmaco e il tipo prestazione - Se il tipo di prestazione vale 20,21,22,23,24,25 allora deve essere compilato il codice EAN o in alternativa il codice farmaco deve essere uno dei seguenti valori NEFRO, MATMED, NOM_TAR, DIAB, DIET_EM, LETT_FLGLU, SENS_FLGLU, STRI_FLGLU, e viceversa. (valido fino alla competenza del 30.10.2008). Se tipo prestazione vale 25 allora il codice farmaco deve essere PROT_HIV (e viceversa).	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
			87.0	Codice EAN
			28.0	Codice farmaco
LB5	Congruenza tra il tipo record, codice vaccino iposensibilizzante e importo ticket L'importo ticket deve essere zero, con eccezione del vaccino iposensibilizzante per il quale è previsto l'importo maggiore di zero.	SI	20.0	Importo ticket
			23.0	Tipo record
			28.0	Codice farmaco
LB6	Congruenza tra codice identificativo esenzione e tipo prestazione Se farmaco per malattia rara allora il campo codice esenzione deve essere compilato con un codice malattia rara e il campo tipo prestazione non può essere 20,21,22,23,24,25 o 30	SI	43.0	Codice identificativo esenzione
			58.0	Tipo prestazione
LB7	Congruenza tra tipo prestazione e codice farmaco (codice vaccino iposensibilizzante, GAL, codici farmaci galenici per malattie rare) I farmaci codice vaccino iposensibilizzante, GAL e codici farmaci galenici per malattie rare non possono essere erogati nelle categorie 20,21,22,23,24, 25	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LC4	Congruenza tra tipo prestazione e flag Off Label Se il tipo prestazione vale 30 allora il campo Off_Label deve essere compilato con 'S'. Se il campo Off_Label viene compilato con S, allora il campo tipo prestazione può ammettere solo uno di questi valori: '03', '06', '10', '30'		58.0	Tipo prestazione
			86.0	/Off Label
LC5	Congruenza tra flag Off Label, Codice Farmaco e Codice diagnosi. Se il flag Off_Label è valorizzato con 'S' allora il codice farmaco non deve essere valorizzato con i vaccini iposensibilizzanti e il codice diagnosi deve essere compilato.	SI	86.0	/Off Label
			28.0	Codice farmaco
			29.0	Codice diagnosi

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LC6	Congruenza tra codice fiscale e cognome e nome per tipo prestazione “Assistenza integrativa e codice regione 010: - Se codice regione uguale a “010” e tipo prestazione uguale a 21, 22, 23, 24 allora il cognome deve essere uguale ad ANONIMO, il NOME deve essere uguale ANONIMO, il codice fiscale compilato a tutti “9”, il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato tutti “9” e il campo ASL residenza deve essere quello effettivo; - Se codice regione uguale a “010” e tipo prestazione uguale a 20, escluso i dispositivi Free Style, allora il cognome deve essere uguale ad ANONIMO, il NOME deve essere uguale ANONIMO, il codice fiscale compilato a tutti “9”, il campo sesso uguale a spazio, il campo data di nascita compilato a spazio, il codice comune compilato tutti “9” e il campo ASL residenza deve essere quello effettivo; per i dispositivi Free Style non è ammesso l’anonimato. - Per codice regione diverso da “010” e tipo prestazione uguale a 20, 21, 22, 23, 24 le regole di compilazione anagrafica devono essere rispettate”.	SI	05.0	Cognome
			06.0	Nome
			08.0	Codice fiscale
			09.0	Sesso
			10.0	Data di nascita
			11.0	Comune di residenza
			12.0	Asl di residenza
			58.0	Tipo prestazione
LC8	Congruenza tra codice farmaco648, tipo prestazione e Indicazione 648 Nel caso in cui il campo Indicazione 648 sia valorizzato allora il campo tipo prestazione deve essere valorizzato con 03, 06 o 30 e il codice farmaco deve essere un AIC		117.0	Indicazione 648
			28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione
LC9	Congruenza tra unità di misura e tipo prestazione Attualmente sospeso	SI	28.0	Codice farmaco
			56.0	Unità misura
			58.0	Tipo prestazione
LD8	Congruenza tra tipo prestazione 10, codice prestazione e codice farmaco. Nel caso di codice prestazione 14.75.1 il campo tipo prestazione deve essere valorizzato con 10 e il codice farmaco deve essere uno di quelli indicati nella tabella al capitolo 11. E’ prevista la rendicontazione con tipologia 10 e cod.prestazione 89.01 di alcuni farmaci indicati nella tabella al capitolo 11.	SI	58.0	Tipo Prestazione
			17.0	Codice Prestazione
			28.0	Codice Farmaco
LE6	Congruenza tra modalità di erogazione e tipo prestazione. Nel caso di distribuzione farmaci per conto, modalità di erogazione uguale a ‘P’, sono ammesse soltanto le seguenti tipologie di prestazione: 02 – a seguito di visita specialistica, 03 – diretta a cronici, 04 - in assistenza domiciliare	SI	57.0	Modalità d’erogazione
			58.0	Tipo prestazione
LE7	Congruenza tra modalità di erogazione e codice farmaco. Nel caso di distribuzione farmaci per conto, modalità di erogazione uguale a ‘P’, sono ammessi esclusivamente codici minsan a eccezione dei principi attivi dell’ormone somatotropo, dei fattori della coagulazione, delle eparine a basso peso molecolare e del metadone.	SI	57.0	Modalità d’erogazione
			28.0	Codice Farmaco

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI			
			N°	NOME
LE8	Congruenza tra modalità d'erogazione, costo del servizio e ente distribuzione per conto. Nel caso di distribuzione farmaci per conto, modalità di erogazione uguale a 'P', il costo del servizio dovrà essere valorizzato sulla base delle seguenti indicazioni (rif delibera n. 3-284 del 24/09/2019) - 7,75€ (6,35€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie rurali sussidiate con fatturato annuo SSN inferiore a 387.342,67€ - 8,85€ (7,25€ + IVA al 22%): onere per la distribuzione per conto effettuata da tutte le farmacie con fatturato annuo SSN inferiore a 258.228,45€ - 6,10€ (5€ + IVA al 22%): tutti gli altri casi.	SI	57.0	Modalità d'erogazione
			111.0	Costo del servizio
			03.2	Codice ente erogante
LE9	Congruenza tra modalità di erogazione e numero ricetta e data prescrizione. Se la modalità di erogazione uguale a 'P', distribuzione per conto, allora il campo numero ricetta deve essere valorizzato con una ricetta SSN e deve essere indicata la data di prescrizione della ricetta SSN.	SI	57.0	Modalità d'erogazione
			13.0	Numero ricetta
			67.0	Data prescrizione
LF0	Congruenza tra codice farmaco e scheda nosologica. Se il codice farmaco corrisponde a un farmaco oncologico come individuato dalla Commissione Salute nella seduta del 5 dicembre 2009, deve essere verificata una di queste condizioni: - il campo tipo prestazione valorizzato con 10 e in alternativa il campo scheda nosologica con il numero della cartella clinica di DH oncologico oppure il campo codice prestazione con il valore 99.25, 99.25.4, 14.75.1 - il campo tipo prestazione valorizzato con: 30, 33, 35	SI	17.0	Codice prestazione
			28.0	Codice farmaco
			33.0	Scheda nosologica
			58.0	Tipo prestazione
LF1	Congruenza tra codice farmaco e codice fiscale assistito" In presenza di codice farmaco = Iposensibilizzante (come da elenco regionale) e assistito residente in Italia, allora Codice Fiscale non può essere '9999999999999999' (indicazione per anonimi)	SI	28.0	Codice Farmaco
			08.0	Codice Fiscale
LF2	Congruenza tra codice diagnosi e codice farmaco. Dalla competenza di agosto 2019 è obbligatoria l'indicazione della diagnosi per i farmaci in distribuzione diretta o somministrazione. (Nella sezione Osservazioni e precisazioni del campo 29.0 – Codice Diagnosi, sono riportati i razionali del controllo) Restano sempre valide le precedenti indicazioni: se il Codice farmaco è valorizzato con uno dei seguenti farmaci: Bosentan: identificato con il codice ATC7 = C02KX01, Immunoglobuline: identificato con il codice ATC7 = J06BA01 e J06BA02, allora il Codice diagnosi deve sempre essere compilato con la diagnosi completa (5 cifre)	SI	28.0	Codice Farmaco
			29.0	Codice Diagnosi

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LF3	Congruenza tra codici farmaci stimolanti l'eritropoiesi, codice prestazione e codice tipologia di prestazione. Se il Codice prestazione è valorizzato con il codice 39.95.0 (prestazioni dialisi), allora il Codice farmaco deve essere compilato con un farmaco minsan il cui codice ATC inizia con B03XA e il Tipo Prestazione può essere valorizzato con 10 se il farmaco è somministrato in regime ambulatoriale oppure con la tipologia 31 - "Farmaci soggetti a monitoraggio regionale somministrati in regime di ricovero"	SI	17.0	Codice Prestazione
			28.0	Codice Farmaco
			58.0	Tipo Prestazione
LF6	Congruenza tra importo totale, codice farmaco e prezzo dal listino regionale dei vaccini iposensibilizzanti e tipo prestazione Nel caso in cui codice farmaco sia un vaccino iposensibilizzante il valore indicato nel campo 21.0 - Importo totale, dovrà essere uguale al prezzo indicato nel listino regionale dei vaccini iposensibilizzanti (prodotti ITS) moltiplicato per la quantità erogata e il tipo prestazione dovrà essere valorizzato con '32' (e viceversa)	SI	21.0	Importo totale
			28.0	Codice farmaco
			89.0	Quantità erogata
			58.0	Tipo prestazione
LF7	Congruenza tra targatura, codice farmaco, e codice tipo prestazione, quantità e unità di misura Nel caso in cui la quantità erogata venga indicata con unità di misura 01- Confezioni e il campo 28.0 – Codice Farmaco sia compilato con un codice MinSan, valgono le seguenti indicazioni: - Per le ricette con tipo prestazione 01 e 02: a partire dal 1 giugno 2015 (data di prescrizione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0 - Targatura. - Per le ricette con tipo prestazione 03 e 33: a partire dal 1 settembre (data di prescrizione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0 – Targatura. - Per le ricette con tipo prestazione 04, 05 e 09: a partire dal 1 gennaio 2016 (data di erogazione) è obbligatoria la compilazione del campo 88.0 - Targatura Si precisa che nel caso di compilazione del campo 88.0 Targatura, -la quantità erogata deve essere valorizzata con 1 Nel caso di quantità > 1 sullo stesso codice farmaco la targatura deve essere riportata su più righe per un numero pari a quello della quantità erogata.	SI	28.0	Codice farmaco
			56.0	Unità di misura
			88.0	Targatura
			89.0	Quantità erogata
			58.0	Tipo prestazione
LF8	Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco Vedi capitolo 12 – Controllo LF8		03.1	Ente Erogatore
			58.0	Tipo prestazione
LF9	Congruenza tra codice medicinale AIC e data di erogazione – codici revocati. Il codice farmaco alla data di erogazione indicata nella ricetta, deve essere valorizzato con un codice medicinale AIC non presente nella tabella dei farmaci revocati/sospesi indicata al capitolo 11.	SI	28.0	Codice farmaco
			15.0	Data effettuazione prestazione
LG0	Congruenza tra tipo prestazione e codice medicinale AIC Nel caso di tipo prestazione: 01- Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da ricovero e day hospital, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo e 02 - Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, il codice medicinale AIC non può essere un medicinale in fascia H.	SI	28.0	Codice farmaco
			58.0	Tipo prestazione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI		CAMPO	
			N°	NOME
LG1	Congruenza tra tipo prestazione 33 e codice prestazione Se il tipo prestazione vale 33 allora il campo codice prestazione deve essere compilato con il valore 99.25.5	SI	17.0	Codice prestazione
			58.0	Tipo prestazione
LG2	Congruenza tra tipo prestazione, unità misura e quantità erogata Nel caso di distribuzione diretta di farmaci, identificata con le tipologie 01,02,03,04,05 e 09, nel caso di indicazione del farmaco come unità posologiche, unità misura 25, allora la quantità erogata non può essere espressa in decimali		56.0	Unità di misura
			58.0	Tipo prestazione
			89.0	Quantità erogata
LG3	Congruenza tra codice medico e tipo prestazione A partire dalla competenza mese di luglio 2018 il campo è obbligatorio per distribuzione diretta, con Tipo prestazione valorizzato 03. Il controllo non si applica nel caso di ricette SSN e ricette del SSN per la distribuzione per conto		58.0	Tipo prestazione
			04.0	Medico Prescrittore
			57.0	Modalità di erogazione
LG4	Congruenza tra dispositivo per Flash Glucose monitoring e codice fiscale I dispositivi per Flash Glucose monitoring possono essere distribuiti solo a pazienti presenti su RRD (Registro regionale diabetici)		28.0	Codice farmaco
			08.0	Codice fiscale
LG5	Congruenza tra codice farmaco e Flag Indicazione innovativi oncologici e non. Per i farmaci oncologici e non, classificati come innovativi, è necessario indicare se sono stati distribuiti o somministrati per la terapia innovativa nel periodo di validità dell'innovatività. Se il codice farmaco è presente nell'elenco e la data della Prestazione è successiva al periodo di validità dell'innovatività il flag può essere valorizzato (caso di trattamenti iniziati prima della scadenza dell'innovatività con somministrazioni che proseguono). Se il codice farmaco non è presente nell'elenco non deve essere compilato il Flag Indicazione innovativi oncologici e non.		28.0	Codice farmaco
			83.0	Flag Indicazione innovativi oncologici e non
			15.0	Data effettuazione della prestazione
LG7	Coerenza della prestazione rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale. <u>A partire dalla competenza 2020:</u> per i soli identificativi paziente ENI/STP rilasciati dalle ASL della Regione Piemonte la prestazione deve essere coerente rispetto al periodo di validità del tesserino ISI presente nella Banca Dati Centri ISI regionale		08.0	Codice fiscale
			15.0	Data effettuazione della prestazione
LG9	Congruenza tra tipo prestazione 36 e codice farmaco. Se il codice farmaco è presente nell'elenco farmaci ad alto costo il tipo prestazione non può essere valorizzato con '36'.		58.0	Tipo prestazione
			28.0	Codice farmaco

8.2 Controlli Formali (tipo F)

I controlli formali vengono applicati a tutti i campi; nel caso di errata compilazione del campo l'errore restituito è il codice del campo in errore.

Il paragrafo elenca i tipi di controlli formali applicati ai campi dei tracciati:

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
F01	Campo Obbligatorio Non Valorizzato	SI	Applicato a tutti i campi obbligatori
F02	Valore non accettabile	SI	Valore non compatibile con il tipo del campo
F03	Valore non numerico	SI	Presenza di caratteri in campi numerici
F05	Valore non presente in tabella	SI	Valore non presente nella tabella di riferimento o nell'insieme di valori permessi per il campo
F06	Data non valida	SI	Errore di compilazione sulla data
F07	Campo formalmente errato	SI	Errata compilazione del campo se soggetto a formattazione specifica (es. codice fiscale, nr. ricetta, identificativo esterno)
F08	Valore non alfabetico	SI	Presenza di cifre numeriche in campi alfabetici (es. cognome e nome)
F09	Valore non coerente nell'intera ricetta	SI	Valori differenti per lo stesso campo su righe diverse, dove è previsto che il campo assuma sempre lo stesso valore

8.3 Controlli Bloccanti (tipo N)

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
N01	Errori bloccanti sui campi fondamentali	SI	
N02	Anno di competenza non accettato	SI	
N03	Supporto scartato per errata quadratura record	SI	
N04	Errata sequenza codice supporto rispetto alla max. versione della ricetta	SI	
N05	Deve esistere il blocco informazione precedente, se il tipo movimento C.	SI	Nell'archivio non esiste il blocco informazioni per il quale è stata richiesta la cancellazione
N06	Anno di competenza chiuso	SI	
N07	Record anagrafico inesistente a fronte di un record di dettaglio presente	SI	
N08	Record di dettaglio inesistente a fronte del record anagrafico presente	SI	
N09	Chiave univoca del blocco informazioni e tipo movimento duplicati nel supporto	SI	Lo stesso blocco informazioni è presente più volte nello stesso supporto
N10	Cambio anno di competenza dopo la chiusura contabile	SI	

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO	NOTE
N11	Cancellazione/sostituzione di ricetta anno contabile chiuso non ammessa	SI	Non sono ammesse sostituzioni o cancellazioni di ricette ad anno contabile chiuso.
N12	Blocco informazioni esistente per tipo movimento spazio.	SI	Nell'archivio esiste già un blocco con la stessa chiave logica; il blocco informazione deve essere inviato con tipo movimento a "S"

8.4 Segnalazioni

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	BLOCCO
S02	Cancellazione effettuata	NO
S03	Campi incompleti per valutazione percorso di disabilità	NO
S10	Incongruenza tra importo totale, quantità erogata, prezzo al pubblico del medicinale	NO
S13	Ricetta inviata il termine di Primo invio previsto per il flusso nel calendario regionale, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta.	NO
S14	Ricetta inviata oltre il termine di Consolidamento previsto per il flusso nel calendario regionale, la segnalazione è verificata sulla base della data di notifica della ricetta	NO
SA1	Codice fiscale non presente nell'archivio AURA	I record inerenti a questa segnalazione verranno acquisiti a fini statici, mentre per quanto concerne l'eventuale valorizzazione si procederà secondo le indicazioni che verranno fornite dal competente Settore della Direzione Sanità

9 TRACCIATI DI RITORNO PER LA GESTIONE DEGLI ERRORI

La suddivisione dei tracciati in coppie di file (anagrafico e dati di dettaglio) porta ad avere una differente gestione della restituzione degli errori per i flussi basati su due file.

A fronte dell'introduzione dei nuovi controlli utilizzati per verificare la corrispondenza tra record anagrafico e record di dettaglio (sempre attraverso la chiave univoca del blocco di informazioni), vengono inseriti due nuovi codici di errore:

- N07 record anagrafico inesistente a fronte di uno o più record di dettaglio presenti
- N08 record di dettaglio inesistente a fronte del record anagrafico presente

Nel caso di record anagrafico inesistente verranno restituiti i record di dettaglio con codice errore N07.

Nel caso di record di dettaglio inesistenti verrà restituito il record anagrafico con codice errore N08.

Gli errori N07 e N08 sono considerati formali e bloccanti, poiché non permettono l'elaborazione del record.

Gli errori logici vengono restituiti sul file che contiene i campi che hanno determinato l'errore. Qualora l'errore coinvolga campi di entrambi i file il codice viene restituito su entrambi i file.

Inoltre è possibile che una ricetta venga scartata nella sua totalità per errori appartenenti al solo file anagrafico o viceversa che il file anagrafico sia corretto e siano presenti degli errori solo nel file delle prestazioni. In entrambi i casi verranno restituiti sia dati anagrafici che i dati di prestazioni.

10 INVIO TRAMITE GESTORE FLUSSI

La ristrutturazione dei tracciati, comporta un adeguamento dei nomi dei file trasmessi mediante il “Gestore Flussi”.

La tabella riassume i nuovi nomi:

- per l’invio dei dati che hanno competenza 2006 e superiori i nomi dei file sono evidenziati nelle colonne **Anagrafico** e **Prestazione**; i flussi B, C4 e C5 non hanno il file Anagrafico
- la nuova nomenclatura segue le seguenti regole
 - un carattere per discriminare il tipo di trasmissione: i (invio)
 - due caratteri per identificare la sezione: an (anagrafica) pr (prestazioni)
 - due caratteri per identificare la tipologia di flusso: c0, c2, c4, c5, d0, f0
 - tre caratteri per identificare la versione del tracciato “001” tracciati competenza 2006 e successivi, fino a nuove necessità di variazioni di tracciato.

Flussi	Anagrafico (dal 2006)	Prestazione (dal 2006)
D	iand0001.txt	iprd0001.txt
F	ianf0002.txt	iprf0002.txt

11 TABELLE DI SUPPORTO COMPILAZIONE FLUSSI

Le tabelle di supporto alla compilazione del flusso **file F** vengono pubblicate sulla piattaforma PADDI, su Sistema Piemonte, al seguente indirizzo :

<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/121-paddi-piattaforma-per-l-analisi-dati-decisionali-integrati-della-sanita>

Le tabelle, in formato xls, sono fruibili dalla sezione :

DWSAN - Data Warehouse Sanità →

FLUSSI SDO e Prestazioni → Reportistica (Regione,ASL,ASO,Presidi) → Tabelle istituti pubblici

Tabella codici sostanza farmaci - Codici sostanza di farmaci forniti ai sensi della legge 648/96 e non ancora registrati e commercializzati in Italia (per compilazione campo 28.0).

Tabella tipologie di erogazione farmaci - Tabella delle tipologie di erogazione del farmaco (per compilazione campo 58.0).

Tabella unità di misura - Unità Misura per tracciato F (per compilazione campo 56.0).

Tabella codici prestazioni per farmaci – Codici prestazioni per Farmaci somministrati in regime ambulatoriale (per compilazione campo 17.0).

Tabella codici per emocomponenti – Codici prodotto per Emocomponenti connessi alla prestazione di trasfusione (per compilazione campo 28.0).

Tabella vaccini iposensibilizzanti - Codici vaccini iposensibilizzanti (per compilazione campo 28.0) e relativo prezzo da listino.

Tabella farmaci galenici per malattie rare - Codici farmaci galenici per malattie rare (per compilazione campo 28.0).

Tabella congruenza prestazioni e farmaci in ambito tipologia 10 - Codici prestazione e codici farmaco rilevabili nell'ambito della tipologia 10-Farmaci somministrati direttamente.

Tabella farmaci Galenici generici - Codici farmaci galenici generici (codifica ministeriale) da utilizzare per la compilazione del campo 28.0.

Tabella farmaci Esteri - Codici farmaci esteri (codifica ministeriale) da utilizzare per la compilazione del campo 28.0.

Tabella codici minsan revocati/sospesi – Elenco codici farmaci revocati o sospesi.

Tabella farmaci Innovativ Oncologici e non - Elenco codici farmaci innovativi oncologici e non, per i quali è richiesta la valorizzazione del campo 83.0

Tabella comuni e codici stati esteri - Elenco codici ISTAT comuni italiani ed elenco codici stati esteri.

La tabella è pubblicata su Sistema Piemonte al seguente indirizzo :

<http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/26-aura-archivio-unico-regionale-degli-assistiti/1879-documentazione>

nella parte : **Documentazione dati di riferimento per i controlli**

12 TABELLE A SUPPORTO CONTROLLI LOGICI

La seguente sezione riporta delle tabelle a supporto della costruzione di controlli logici che coinvolgono più campi

Controllo L89 - Congruenza informazioni assistito e Tipo Ricetta; il controllo mette in relazione i seguenti campi

- **71.0 Tipo Ricetta:** nella scheda di riferimento è presente la legenda dei valori applicabili
- **72.0 Regime di erogazione della prestazione:** nella scheda di riferimento è presente la legenda di valori applicabili
- **63.0 ID cittadino**
- **08.0 Codice fiscale** (CF indica codice fiscale italiano, 9 indica un codice fiscale composto dalla stringa “9999999999999999”, 0 indica un codice fiscale composto dalla stringa “0000000000000000”, STP deve essere utilizzato per i cittadini stranieri temporaneamente residenti in Italia si utilizza il codice ISI avente la seguente struttura: “STP+ 010+ codice ASL + 7 cifre numeriche”)
- **11.0 Provincia e comune o stato estero di Residenza** (COMUNE indica un codice comune italiano; 999EEE indica una stringa con codice 999 seguita da un codice stato; STPEEE indica una stringa con codice STP seguita da un codice stato)
- **62.0 Regione o stato estero di residenza** (REG indica una regione / provincia autonoma italiana / stato estero)
- **12.0 ASL di residenza** (ASL indica una ASL italiana/999 indica stato estero)
- **61.0 Cittadinanza** (solo Europa: sono ammessi solo codici di stati appartenenti alla UE; extra Europa: sono ammessi tutti i codici eccetto quelli della UE)
- **93.0 Onere spesa** (a partire dall’elaborazione del 15 marzo 2010)

Le colonne Tipologia Utente, Modulistica di Riferimento, Mobilità e Modalità di addebito non fanno riferimento a campi del tracciato e sono da considerarsi accessorie per la corretta compilazione del tracciato

N.	TIPOLOGIA UTENTE	TIPO RICETTA	ID CITTADINO	COD FISCALE	COMUNE STATO RESIDENZA	REGIONE RESIDENZA	ASL RESIDENZA	CITTADINANZA	ONERE SPESA	MODULISTICA DI RIFERIMENTO	MOBILITA'	MODALITA' DI ADDEBITO
1	Residenti o domiciliati, assistiti a carico SSN	nullo	nullo	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	qualsiasi eccetto 999	S		Nazionale	a carico SSN
2	Stranieri assicurati extra-europei di paesi in convenzione in temporaneo soggiorno	EE	nullo	tutti 9	999 + codice stato estero paesi in convenzione esclusi UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
3	Stranieri assicurati europei in temporaneo soggiorno	UE	ID CITTADINO	tutti 9	999 + codice stato estero UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
4	Cittadini italiani residenti all'estero (ai sensi della circolare del Ministero della Sanità 1000.V-19/833/630 del 11.11.1996), temporaneamente presenti in Italia, titolari di pensione corrisposta da enti previdenziali italiani o di coloro che abbiano lo status di emigrato.	nullo	nullo	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	100	S		no	a carico SSN
5	Cittadini italiani residenti all'estero temporaneamente presenti in Italia (ai sensi delle circolari ministeriali 1000/III/20268 del 20/06/96, DPS/IX/2616 del 21/05/99 e DG RUERI/95777/I.3.b del 02/12/04).	nullo	ID CITTADINO	Effettivo o tutti 9 se anonimo o tutti 0 se neonato	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	100	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute

6	Assistiti italiani SASN con visita ambulatoriale	NA	nullo	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	100	A		Nazionale	a carico SASN – fatturazione diretta
7	Assistiti italiani SASN con visita domiciliare	ND	nullo	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	100	A		Nazionale	a carico SASN – fatturazione diretta
8	Assistiti stranieri SASN da istituzioni estere europee	NE	ID CITTADI NO	tutti 9	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
9	Assistiti stranieri SASN da istituzioni estere extra- europee con convenzione	NX	nullo	tutti 9	999 + codice stato estero paesi in convenzione esclusi UE o SEE o Svizzera	Codice stato estero	999	qualsiasi eccetto 999	M		Internazionale	Fatturazione al Ministero Salute
10	Stranieri comunitari sprovvisti di assicurazione sanitaria o tessera TEAM (ENI) rif. Nota regionale 7179 DA/2000 del 22/02/2008	ST	nullo	codice ENI	ENI + codice stato estero (paesi UE o SEE o Svizzera)	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	M		Internazionale	Carico del SSR
11	Stranieri in temporaneo soggiorno (STP) a carico SSN	ST	nullo	codice STP	STP + codice stato estero (escluso paesi UE o SEE o Svizzera)	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	S	Dichiarazion e Indigenza	no	a carico SSN
12	Stranieri in temporaneo soggiorno (STP) a carico Ministero dell'Interno (ai sensi della circolare ministeriale N5 del 20.03.2000)	ST	nullo	codice STP	STP + codice stato estero (escluso paesi UE o SEE o Svizzera)	Codice stato estero	999	diverso da 100 e 999	I	Dichiarazion e Indigenza	no	Fatturazione al Ministero Interno
13	Apolide a carico SSN	nullo	nullo	tutti 9	999999	999	999	999	S		no	a carico SSN

(*) Per Domiciliato si intende il caso di cittadino UE, SEE o Svizzera, non residente in Italia, ma in possesso di codice fiscale in quanto lavoratore regolare e pertanto iscritto al SSN. In questo caso i campi

11.0 – “Provincia/Comune di residenza”

12.0 - “ASL di residenza”

62.0 – “Regione di residenza”

dovranno esser compilati con i riferimenti del Comune/ASL/ Regione di domicilio;
il campo 80.0 – “Codice riferimento normativo” andrà compilato con il valore “221D”;

Controllo L99 - Congruenza tra Numero Ricetta e Tipo Record

Codice flusso	Controllo
D	- Lunghezza massima 15 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere spazio - Se le prime tre cifre sono 010 (Piemonte) allora il numero ricetta deve essere registrato nel R.U.R – registro unico delle ricette - Se le prime tre cifre non sono 010 devono essere un codice regione
F	Nel caso di distribuzione per conto, campo 57.0 – Modalità di erogazione valorizzato con 'P': - Lunghezza massima 15 - Solo cifre numeriche da 0 a 9; l'ultimo carattere deve essere spazio - Se le prime tre cifre sono 010 (Piemonte) allora il numero ricetta deve essere registrato nel R.U.R – registro unico delle ricette - Se le prime tre cifre non sono 010 devono essere un codice regione

Controllo LF8 - Congruenza tra ente erogante e tipo prestazione farmaco

Tipo Prestazione	Tipologia Prestazione	Codice HSP 11 +bis	Codice STS11
01	Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da ricovero e day hospital, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, tranne farmaci oncologici ad alto costo. Escluso farmaci H.	SI	NO
02	Farmaci distribuiti direttamente alla dimissione da visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, per pazienti non presi in carico. Escluso farmaci H.	NO	SI
03	Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti cronici soggetti ai piani terapeutici o presi in carico, a partire dal primo ciclo di terapia, incluse le terapie ancillari.	SI	SI
04	Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza domiciliare.	NO	SI
05	Farmaci distribuiti direttamente ai pazienti in assistenza residenziale o semiresidenziale.	NO	SI
06	Farmaci con somministrazione per via sistemica (solo prestazioni in D.G.R. 105-20262 del 30/06/1997).	SI	SI
07	Farmaci somministrati in regime di ricovero ad assistiti emofilici e Radiofarmaci in ricovero protetto (ordinario e DH).	SI	SI
08	Emocomponenti connessi alla prestazione di trasfusione.	SI	SI
09	Erogazione diretta e gratuita di farmaci agli Istituti Penitenziari.	SI	NO
10	Farmaci somministrati direttamente ad alto costo e Farmaci somministrati per prestazioni a pacchetto.	SI	SI
20	Assistenza integrativa - Presidi per diabetici.	SI	SI
21	Assistenza integrativa - Dietetici per celiachia.	SI	SI
22	Assistenza integrativa - Dietetici per nefropatie.	SI	SI
23	Assistenza integrativa - Materiale di medicazione.	SI	SI
24	Assistenza integrativa - Nomenclatore tariffario.	SI	SI
25	Assistenza protesica per malati HIV.	SI	SI
30	Farmaci in uso "Off Label" somministrati a pazienti in regime di ricovero	SI	NO

	ordinario.		
31	Farmaci soggetti a monitoraggio regionale erogati in regime di ricovero a pazienti con insufficienza renale cronica.	SI	NO
32	Vaccini Iposensibilizzanti con codice regionale o con AIC.	SI	SI
33	Farmaci distribuiti per prestazioni a pacchetto (rif. D.G.R. 33-5087 del 18/12/2012)	SI	SI
34	Farmaci CNN	SI	SI
35	Centralizzazione acquisti dei farmaci oncologici e non oncologici innovativi da parte delle ASL	SI	SI
40	Farmaci distribuiti a pazienti COVID-19	SI	SI
41	Farmaci somministrati a pazienti ricoverati COVID-19	SI	SI
36	Farmaci innovativi somministrati a pazienti ricoverati (esclusi quelli nell'elenco farmaci ad alto costo) o pazienti in regime ambulatoriale	SI	SI

FAC SIMILE TESSERA SANITARIA

			
REpubBLICA ITALIANA		TESSERA SANITARIA	
Codice Fiscale		Data di scadenza	
Cognome		Sesso	
Nome			
Luogo di nascita			
Provincia		O.ti san r/l regionali	
Data di nascita			

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA			
			
3 Cognome			
4 Nome	5 Data di nascita		
6 Numero di identificazione personale	7 Numero di identificazione dell'istituzione		
8 Numero di identificazione della tessera	9 Scadenza		



FLUSSO INFORMATIVO RICOVERI OSPEDALIERI (SDO)

DISCIPLINARE TECNICO

-Tracciati XML -

SOMMARIO

NOTE ALLA VERSIONE	4
1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	7
1.1 Obiettivi e ambito di applicazione	7
1.2 Codifica di diagnosi e interventi e versione del Grouper	8
1.3 Struttura del documento	8
2. GENERALITÀ	9
2.1 Acronimi ed abbreviazioni	9
2.2 Riferimenti normativi	9
2.3 Definizioni	10
2.4 Regole generali di compilazione	11
2.5 Casi particolari di compilazione	12
2.5.1 Istituti privati non accreditati	12
2.5.2 Regole di compilazione nei casi di “trasferimento breve” da post-acuzie a pronto soccorso	12
2.5.3 Codifica delle diagnosi e degli interventi/procedure	13
3. IL SISTEMA CENTRALIZZATO DI ELABORAZIONE	14
3.1 Elaborazione giornaliera	16
3.1.1 Controlli di validità	16
3.1.2 Controlli di congruità normativa	18
3.1.3 Controlli Automatici di III livello	21
3.1.4 Prima valorizzazione economica (c.d. "lorda")	21
3.1.5 Restituzione	21
3.2 Controlli differiti (post elaborazione giornaliera)	22
3.2.1 Ricoveri con codici fiscali non validati dal servizio SOGEI	22
3.2.2 Ricoveri contemporanei	22
3.3 Rielaborazioni contabili a chiusura competenza	23
4. TRACCIATI RECORD SDO	24
4.1 Premessa	24
4.2 Descrizione del tracciato	24
4.3 Anagrafico (DIPX_S0003_AN.xml)	25
4.4 Clinico (DIPX_S0003_CL.xml)	28
SCHEDE CAMPO	48
4.5 Premessa	48
5. CONTROLLI	229
5.1 I controlli	230
5.1.1 I controlli formali	230
5.1.2 I controlli bloccanti	231
5.1.3 I controlli logici	233
5.1.4 Le segnalazioni	270
6. APPENDICE – TABELLE DI RIFERIMENTO	278

6.1	Combinazioni di valori consentiti per i campi relativi alla residenza anagrafica	278
6.2	Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici del SSR, Presidi ex. art. 41 e 43 L.833/1978 e IRCCS ex. art. 42 L.833/1978 284	
6.3	Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati	287
6.3.1	Tabella Strutture Private Accreditate	287
6.3.2	Tabella Strutture Private accreditate di day surgery di tipo "C"	288
6.4	Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati non accreditati	289
6.5	Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS)	290
6.6	Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery	291
6.7	Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina	292
6.8	Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive, o sostitutive, in istituti / reparti autorizzati	293
6.9	Tabella di prestazioni ad alto costo con tariffe sostitutive in istituti / reparti autorizzati	295
6.10	Tabella Interventi/Procedure non eseguibili in Day Hospital	296
6.11	Tabella dei Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati	296
6.12	Tabella Codici 'E – Causa esterna	296
6.13	Tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare	296
6.14	Tabella interventi che richiedono la compilazione del punteggio EuroSCORE	296
6.15	Tabelle per individuazione punteggio EuroSCORE	296
6.16	Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa del Sesso del paziente	297
6.17	Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa dell'Età del paziente	298
6.18	Tabella dei Codici Intervento con indicazione precisa del Sesso del paziente	298
6.19	Tabella dei Codici Diagnosi presenti al momento del ricovero	298
6.20	Tabella dei Codici Diagnosi con lateralità	298
6.21	Tabella dei Codici Intervento con lateralità	298
6.22	Tabella dei Codici Diagnosi di Malattie infettive di Classe prima	298
6.23	Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Materna	298
6.24	Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Neonato	298

NOTE ALLA VERSIONE

Rispetto alla versione precedente V02 del 2024 sono state introdotte le seguenti modifiche:

- **Nuovo Controllo logico LH7** – per la verifica della coerenza dei ricoveri delle strutture neuropsichiatriche a partire dalla competenza 2024 (*par. 5.1.3 I controlli logici*)
- **Nuova Segnalazione S39** – per la verifica della coerenza dei ricoveri delle strutture neuropsichiatriche a partire dalla competenza 2024 (*par. 5.1.4 Le segnalazioni*)

Si ricordano le modifiche introdotte a partire dal 2024:

- **Aggiornata la Tabella Strutture Private Accreditate** (*par 6.3.1 Tabella Strutture Private Accreditate*)
- **Aggiornata la Tabella Strutture Private accreditate di day surgery di tipo “C”** (*par 6.3.2 Tabella Strutture Private accreditate di day surgery di tipo “C”*)
- **Aggiornamento Tracciato Clinico (DIPX_S0003_CL.xml)** con la presenza dei nuovi campi previsti a partire dalla competenza 2024:
 - Punteggio ASA
 - Tipo anestesia
 - Campi previsti per la corretta gestione della SDO riabilitativa (*par .4.4 Clinico (DIPX_S0003_CL.xml)*)
- **Campo 139.n Cardinalità Diagnosi Secondaria RRF** – nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per la gestione della cardinalità delle diagnosi secondarie nelle SDO RRF (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 137 Classe ASA** – nuovo campo per la gestione del punteggio ASA nei ricoveri chirurgici (sarà attivato nel corso del 2024) (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 138 Tipo Anestesia** – nuovo campo per la gestione del tipo di anestesia nei ricoveri chirurgici (sarà attivato nel corso del 2024) (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 140 Provenienza paziente riabilitativo** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la specifica modalità di provenienza per le SDO RRF (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 141 Modalità dimissione riabilitazione** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la specifica modalità di dimissione per le SDO RRF (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 142 Scala RANKIN** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la Scala di Rankin (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)

- **Campo 143 Bartlel Index Ingresso** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire l'Indice di Barthel in ingresso (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 144 Bartlel Index Uscita** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire l'Indice di Barthel in uscita (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 145 Scala Barthel Dispnea Ingresso** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la Scala di Barthel Dispnea in ingresso (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 146 Scala Barthel Dispnea Uscita** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per per gestire la Scala di Barthel Dispnea in uscita (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 147 Test Cammino 6 Ingresso** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire il valore del Test Cammino 6 min in ingresso (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 148 Test Cammino 6 Uscita** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per per gestire il valore del Test Cammino 6 min in uscita (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 149 Scala Glasgow Coma Ingresso** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la Scala Glasgow in ingresso (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 150 Scala Glasgow Coma Uscita** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la Scala Glasgow in uscita (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 151 Scala Glasgow Coma Extended Ingresso** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la Scala Glasgow Extended in ingresso (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 152 Scala Glasgow Coma Extended Uscita** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la Scala Glasgow Extended in uscita (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 153 Scala Level of cognitive functioning Ingresso** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la Scala Level of cognitive functioning in ingresso (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 154 Scala Level of cognitive functioning Uscita** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la Scala Level of cognitive functioning in uscita (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 155 ASIA Ingresso** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la American Spinal Injury Association in ingresso(*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 156 ASIA Uscita** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire American Spinal Injury Association in uscita (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 157 SCIM Ingresso** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la Spinal Cord Independence Measure in ingresso (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)

- **Campo 158 SCIM Uscita** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la Spinal Cord Independence Measure in uscita (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 159 RCS Ingresso** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per per gestire la Rehabilitation Complexity Scale in ingresso (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 160 RCS Uscita** - nuovo campo previsto dal DM della SDO riabilitativa per gestire la Rehabilitation Complexity Scale in uscita (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 161 Numero Cartella Provenienza** – nuovo campo per la gestione del numero di cartella dell'istituto di provenienza (da compilare solo per le SDO RRF) (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 162 Matricola Sala Operatoria Intervento Principale** – nuovo campo per la gestione della matricola di sala operatoria per gli interventi chirurgici. Il campo non è attivo in attesa degli sviluppi in ARPE (sarà attivato nel corso del 2024) (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Campo 163.n Matricola Sala Operatoria Intervento Secondario** – nuovo campo per la gestione della matricola di sala operatoria per gli interventi chirurgici. Il campo non è attivo in attesa degli sviluppi in ARPE (sarà attivato nel corso del 2024) (*par. 4.5 SCHEDE CAMPO*)
- **Controllo Formale F10** – nuovo controllo per campo non attivo valorizzato (*par. 5.1.1 I controlli formali*)
- **NUOVI Controlli logici** – controlli attivi dalla competenza 2024 (*par. 5.1.3 I controlli logici*)
 - **LH6** Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento
 - **LRA** Coerenza compilazione Cardinalità diagnosi secondaria in nuova SDO RRF
 - **LRB** Coerenza provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF
 - **LRC** Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF
 - **LR0** Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF
 - **LR1** Coerenza scala RANKIN
 - **LR2** Coerenza scala BARTHEL INDEX
 - **LR3** Coerenza scala BARTHEL DISPNEA
 - **LR4** Coerenza scala TEST CAMMINO 6
 - **LR5** Coerenza scala GLASGOW COMA
 - **LR6** Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED
 - **LR7** Coerenza scala Level of Cognitive Functioning
 - **LR8** Coerenza scala ASIA
 - **LR9** Coerenza scala SCIM
 - **LRD** Coerenza scala RCS
 - **LRE** Coerenza cartella di provenienza
 - **LRF** Diagnosi V57.xx in Diagnosi principale
 - **LRG** Diagnosi V57.xx in Diagnosi secondaria

1. PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

1.1 Obiettivi e ambito di applicazione

Il presente disciplinare offre alle Aziende Sanitarie e alle strutture di ricovero le istruzioni per la corretta compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO d'ora in avanti) e la relativa registrazione nell'archivio regionale.

Discende da indicazioni ministeriali che, introducendo significativi cambiamenti rispetto alla normativa pre-esistente in tema di SDO, suggeriscono l'opportunità di un disciplinare specificatamente dedicato.

Il presente documento **si applica alle cartelle a partire dalle competenze 2016¹**, con le seguenti avvertenze:

- il tracciato XML e le regole di compilazione qui descritte **si applicano integralmente ai dimessi a partire dal 1 gennaio 2024**;
- eventuali rinvii (o primi invii) di **cartelle riguardanti le competenza precedenti**, successivi alla chiusura della competenza 2016, **dovranno utilizzare il tracciato XML qui descritto** lasciando vuoti i campi inesistenti nel tracciato dell'epoca; a tali cartelle **continuano ad applicarsi le regole descritte nel documento dell'anno di competenza**.

Il prospetto che segue illustra la relazione tra SDO e disciplinare di riferimento.

Caratteristiche della SDO	Disciplinari di riferimento
Dimissione a partire dal 1 gennaio 2024	Presente documento
Dimissione a partire dal 1 gennaio 2016 alle dimissioni al 31.12.2023	Tracciato XML del presente documento , con regole di compilazione della relativa versione dell'anno di competenza
Ricovero dal 1 luglio 2013 e dimissione entro il 31 dicembre 2015	Versione 2015 di cui alla DGR 14-6039 del 2/7/2013 e s.m.i.
Ricovero prima del 1 luglio 2013	Versione settembre 2013

Importante

Per le ragioni sopra illustrate il presente documento va considerato come una nuova versione del disciplinare 2016.

Parimenti, i disciplinari pre-2016 non rappresentano precedenti versioni del presente documento ma le ultime versioni di riferimento per le relative SDO di competenza.

¹ Si ricorda che rientrano in tale tipologia i "ricoveri a scavalco", cioè relativi a pazienti ricoverati prima del 1 gennaio 2016 e dimessi a partire da questa data.

1.2 Codifica di diagnosi e interventi e versione del Grouper

Per la codificazione delle diagnosi e degli interventi ICD-9-CM si fa riferimento alla versione 2007 e il sistema di attribuzione dei DRG utilizzato è il **GROUPER** nel 24° aggiornamento.

A partire dai dimessi dal 01.02.2020 sono stati introdotti nuovi codici diagnosi per la gestione corretta della codifica Covid secondo DM 28 ottobre 2020 (GU n. 26 del 01/02/2021).

1.3 Struttura del documento

Il documento si articola nelle seguenti sezioni:

- ❑ PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO: il presente capitolo
- ❑ GENERALITÀ: 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 CENTRALIZZATO DI ELABORAZIONE: illustra l'impianto complessivo del sistema, la logica con la quale opera ed il processo che segue
- ❑ TRACCIATI RECORD SDO: contiene le tabelle relative ai tracciati (anagrafico e clinico) in cui si articola il flusso SDO
- ❑ SCHEDE CAMPO: è il cuore del documento e contiene le schede di tutti i campi del tracciato. Per ciascuna scheda sono riportate tutte le informazioni utili alla compilazione e riportati tutti i controlli (poi specificati nella sezione successiva) dai quali ciascun campo è coinvolto
- ❑ CONTROLLI : è la sezione in cui sono riportate le specifiche di tutti i controlli e le segnalazioni applicate ai campi descritti nella precedente sezione del Disciplinare
- ❑ APPENDICE: contiene tutte le tabelle di codifica utilizzate dal sistema, le combinazioni di valori consentiti o non consentiti e tutte le informazioni accessorie alla compilazione del tracciato

Le procedure di valorizzazione essendo di fatto indipendenti da tracciato, regole di compilazione e controlli sono descritte in un documento separato che costituisce concettualmente il complemento al presente disciplinare.

2. GENERALITÀ

2.1 Acronimi ed abbreviazioni

A	= ALFABETICO
ADI	= ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
AN	= ALFANUMERICO
AS	= AZIENDA SANITARIA
ASL	= AZIENDA SANITARIA LOCALE
ASO	= AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA
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
PA	= PRESTAZIONI AMBULATORIALI
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. n.165 del 26.09.2023 ha introdotto l'integrazione e l'aggiornamento delle informazioni raccolte dal flusso SDO relative alle sole dimissioni di ricoveri effettuati presso reparti di riabilitazione (discipline codici 28, 56, 75) allo scopo di fornire una migliore descrizione del ricovero riabilitativo e di rappresentarne il prodotto assistenziale anche in termini di esito.
- Per tutto quanto non espressamente normato dal sopracitato DM si fa riferimento alla normativa pre-esistente, ampiamente citata nei precedenti disciplinari.

2.3 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 HSP11 a sei caratteri - eventualmente articolata in più sedi diverse **"ISTITUTI"** - identificati dal subcodice HSP11bis 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 01 = CODHSP11 - STRUTTURA DI RICOVERO (6 caratteri)

CAMPO 02 = CODHSP11 BIS - ISTITUTO DI DIMISSIONE (2 caratteri)

▪ Struttura Erogante

Codice della Struttura che eroga la prestazione, corrispondente alla partita IVA.

(esempio: ASL = 203, 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 "ARPE" - 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 ARPE 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.

- **One Day Surgery**

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

2.4 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 "CODICE INTERVENTO PRINCIPALE").

- ***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.

Con l'introduzione del formato XML, dal punto di vista formale le specifiche di compilazione alle quali occorre attenersi sono quelle espresse dal relativo schema di validazione XSD, alla cui documentazione su Sistema Piemonte si rimanda.

2.5 Casi particolari di compilazione

2.5.1 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 ("Priv. non accr.") 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.

2.5.2 REGOLE DI COMPILAZIONE NEI CASI DI "TRASFERIMENTO BREVE" DA POST-ACUZIE A PRONTO SOCCORSO

A partire dalla **competenza 2017** (per i dimessi dal 01.01.2017) la D.G.R. n. 17-4167 del 07.11.2017 modifica la gestione del "Trasferimento Breve in Pronto Soccorso" rispetto a quanto previsto dalla D.G.R. n. 55-6670 del 11.11.2013 (segue estratto).

"di disciplinare per le strutture di post acuzie pubbliche o private accreditate o equiparate la gestione e la relativa tariffazione dei ricoveri di post acuzie durante i quali sia necessario il ricorso al Pronto Soccorso per il trattamento di evenienze emergenti, non prevedibili al momento dell'ammissione al ricovero e non gestibili nelle stesse strutture, con le finalità di assicurare al paziente la possibilità di proseguire il ricovero nella stessa unità operativa di provenienza, prevedendo che:

- *nel momento in cui la struttura invia il paziente in Pronto Soccorso deve chiudere la SDO e il ricovero, tenendo a disposizione del paziente il posto letto per 24 ore senza renumerazione;*
- *nel caso il soggiorno in PS/DEA duri meno di un giorno (un pernottamento) ed il paziente possa ritornare in post acuzie, viene aperto un nuovo ricovero di prosecuzione del precedente per ultimare il ciclo riabilitativo previsto (il conteggio dei giorni di riabilitazione programmati non riparte da zero);*
- *venga conservata copia della documentazione relativa al passaggio in pronto soccorso anche nella relativa cartella clinica;*
- *il trasporto dal e al Pronto Soccorso sia a carico della struttura che ha disposto il ricorso al Pronto Soccorso".*

Il "**trasferimento breve**" in PS/DEA a partire dalla competenza 2017 prevede la chiusura della SDO e del ricovero; pertanto non è più utilizzabile la gestione tramite codice convenzionale all'interno dei trasferimenti interni (UO trasferimento: 99.99 e Matricola corrispondente: PRSOCC).

La SDO relativa al **nuovo ricovero di prosecuzione** (soggiorno in PS/DEA meno di 1 giorno (un pernottamento) e ritorno in postacuzie per ultimare il ciclo riabilitativo previsto) sarà caratterizzata dalla compilazione del campo 135 - Numero Scheda SDO di postacuzie precedente con il numero di cartella relativa al ricovero chiuso per trasferimento in PS/DEA.

Le cartelle di postacuzie “precedente” e “di prosecuzione” ovviamente rappresentano i momenti del ciclo riabilitativo previsto per il paziente interrotti da un soggiorno in PS/DEA che duri meno di un giorno (un pernottamento) e pertanto il conteggio dei giorni di riabilitazione programmati per il ricovero di prosecuzione NON riparte da zero.

Per la **competenza 2016** (dimessi dal 01.01.2016 al 31.12.2016) resta in vigore quanto sotto riportato.

La procedura – che riguarda Case di Cura private accreditate, Istituti Classificati e gli IRCCS ed è limitata ai casi di trasferimento breve in Pronto Soccorso, da ricoveri in post-acuzie - è la seguente:

- La gestione del “trasferimento breve in Pronto Soccorso” deve avvenire all’interno dei Trasferimenti Interni
- L’istituto del ricovero in post-acuzie interrompe temporaneamente l’episodio di ricovero segnalando sul primo campo libero di trasferimento la data di uscita temporanea, sulla corrispondente U.O. di trasferimento il codice convenzionale 99.99 e sulla matricola corrispondente il codice convenzionale PRSOCC
- Al rientro del paziente in post-acuzie entro due giorni sulla cartella si indica nel primo campo disponibile Data/ora di trasferimento uguale alla Data/ora di rientro e nella relativa U.O. di trasferimento la stessa U.O. e matricola dal quale il paziente proveniva prima del trasferimento in Pronto Soccorso.

In nessun caso la SDO di post-acuzie dovrà riportare nel campo Giorni Permesso RO i giorni di sospensione del ricovero.

Nel caso in cui il ricovero in Pronto Soccorso duri più di due giorni la SDO di post-acuzie dovrà essere chiusa con dimissione alla data del trasferimento in Pronto Soccorso (senza l’indicazione del trasferimento nella U.O. 9999).

Nel valorizzare la SDO di post-acuzie, le giornate nell’U.O. 9999 verranno riconosciute al 50% della tariffa giornaliera.

2.5.3 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.

3. IL SISTEMA CENTRALIZZATO DI ELABORAZIONE

Il tracciato record SDO costituisce l'input alla procedura di elaborazione del flusso informativo relativo ai dimessi (d'ora in avanti *Sistema Centralizzato*), al termine di un iter sanitario in regime di ricovero ordinario, diurno (Day Hospital) o One Day Surgery o di ospedalizzazione a domicilio.

Compito del *Sistema Centralizzato* è quello di sottoporre ogni SDO ricevuta a tutte le verifiche e gli algoritmi derivanti dalle normative esistenti e di registrare gli esiti delle varie elaborazioni sulla *Base Dati Centrale*, fornendo agli utenti gli opportuni riscontri (*restituzioni*) tramite il sistema di invio delle SDO (MOBS)

A seguito dell'elaborazione ogni singola sdo può essere considerata:

- **Valida** (quando supera tutti i controlli)
- **Segnalata** (quando li supera ma con alcuni punti di attenzione per il compilatore)
- **Errata** (quando non li supera)

Le SDO valide e segnalate sono inoltre oggetto di una prima valorizzazione, cosiddetta "lorda", che sarà poi oggetto di ulteriore rivalorizzazione dopo la chiusura della competenza.

Per una trattazione dettagliata del sistema di valorizzazione delle SDO si rimanda all'apposito documento che, come detto, costituisce il complemento al presente disciplinare tecnico.

Gli utenti possono movimentare i record di propria competenza attraverso l'utilizzo del campo 05 (Tipo Movimento), che consente

- **Inserimenti** ("I")
- **Sostituzioni** ("S")
- **Cancellazioni** ("C")

Il record da sostituire o cancellare viene identificato (in base a: codhsp11, codbis, anno, numero cartella), tra le SDO inviate.

Nota bene: la numerazione delle cartelle è univoca a livello di CODHSP11.

Senza entrare nel dettaglio di ciascuna di esse, le varie **fasi** cui va incontro ogni singolo record SDO ricevuto dal Sistema Centralizzato sono le seguenti:

1. Elaborazione giornaliera
 - a. Controlli di validità
 - b. Codificazione del DRG attraverso il Grouper 3M (si veda paragrafo "Codifica di diagnosi e interventi e versione del Grouper")
 - c. Controlli di congruità normativa
 - d. Controlli di terzo livello
 - e. Prima valorizzazione economica (c.d. "lorda")
 - f. Restituzione
2. Controlli differiti post elaborazione giornaliera
3. Rielaborazioni contabili a chiusura competenza

La fase 1 con le relative sottofasi avviene ad ogni elaborazione (giornaliera, in linea di massima), la fase 2 dopo la chiusura della competenza annuale e comprende tutti i controlli e le procedure di abbattimento che discendono dalla normativa vigente al momento dell'elaborazione e che non possono essere eseguite giornalmente perché necessitano della disponibilità dell'intera base dati.

L'Assessorato alla Salute ha definito nella D.G.R. 13-6981 il calendario di invio delle SDO.

L'invio del flusso successivo alla scadenza mensile definita, ma non oltre la scadenza annuale, viene comunque accettato e valorizzato ma segnalato come «fuori tempo massimo»; tale flusso ha valore contabile.

L'invio del flusso successivo alla scadenza annuale è accettato e valorizzato in extracompetenza; tale flusso ha valore epidemiologico ma non contabile.

3.1 Elaborazione giornaliera

Sui record ricevuti 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.
- sui record ricevuti si effettua la verifica del codice fiscale (sia del paziente che dei medici, qualora presenti) 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 e marcate con errore LC6; l’elenco delle SDO annullate verrà pubblicato su PADDI e verrà inviata comunicazione alle strutture invianti perché possano procedere alla correzione.

Quando, corretti gli errori, le SDO vengono rinviate al Sistema Centrale di Elaborazione, 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.

3.1.1 CONTROLLI DI VALIDITÀ

I controlli di validità sono finalizzati a determinare se ogni singola SDO debba essere annoverata tra i record validi (eventualmente con una o più segnalazioni) o tra quelli errati.

I controlli di validità si articolano in bloccanti, formali e logici.

I **controlli bloccanti** scattano in presenza di record che non consentono in alcun modo l'elaborazione della SDO, cioè i successivi controlli formali e logici (si pensi ad esempio al caso del controllo bloccante N10 cioè di un record dotato di tracciato clinico ma privo della corrispondente parte anagrafica).

I controlli bloccanti restituiscono codici di errore di tipo Nxx (es. N01).

I **controlli formali** restituiscono codici di errore di tipo Fxx (es. F01) e comprendono i controlli finalizzati a verificare che:

- il dato introdotto sia del formato previsto per quel campo;
- il valore introdotto rispetti le regole di validità previste;
- siano rispettati i vincoli di obbligatorietà, qualora presenti

Ogni 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 formali si traducono in codici Fxx che vengono comunicati all'utente tramite le restituzioni; la SDO contenente errori di tipo Fxx viene sempre memorizzata come "record errato".

I controlli formali applicati a ciascun campo sono contenuti nella sezione "Correttezza formale" presente in ciascuna Scheda campo.

Una volta controllati formalmente, i campi devono essere messi in relazione tra loro. Si individuano quindi gruppi logici di informazioni e si procede a controlli di congruenza, cosiddetti **controlli logici** che restituiscono codici di errore di tipo Lxx (es. L01).

Analogamente ai controlli formali, tutti gli errori logici si traducono in codici Lxx che vengono comunicati all'utente tramite le restituzioni; la SDO contenente errori di tipo Lxx viene sempre memorizzata come "record errato".

L'elenco **dei controlli logici applicati** a ciascun campo è contenuto nella sezione "Correttezza logica – Controlli applicati" presente in ciascuna Scheda campo.

La trattazione analitica del funzionamento di ciascun controllo logico è contenuta nel capitolo "Controlli".

3.1.2 CONTROLLI DI CONGRUITÀ NORMATIVA

I dati che hanno superato i controlli di validità e ricevuto la codificazione del DRG dal Gruper 3M vengono sottoposti ad ulteriori controlli cosiddetti di congruità normativa, preliminari alla fase di valorizzazione.

Scopo di tali controlli è la verifica del rispetto di precise indicazioni di legge o incontrovertibili regole di appropriatezza tecnico-scientifica sanitaria; tali controlli possono tradursi in scarti o in particolari adattamenti funzionali alla valorizzazione ed accompagnati da relativa segnalazione.

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

I ricoveri in U.O. di RRF in connessione con un precedente ricovero in Acuzie (oppure, nel caso di DH in RRF di III° livello, in connessione con un precedente ricovero con un RO nella stessa disciplina) sono caratterizzati dal valore inserito nel campo Provenienza assistito (campo 41) che indica un trasferimento diretto (valori: 05, 06, 07, 08) oppure un accesso dal domicilio, ma preceduto dal ricovero connesso nell'intervallo di tempo stabilito (valore C); a fronte di questi valori del campo provenienza assistito deve essere valorizzato anche il campo Istituto di provenienza del paziente (campo 42) con il codice Hsp11-Bis (campo 43) dove si è svolto il ricovero precedente.

In relazione agli accessi in DH riabilitativo cod. 56 possono essere preceduti da un ricovero in acuzie e di riabilitazione (cod. 56, 75, 28); pertanto viene esclusa la continuità rispetto alla lungodegenza (cod. 60).

Nei casi in cui l'UO di ammissione è una UO di RRF, ma la provenienza dell'assistito non è un trasferimento e non è 'C', si verifica che il DRG attribuito dal Grouper sia il 462. Se così non è, il DRG viene "forzato" a 462, secondo quanto previsto dalla DGR 44-22844/1997.

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 ≠ 05 o 06 o 07 o 08 o C)

allora:

se DRG ≠ 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 di II livello e (PROVENIENZA ASSISTITO ≠ 05 o 06 o 07 o 08 o C o E)

allora:

se DRG ≠ 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)

Inoltre la DGR prevede un tetto massimo per i ricoveri di RRF non in connessione con un precedente ricovero in acuzie (o in RO nella disciplina, per quelli di DH di III° livello), la verifica di tale condizione è eseguibile solo a posteriori sull'universo delle SDO archiviate.

□ 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).

La DGR 14-6039 e s.m.i. indica che i ricoveri in Lungodegenza dovrebbero essere effettuati in continuità diretta (campo 41 Provenienza assistito = 05 o 06 o 07 o 08 o E) con ricoveri di acuzie o di postacuzie e fissa un tetto massimo del 20% per i ricoveri in Lungodegenza provenienti da domicilio riconosciuti economicamente dalla Regione; la verifica di tale condizione è eseguibile solo a posteriori sull'universo delle SDO archiviate.

□ 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 74 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 41, 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 in uno dei campi intervento.

Si controlla che l'istituto di cura erogante la prestazione di trapianto di cuore, polmone, fegato, pancreas, rene sia abilitato (rif. "Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina"); 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, 67.xx o 98.xx) nell'ambito della struttura di ricovero e l'intervento può anche essere eseguito in ricovero diurno (rif. "Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina")

□ 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 di Orbassano (HSP11 010904), in relazione alle specifiche attività svolte, sono riconosciute anche SDO con DRG appartenenti alla MDC 4 e 5.

□ 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 Tipo movimento valorizzato a "S" entro i due mesi successivo al mese di competenza.

3.1.3 CONTROLLI AUTOMATICI DI III LIVELLO

Nel corso del 2014 (a partire dalle SDO di competenza 2014) sono stati attivati i Controlli Automatici di III livello al fine di anticipare e dilazionare nel tempo l'elenco delle SDO che, per caratteristiche, rientrano nelle categorie di SDO da verificare.

I criteri dei Controlli Automatici di III livello che definiscono i parametri di individuazione delle SDO sono contenuti nell'allegato che costituisce parte integrante al presente documento.

I Controlli Automatici di III livello sono parte integrante della procedura di elaborazione – acquisizione, pertanto le SDO da verificare verranno restituite contestualmente all'elaborazione tramite il file dei *"Record Anomali"*. (Rif.: *Tracciati Record restituzione Flusso SDO*)

Sarà cura di ciascuna Struttura verificare e reinvia le SDO segnalate anche in caso di assenza di variazioni, confermando la SDO (la procedura NON replicherà la segnalazione in caso di reinvio).

Le modalità di restituzione dei Verbali di Accompagnamento delle SDO verranno definite da Regione Piemonte e comunicate secondo i canali consueti.

3.1.4 PRIMA VALORIZZAZIONE ECONOMICA (C.D. "LORDA")

Terminati i controlli di validità e quelli di congruità normativa i record validi sono memorizzati, in modo definitivo, nell'archivio "SDO corrette". A questo punto il Sistema passa ad elaborare la cosiddetta prima valorizzazione economica ("lorda"), per la quale si rimanda al documento specifico ospitato, come il resto della documentazione ufficiale, nella sezione SDO di Sistema Piemonte.

3.1.5 RESTITUZIONE

Completata la prima valorizzazione lorda, il Sistema passa alla fase di restituzione.

Per le specifiche relative alle restituzioni si rimanda al documento specifico ospitato, come il resto della documentazione ufficiale, nella sezione SDO di Sistema Piemonte.

3.2 Controlli differiti (post elaborazione giornaliera)

Ulteriori controlli non possono, per loro natura, essere eseguiti contestualmente all'elaborazione giornaliera.

La loro esecuzione avviene periodicamente, in taluni casi su espressa richiesta di Regione Piemonte. In conseguenza di tali controlli le valorizzazioni "lorde" SDO possono subire ulteriori abbattimenti o annullamenti.

3.2.1 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**, vengono periodicamente 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, viene pubblicato su Sistema Piemonte, servizio PADDI; le strutture invianti dovranno procedere alla correzione ed al rinvio, con tipo movimento 'S', come per le SDO errate respinte dall'elaborazione quotidiana del flusso dati.

La verifica con il servizio SOGEI si applica anche ai codici fiscali dei medici (anestesisti e chirurghi).

3.2.2 RICOVERI CONTEMPORANEI

Onde evitare l'evenienza che un paziente risulti contemporaneamente ricoverato nella stessa struttura od in diverse strutture di ricovero, Regione Piemonte può richiedere l'esecuzione del 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***

L'elenco delle SDO risultanti dalla esecuzione del presente controllo viene pubblicato su Sistema Piemonte, servizio PADDI.

3.3 Rielaborazioni contabili a chiusura competenza

Chiusa la competenza in base al calendario regionale di cui alla D.G.R n.13-6981 del 30.12.2013 il sistema esegue una serie di controlli che possono determinare una rimodulazione della valorizzazione economica (c.d. "lorda") delle SDO.

I controlli riguardano le seguenti casistiche:

- Ricoveri ripetuti
- Ricoveri con somministrazione di farmaci oncologici ad alto costo
- Verifiche sull'Appropriatezza (LEA)
- Continuità acuzie / post-acuzie dei ricoveri RRF
- Ammissibilità dei ricoveri in DH di RRF
- Continuità acuzie / post-acuzie dei ricoveri in Lungodegenza

Per il dettaglio di tali controlli si rimanda al documento relativo alle procedure di valorizzazione che costituisce il complemento al presente disciplinare.

4. TRACCIATI RECORD SDO

4.1 Premessa

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

- Record "anagrafico": l'accettazione del paziente (dati anagrafici, sociodemografici, residenza)
- Record "Dati clinici": l'anagrafica dell'Istituto erogante le prestazioni in regime di ricovero, movimenti del paziente (trasferimenti interni ed esterni), i dati clinici relativi al ricovero (diagnosi, interventi), i dati sanitari alla dimissione

I due record sono logicamente collegati dal numero di cartella: la numerazione delle cartelle deve essere gestita in modo univoco a livello di Struttura di ricovero (Hsp11).

Con la competenza 2016 i tracciati sono in formato XML.

Per le specifiche ufficiali dei tracciati XML e dei relativi schemi di validazione XSD si rimanda alla documentazione ufficiale (*Tracciati XML e schemi di validazione*) pubblicata su Sistema Piemonte.

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)

4.2 Descrizione del tracciato

Le otto colonne della tabella riportano le seguenti informazioni:

- Numero Campo: indica il numero progressivo del campo. Nel caso di campi ripetitivi, cioè che possono essere presenti più di una volta per ciascuna SDO, il numero sarà seguito da un "punto" e da una "n" a significare la ripetibilità dell'elemento.
- Nome Campo: Termine ufficiale che identifica il campo.
- Lunghezza: numero massimo dei caratteri del campo.
- 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.
- Pubblici e privati accreditati: colonna che riporta l'eventuale obbligatorietà di compilazione del campo; i possibili valori sono i seguenti:
 - (vuoto): campo non obbligatorio
 - OBB: campo obbligatorio (da compilare con il valore corretto, scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE")
 - CON: campo ad obbligatorietà condizionata; il campo va compilato solo in presenza di alcune condizioni per il cui dettaglio si rimanda alle singole schede campo contenute nel Disciplinare tecnico flusso informativo ricoveri ospedalieri (Verdone).
- Privati non accreditati: "NR" in questa posizione indica che il campo non ha rilevanza per i soggetti privati non accreditati e che come tale non sarà oggetto di controlli.

Con il passaggio al formato XML se un evento previsto in un campo della SDO non si verifica, esso dovrà semplicemente essere lasciato vuoto nello schema XML.

4.3 Anagrafico (DIPX_S0003_AN.xml)

Per le specifiche ufficiali dei tracciati XML e dei relativi schemi di validazione XSD si rimanda alla documentazione ufficiale (*Tracciati XML e schemi di validazione*) pubblicata su Sistema Piemonte.

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
Sezione :		<scheda>				
01	<i>Codhsp11</i>	<i><codhsp11></i>	6	<i>Codice HSP11 della struttura di ricovero</i>	<i>OBB</i>	<i>OBB</i>
02	<i>Codbis</i>	<i><codbis></i>	2	<i>Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto di dimissione facente parte della struttura di ricovero</i>	<i>OBB</i>	<i>OBB</i>
03	<i>Anno Riferimento</i>	<i><anno Riferimento></i>	4	<i>Anno del ricovero (di ammissione al ricovero)</i>	<i>OBB</i>	<i>OBB</i>
04	<i>Numero progressivo SDO</i>	<i><numeroProgressivoSDO></i>	6	<i>Numero progressivo numerico della SDO che deve corrispondere a quello della cartella clinica</i>	<i>OBB</i>	<i>OBB</i>
05	<i>Tipo Movimento</i>	<i><tipo Movimento></i>	1	<i>Tipo di movimentazione del record</i>	<i>OBB</i>	<i>OBB</i>
Sezione :		<ANAGRAFICA>				
06	Cognome	<cognome>	50	Cognome del paziente	OBB	OBB
07	Nome	<nome>	50	Nome del paziente	OBB	OBB
08	Sesso	<sex>	1	Sesso del paziente	OBB	OBB
09	Data Nascita	<data Nascita>	8	Data di nascita del paziente	OBB	OBB
10	Comune o Provincia Nascita	<comuneProvinciaNascita>	6	Luogo di nascita del paziente	OBB	OBB
11	Codice Identificativo Paziente	<codiceIdentificativoPaziente>	20	Codice identificativo del paziente desumibile da C.F., TEAM, cod. STP, cod. ENI, ecc.	OBB	OBB
12	Tipo Identificativo Paziente	<tipoIdentificativoPaziente>	1	Tipo di codice indentificativo	OBB	OBB
13	Cittadinanza	<cittadinanza>	3	Cittadinanza del paziente al momento del ricovero	OBB	OBB
14	Stato Civile	<stato Civile>	1	Stato Civile al momento del ricovero	OBB	OBB
15	Livello di Istruzione	<livelloDIistruzione>	1	Titolo di Studio al momento del ricovero	OBB	OBB
16	Condizione	<condizione Professionale	1	Condizione Professione al momento del	OBB	

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
	Professionale			ricovero		
17	Tipo di professione	<tipoDiProfessione>	2	Codice della posizione del soggetto nella professione esercitata al momento del ricovero	OBB	
18	Numero Scheda SDO della puerpera	<numeroSchedaSDODellapuerpera>	10	Numero della scheda SDO della puerpera relativa al parto. Da compilarsi solo nel caso sia presente contemporanea SDO di nuovo nato	CON	CON
Sezione : <RESIDENZA>						
19	Asl Residenza	<aslResidenza>	3	Asl che comprende il comune di residenza del paziente al momento del ricovero	OBB	OBB
20	Regione Residenza	<regioneResidenza>	3	Regione a cui appartiene il comune nella cui anagrafe è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, stato estero di residenza del paziente	OBB	OBB
21	Comune Residenza	<comuneResidenza>	6	Comune nella cui anagrafe è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, stato estero di residenza del paziente	OBB	OBB
Sezione : <TEAM>						
22	Data Scadenza TEAM	<dataScadenzaTEAM>	8	Data scadenza TEAM - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON
136	Numero identificazione personale TEAM	<numeroIdentificazioneTEAM>	20	Numero identificazione personale TEAM - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON
23	Codice Istituzione Competente TEAM	<codiceIstituzioneCompetenteTEAM>	28	Istituto Competente - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON
24	Qualifica Beneficiario TEAM	<qualificaBeneficiarioTEAM>	1	Qualifica del beneficiario - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON
25	Riferimento Normativo TEAM	<riferimentoNormativoTEAM>	4	Codice riferimento normativo - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON
26	Attestato TEAM	<attestato TEAM>	4	Codice attestato - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
Sezione :		<ENI>				
27	Data Scadenza Tesserino ENI	<dataScadenzaTesserinoENI>	8	Data scadenza Tesserino ENI	CON	CON
28	Data Rilascio Tesserino ENI	<dataRilascioTesserinoENI>	8	Data rilascio Tesserino ENI	CON	CON
29	Codice Istituto Emittente ENI	<codiceIstitutoEmittenteENI>	3	Ente emittente Tesserino ENI	CON	CON
30	Riferimento Normativo ENI	<riferimentoNormativoENI>	4	Codice riferimento normativo ENI	CON	CON
Sezione :		<STP>				
31	Data Scadenza Tesserino STP	<dataScadenzaTesserinoSTP>	8	Data scadenza Tesserino STP	CON	CON
32	Data Rilascio Tesserino STP	<dataRilascioTesserinoSTP>	8	Data rilascio Tesserino STP	CON	CON
33	Codice Istituto Emittente STP	<codiceIstitutoEmittenteSTP>	3	Ente emittente Tesserino STP	CON	CON

4.4 Clinico (DIPX_S0003_CL.xml)

Per le specifiche ufficiali dei tracciati XML e dei relativi schemi di validazione XSD si rimanda alla documentazione ufficiale (*Tracciati XML e schemi di validazione*) pubblicata su Sistema Piemonte.

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
Sezione :		<scheda>				
01	<i>Codhsp11</i>	<codhsp11>	6	<i>Codice HSP11 della struttura di ricovero</i>	OBB	OBB
02	<i>Codbis</i>	<codbis>	2	<i>Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto di dimissione facente parte della struttura di ricovero</i>	OBB	OBB
03	<i>Anno Riferimento</i>	<anno Riferimento>	4	<i>Anno del ricovero (di ammissione al ricovero)</i>	OBB	OBB
04	<i>Numero progressivo SDO</i>	<numeroProgressivoSDO>	6	<i>Numero progressivo numerico della SDO che deve corrispondere a quello della cartella clinica</i>	OBB	OBB
05	<i>Tipo Movimento</i>	<tipo Movimento>	1	<i>Tipo di movimentazione del record</i>	OBB	OBB
Sezione :		<DATIISTITUTO>				
34	Asl Territoriale	<aslTerritoriale>	3	Azienda territoriale Sanitaria dove è ubicata la struttura erogante	OBB	OBB
35	Codice Istituto Erogante	<codiceIstitutoErogante>	3	Codice di istituto pubblico o privato che eroga la prestazione	OBB	OBB
Sezione :		<DATIRICOVERO>				
36	Regime Ricovero	<regime Ricovero>	1	Regime di ricovero (ordinario, diurno, one day surgery e ospedalizzazione a domicilio)	OBB	OBB
37	Onere Degenza	<onere Degenza>	1	Si deve specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere delle spese del ricovero	OBB	OBB
38	Data Prenotazione	<dataPrenotazione>	8	Indica la data in cui è pervenuta la richiesta di ricovero programmato all'addetto che deve essere registrata nella lista di attesa.	CON	CON
39	Classe Priorità	<classePriorita>	1	Classe di priorità del ricovero programmato	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
Sezione :	Rilevazione Dolore	<rilevazioneDolore>	1	Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero secondo quanto previsto dalla Legge n° 38 del 15 marzo 2010	OBB	OBB
Sezione : <AMMISSIONE>						
41	Provenienza Assistito	<provenienza Assistito>	2	Indica l'istituzione da cui proviene il ricovero o il medico che lo ha proposto	OBB	OBB
42	Codhsp11 Provenienza	<codhsp11Provenienza>	6	Codice HSP11 dell'Istituto di ricovero di provenienza	CON	NR
43	Codbis Provenienza	<codbisProvenienza>	2	Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di provenienza	CON	NR
161	Numero Cartella Provenienza	<cartellaProvenienza>	10	Cartella dell'istituto di provenienza (da compilare solo per le SDO RRF)	CON	CON
44	Data Ricovero	<data Ricovero>	8	Data di ricovero nell'Istituto di cura	OBB	OBB
45	Ora Ricovero	<ora Ricovero>	4	Ora di accettazione: si intende l'ora in cui viene assegnato il letto e preso incarico il paziente	OBB	OBB
46	Disciplina UO di ammissione	<disciplinaUODiAmmissione>	2	Disciplina dell' UO di ammissione al ricovero. Individua l'Unità Operativa presso la quale il paziente viene ricoverato all'accettazione, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra Unità Operativa	OBB	OBB
47	Progressivo UO di ammissione	<progressivoUODiAmmissione>	2	Progressivo di UO di ammissione al ricovero	OBB	OBB
48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva	<attivitàMultispecialisticoDisciplinaEffettiva>	2	Disciplina effettiva di presa in carico del paziente se il ricovero è in Reparto Multispecialistico	CON	CON
49	Attività svolta in Multispecialistico - Divisione Effettiva	<attivitàMultispecialisticoProgressivoEffettivo>	2	Progressivo di UO di presa in carico del paziente se il ricovero è in Reparto Multispecialistico	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
50	Matricola Ricovero	<matricola Ricovero>	6	Matricola dell'Unità Produttiva del ricovero	OBB	OBB
51	Codice MRA Ricovero	<codiceMRARicovero>	20	Nuovo codice ministeriale MRA di ricovero (ancora non definito)		
Sezione		<RO>				
52	Tipo Ricovero Ordinario	<tipoRicoveroOrdinario>	1	Tipo ricovero ordinario (programmato, d'urgenza, TSO, ecc.)	CON	CON
53	Giorni Permesso RO	<giorniPermessoRO>	2	Giorni di permesso nel Ricovero Ordinario		NR
Sezione		< trasferimentoInterno>				
54.n	Data Trasferimento Interno	<dataTrasferimentoInterno>	8	Data del trasferimento all'interno dello stesso istituto di Cura con medesimo codice HSP11		
55.n	Ora Trasferimento Interno	<oraTrasferimentoInterno>	4	Ora del trasferimento interno	CON	CON
56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno	<UOdisciplinaTrasferimentoInterno>	2	Disciplina dell' UO del trasferimento interno	CON	CON
57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno	<UOProgressivoTrasferimentoInterno>	2	Progressivo dell' UO del trasferimento interno	CON	CON
58.n	Matricola Trasferimento Interno	<matricolaTrasferimentoInterno>	6	Matricola Unità Produttiva dell' UO del trasferimento interno	CON	CON
59.n	Codice MRA Trasferimento Interno	<codiceMRATrasferimentoInterno>	20	Nuovo codice ministeriale MRA (ancora non definito)		
Sezione		< trasferimentoEsterno>				
60.n	Codhsp11 Esterno	<codhsp11TrasferimentoEsterno>	6	Codice HSP11 della struttura di ricovero		
61.n	Codbis Esterno	<cobisTrasferimentoEsterno>	2	Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di ricovero		
62.n	Data Trasferimento Esterno	<dataTrasferimentoEsterno>	8	Data del trasferimento all'esterno dell'Istituto di cura solo per l'effettuazione di procedura od intervento in modalità "in service"		
63.n	Ora Trasferimento Esterno	<OraTrasferimentoEsterno>	4	Ora del trasferimento esterno		
64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno	<UOdisciplinaTrasferimentoEsterno>	2	Disciplina dell' UO del trasferimento esterno		
65.n	Progressivo UO Trasferimento	<UOProgressivoTrasferimentoEsterno>	2	Progressivo dell' UO del trasferimento		

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
	Esterno			esterno		
66.n	Matricola Trasferimento Esterno	<matricolaTrasferimentoEsterno>	6	Matricola Unità Produttiva dell' UO del trasferimento esterno		
67.n	Codice MRA Trasferimento Esterno	<codiceMRATrasferimentoInterno>	20	Nuovo codice ministeriale MRA (ancora non definito)		
Sezione		<DH>				
68	Motivo Ricovero DH	<motivoRicoveroDH>	1	Motivo del ricovero in ricovero diurno (diagnostico, chirurgico, ecc.)	CON	CON
69	Numero Accessi DH	<numero Accessi DH>	3	Numero accessi in regime diurno per uno stesso ciclo assistenziale	CON	CON
Sezione		<accessoDH>				
70.n	Data accesso DH	<accessoDH>	8	Indica le date di tutti gli accessi in DH. La data di ricovero coincide quindi con la data del primo accesso e la data di dimissione coincide con la data dell'ultimo accesso	CON	NR
Sezione		<OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIO>				
71	Giorni Ricovero in Istituto	<giorniRicoveroInIstituto>	2	Ospedalizzazione a domicilio: numero giornate di interruzione del ricovero in Ospedalizzazione a domicilio a seguito di un ricovero presso un presidio	CON	NR
72	Numero Passaggi Personale non Medico	<numeroPassaggiPersonaleNonmedico>	3	Ospedalizzazione a domicilio: numero passaggi di personale sanitario non medico presso il domicilio	CON	NR
73	Numero Visite Mediche	<numeroVisiteMediche>	3	Ospedalizzazione a domicilio: numero visite mediche presso il domicilio	CON	NR
Sezione		<DIMISSIONE>				
74	Modalità Dimissione	<modalitaDimissione>	2	Indica la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso	OBB	OBB
75	Data Dimissione o morte	<dataDimissioneOMorte>	8	Data dimissione o morte del paziente	OBB	OBB

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
76	Ora Dimissione	<oraDimissione>	4	Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione oppure l'ora del decesso	OBB	OBB
77	Disciplina UO di Dimissione	<disciplinaUODimissione>	2	Disciplina dell' UO dimissione	OBB	OBB
78	Progressivo UO di Dimissione	<progressivoUODimissione>	2	Progressivo di UO dimissione	OBB	OBB
79	Matricola Dimissione	<matricolaDimissione>	6	Matricola Unità Produttiva di dimissione	OBB	OBB
80	Codice MRA Dimissione	<codiceMRADimissione>	20	Nuovo codice ministeriale MRA di dimissione (ancora non definito)		
81	Riscontro autoptico	<riscontroAutoptico>	1	Indica i pazienti deceduti per i quali è stata effettuata l'autopsia	CON	CON
82	Codhsp11 Destinazione	<codhsp11Destinazione>	6	Codice HSP11 della struttura di destinazione	CON	NR
83	Codbis Destinazione	<codbisDestinazione>	2	Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di destinazione	CON	NR
Sezione		<DIAGNOSIPRINCIPALE>				
84	Diagnosi Principale Dimissione	<DiagnosiPrincipaleDimissione>	5	Diagnosi principale di dimissione individuata con codici ICD9CM. Identifica la condizione che, a fine ricovero, risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Qualora, nel corso del ricovero, si evindenziassero più di una condizione con analoghe caratteristiche deve essere selezionata come principale la diagnosi responsabile del maggiore impiego di risorse	OBB	OBB
85	Flag Diagnosi Principale presente al Ricovero	<flagDiagnosiPrincipalePresenteAlRicovero>	1	Flag che indica se la diagnosi principale di dimissione era presente al momento del ricovero, comunque preesistente anche se rilevata successivamente all'ammissione e non insorta durante il ricovero.	OBB	OBB
130	Lateralità diagnosi Principale	<lateralitaDiagnosiPrincipale>	1	Ove applicabile, specifica se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro, o	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				è bilaterale		
Sezione		<diagnosiSecondaria>				
86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione	<diagnosiSecondariaDimissione>	5	Diagnosi secondaria di dimissione (max 5). Si intende qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: procedure diagnostiche eseguite, trattamento terapeutico, durata degenza, monitoraggio clinico. Si tratta di condizioni che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Si precisa che le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero in esame non devono essere segnalate		
87.n	Flag Diagnosi Secondaria presente al Ricovero	<flagDiagnosiSecondariaPresenteAlRicovero>	1	Flag che indica se la diagnosi secondaria di dimissione era presente al momento del ricovero e comunque preesistente al momento del ricovero anche se rilevata successivamente all'ammissione e non insorta durante il ricovero.	CON	CON
131.n	Lateralità Diagnosi Secondaria	<lateralitaDiagnosiSecondaria>	1	Ove applicabile, specifica se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale	CON	CON
132.n	Stadiazione Condensata Diagnosi Secondaria	<stadiazioneCondensataDiagnosiSecondaria>	1	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi secondaria. Il campo deve essere compilato in presenza di diagnosi di dimissione secondaria per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				Utilizzare la seguente codifica: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto		
139.n	Cardinalità Diagnosi Secondaria RRF	<posDSriab>	1	Indica la posizione della diagnosi secondaria nel caso di SDO RRF. Valori ammessi: E, M, C	CON	CON
Sezione		<TRAUMATISMI>				
88	Traumatismi o Intossicazioni	<traumatismiOIntossicazioni>	1	Informazione che caratterizza la causa del ricovero quando causato da trauma, incidente o intossicazione	CON	CON
89	Codice Causa esterna	<causa Esterna>	5	Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo, dell'incidente o dell'intossicazione e si identifica con un codice "E" di diagnosi per i ricoveri ordinari	CON	CON
Sezione		<INTERVENTOPRINCIPALE>				
90	Codice Intervento Principale	<codiceInterventoPrincipale>	4	Codice ICD9CM dell'intervento principale che è la procedura maggiormente correlata alla diagnosi principale		
91	Data Inizio Intervento Principale	<dataInizioInterventoPrincipale>	8	Data inizio intervento principale	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
92	Ora Inizio Intervento Principale	<oraInizioInterventoPrincipale>	4	Ora inizio intervento intesa come il momento dell'incisione della cute per l'intervento principale	CON	CON
93	Data Fine Intervento Principale	<dataFineInterventoPrincipale>	8	Data Fine intervento principale	CON	CON
94	Ora Fine Intervento Principale	<oraFineInterventoPrincipale>	4	Ora della fine dell'intervento principale da intendersi come il momento di completamento della sutura	CON	CON
95	Flag Intervento Principale "in service"	<flagInterventoPrincipaleInService>	1	Flag che indica se l' Intervento principale è "in service" in un istituto (CodHSP11) diverso da quello del ricovero del paziente		
96	Check list Sala Operatoria Intervento Principale	<checkListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>	1	Flag che indica se è stata compilata ed è presente in cartella la check list per la sicurezza in Sala Operatoria per l'Intervento principale, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012. Non è necessario sia compilato per le procedure diagnostiche o terapeutiche	CON	CON
97	Uso Robot Intervento Principale	<usoRobotInterventoPrincipale>	1	Flag che indica se è stato usato un robot per l'effettuazione dell' Intervento principale	CON	NR
98	CF Anestesista Intervento Principale	<cfAnestesistaInterventoPrincipale>	20	Codice fiscale dell'Anestesista dell'intervento principale	CON	CON
99	CF Chirurgo A Intervento Principale	<cfChirurgoAInterventoPrincipale>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore A dell'intervento principale	CON	CON
100	CF Chirurgo B Intervento Principale	<cfChirurgoBInterventoPrincipale>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore B dell'intervento principale		
101	CF Chirurgo C Intervento Principale	<cfChirurgoCInterventoPrincipale>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore C dell'intervento principale		
133	Lateralità Intervento Principale	<lateralitaInterventoPrincipale>	1	Ove applicabile, specifica se l'intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro, o	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				è bilaterale		
162	Matricola di Sala Operatoria Intervento Principale	<matricolaSalaOperIntPrinc>	6	Campo non attivo. Attivazione prevista nel corso del 2024. Matricola relativa alla sala operatoria in cui si effettua l'intervento principale	CON	CON
Sezione		< interventoSecondario>				
102.n	Codice Intervento Secondario	<codiceInterventoSecondario>	4	Codice ICD9CM intervento secondario o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe minor quantità di risorse rispetto all'intervento principale, seguendo l'ordine previsto dalle linee guida per la corretta codificazione della SDO		
103.n	Data Inizio Intervento Secondario	<dataInizioInterventoSecondario>	8	Data inizio intervento secondario o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica	CON	CON
104.n	Ora Inizio Intervento Secondario	<oraInizioInterventoSecondario>	4	Ora dell' inizio intesa come momento dell'incisione della cute per l'intervento secondario	CON	CON
105.n	Data Fine Intervento Secondario	<dataFineInterventoSecondario>	8	Data fine intervento secondario	CON	CON
106.n	Ora Fine Intervento Secondario	<oraFineInterventoSecondario>	4	Ora della fine dell'intervento secondario da intendersi come il momento di completamento della sutura	CON	CON
107.n	Flag Intervento Secondario "in service"	<flagInterventoSecondarioInService>	1	Flag che indica se l' Intervento secondario è "in service" in un istituto (CodHSP11) diverso da quello del ricovero del paziente		

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
108.n	Check list Sala Operatoria Int. Sec.	<checkListSalaOperatoriaInterventoSecondario>	1	Flag che indica se è stata compilata ed è presente in cartella la check list per la sicurezza in Sala Operatoria per l'Intervento secondario come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012. Non è necessario sia compilato per le procedure diagnostiche o terapeutiche	CON	CON
109.n	Uso Robot Int. Sec.	<usoRobotInterventoSecondario>	1	Flag che indica se è stato usato un robot per l'effettuazione dell' Intervento secondario	CON	NR
110.n	CF Anestesista Intervento Secondario	<cfAnestesistaInterventoSecondario>	20	Codice fiscale dell'Anestesista dell'intervento secondario	CON	CON
111.n	CF Chirurgo A Intervento Secondario	<cfChirurgoAInterventoSecondario>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore A dell'intervento secondario	CON	CON
112.n	CF Chirurgo B Intervento Secondario	<cfChirurgoBInterventoSecondario>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore B dell'intervento secondario		
113.n	CF Chirurgo C Intervento Secondario	<cfChirurgoCInterventoSecondario>	20	Codice fiscale del chirurgo / operatore C dell'intervento secondario		
134.n	Lateralità Intervento Secondario	<lateralitaInterventoSecondario>	1	Ove applicabile, specifica se l'intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale	CON	CON
163.n	Matricola di Sala Operatoria Intervento Secondario	<matricolaSalaOperIntSec>	6	Campo non attivo. Attivazione prevista nel corso del 2024. Matricola relativa alla sala operatoria in cui si effettua l'intervento secondario	CON	CON
Sezione		<PROTESI>				
114	Codice Protesi	<codiceProtesi>	3	Codice protesi utilizzata durante gli interventi		NR
115	Quantità Protesi	<quantitaProtesi>	1	Quantità protesi utilizzate durante gli interventi	CON	NR

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
Sezione		<NEONATO				
116	Peso alla Nascita	<pesoAllaNascita>	4	Peso alla nascita del neonato	CON	CON
117	Modalità Allattamento	<modalitaAllattamento>	2	Modalità allattamento del neonato	CON	
Sezione		<ALTRIDATICLINICI>				
118	Libera Professione	<liberaProfessione>	1	Indica se l'attività è stata effettuata in libera professione		NR
119	Ricovero Ripetuto	<ricoveroRipetuto>	1	Flag che indica che il ricovero è da considerarsi ripetuto (per medesimo paziente, stessa MDC entro 30 giorni dalla dimissione precedente nello stesso Istituto)		NR
120	Farmaco Oncologico	<farmacoOncologico>	1	Indica che durante il ricovero in DH è stato utilizzato un farmaco oncologico ad alto costo come indicato dalla normativa vigente	CON	NR
121	TSO durante il ricovero in disciplina 40	<TSODuranteRicoveroInDisciplina40>	1	Indica se durante il ricovero è stato effettuato il TSO nella Disciplina di Psichiatria	CON	NR
122	Numero scheda 118	<numeroScheda118>	13	Deve essere indicato il Codice Missione 118	CON	NR
123	Ricovero oltre 365	<ricoveroOltre365>	1	Flag per i ricoveri di oltre 365 gg		NR
124	Malattie Rare e Croniche	<malattieRareECroniche>	10	Indica che il paziente è affetto da una delle Malattie rare e croniche indicate nella relativa tabella		NR

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
125	Stadiazione Condensata	<stadiazioneCondensata>	1	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi principale. Il campo deve essere compilato in presenza di diagnosi di dimissione principale per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1 Utilizzare la seguente codifica: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto	CON	CON
126	Pressione Arteriosa Sistolica	<pressioneArteriosaSistolica>	3	Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx)	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
127	Creatinina Serica	<creatininaSerica>	4	Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL). Il campo deve essere compilato nei seguenti casi: 1) intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento; 2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx). Indicare il valore della creatinina sierica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale; 3) intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina sierica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
128	Frazione di Eiezione	<frazioneDiEiezione>	2	Indica la frazione di eiezione preoperatoria. Il campo deve essere compilato solo per gli interventi chirurgici principali o secondari di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o per quelli sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.	CON	CON
129	Euroscore	<euroscore>	2	Indica il valore dell'Euroscore per gli interventi cardiocirurgici solo nei reparti di CARDIOCHIRURGIA	CON	NR
137	Classe ASA	<classeASA>	1	Campo non attivo. Attivazione prevista nel corso del 2024. Valuta il rischio anestesilogico in base alle condizioni del paziente: 1 = classe ASA I – paziente in buona salute 2 = classe ASA II – patologia sistemica di media entità 3 = classe ASA III – patologia sistemica di severa entità stabilizzata 4 = classe ASA IV – patologia sistemica di severa entità con rischio di vita costante 5 = classe ASA V – paziente moribondo con aspettativa di vita < 24h indipendentemente dall'intervento chirurgico	CON	CON
138	Tipo Anestesia	<tipoAnestesia>	1	Campo non attivo. Attivazione prevista nel corso del 2024. Indica il tipo di anestesia praticata:	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				1 - anestesia generale 2 - anestesia spinale 3 - anestesia plessica 4 - anestesia locale		
Sezione		<POSTACUZIE>				
135	Numero Scheda SDO di postacuzie precedente	<numeroSchedaSDOPrecedente>	10	Numero della scheda SDO di postacuzie precedente. Da compilare nella SDO relativa al ricovero in postacuzie di prosecuzione del precedente nel caso di soggiorno in PS/DEA che duri meno di un giorno (un pernottamento) ed il paziente ritorni in postacuzie per ultimare il ciclo riabilitativo previsto. (rif. DRG 17-4167 del 07.11.2016)		
Sezione		<SDORRF>				
140	Provenienza paziente riabilitativo	<provAssRiab>	1	Indica la specifica modalità di provenienza per le SDO RRF. Valori ammessi: da 1 a 8 (estremi inclusi) - 1, 2, 3 solo per le provenienze nel flusso ricoveri con valori '05','06','07','08' - 4, 5, 6, 7, 8 solo per le provenienze nel flusso ricoveri con valore '10', '20'	CON	CON
141	Modalità dimissione riabilitazione	<modDimRiab>	1	Indica la specifica modalità di dimissione per le SDO RRF. Valori ammessi: da 1 a 6 (estremi inclusi) - 1, 2, 3, 4 solo per le modalità di dimissione nel flusso ricoveri con valore '02' - 5,6 solo per le modalità di dimissione nel	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				flusso ricoveri con valore '19'		
142	Scala RANKIN	<rankin>	1	Scala di Rankin Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 5 (estremi inclusi)	CON	CON
143	Barthel Index Ingresso	<barthelI>	3	Indice di Barthel Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)	CON	CON
144	Barthel Index Uscita	<barthelU>	3	Indice di Barthel Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)	CON	CON
145	Scala Barthel Dispnea Ingresso	<barthelID>	3	Scala Barthel – Dispnea Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)	CON	CON
146	Scala Barthel Dispnea Uscita	<barthelIDU>	3	Scala Barthel – Dispnea Valore acquisito all'uscita dal reparto di	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)		
147	Test Cammino 6 Ingresso	<test6mE>	3	Test del cammino dei 6 minuti Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 999 (estremi inclusi)	CON	CON
148	Test Cammino 6 Uscita	<test6mU>	3	Test del cammino dei 6 minuti Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 999 (estremi inclusi)	CON	CON
149	Scala Glasgow Coma Ingresso	<glasgowComaE>	2	Glasgow Coma Scale Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 3 a 15 (estremi inclusi)	CON	CON
150	Scala Glasgow Coma Uscita	<glasgowComaU>	2	Glasgow Coma Scale Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 3 a 15 (estremi inclusi)	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
151	Scala Glasgow Coma Extended Ingresso	<glasgowComaExE>	1	Glasgow Coma Scale Extended Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 1 a 8 (estremi inclusi)	CON	CON
152	Scala Glasgow Coma Extended Uscita	<glasgowComaExU>	1	Glasgow Coma Scale Extended Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 1 a 8 (estremi inclusi)	CON	CON
153	Scala Level of cognitive functioning Ingresso	<levelCognFuncE>	1	Scala Level of cognitive functioning Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 1 a 8 (estremi inclusi)	CON	CON
154	Scala Level of cognitive functioning Uscita	<levelCognFuncU>	1	Scala Level of cognitive functioning Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 1 a 8 (estremi inclusi)	CON	CON
155	ASIA Ingresso	<asiaE>	4	American Spinal Injury Association Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
				Formato: XNNX Livello Neurologico: Valori ammessi: alfabetici (C,T,L,S solo in prima posizione) numerici (01-12 nelle posizioni 2 e 3) Livello Completezza/Incompletezza: Valori ammessi: (A, B, C, D, E solo posizione 4)		
156	ASIA Uscita	<asiaU>	4	American Spinal Injury Association Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni Formato: XNNX Livello Neurologico: Valori ammessi: alfabetici (C,T,L,S solo in prima posizione) numerici (01-12 nelle posizioni 2 e 3) Livello Completezza/Incompletezza: Valori ammessi: (A, B, C, D, E solo posizione 4)	CON	CON
157	SCIM Ingresso	<scimE>	3	Spinal Cord Independence Measure Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)	CON	CON

N°	Nome campo	Tag XML	Lun	Note	Pubbl. e priv. accr.	Priv. non accr.
158	SCIM Uscita	<scimU>	3	Spinal Cord Independence Measure Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni Valori ammessi: da 0 a 100 (estremi inclusi)	CON	CON
159	RCS Ingresso	<rcsE>	2	Rehabilitation Complexity Scale Valore acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 Valori ammessi: da 0 a 22 (estremi inclusi)	CON	CON
160	RCS Uscita	<rcsU>	2	Rehabilitation Complexity Scale Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Compilazione obbligatoria per discipline 56, 75 e 28 Valori ammessi: da 0 a 22 (estremi inclusi)	CON	CON

SCHEDE CAMPO

4.5 Premessa

Ogni scheda descrive un campo del tracciato

Le schede sono articolate in quadri, il cui contenuto viene, di seguito descritto:

Nome del campo	Corrisponde al nome del campo, così come definito nella seconda colonna del tracciato record.
Campo N°	Riporta il numero del campo della prima colonna del tracciato record.
Descrizione del campo	Attribuisce un significato univoco al nome del campo.

Sezione XML

Tag	indica il tag XML in cui è ospitato il campo
Sezione	indica il tag XML della sezione in cui è ospitato il tag del campo
Campo ripetibile	indica se il tag è o meno ripetibile

Sezione Obbligatorietà e tracciati

Obbligatorio	Può essere SI, o NO, o CON, a seconda di quanto indicato nella corrispondente colonna del tracciato record
Tracciato anagrafico	Indica se il campo fa parte del tracciato anagrafico
Tracciato clinico	Indica se il campo fa parte del tracciato clinico

Sezione Correttezza formale

Lunghezza	numero dei caratteri del campo. Corrisponde alla quarta colonna del tracciato record.
Formato	definisce il campo quale <i>alfabetico</i> , od <i>alfanumerico</i> , o <i>numerico</i> . Corrisponde alla terza colonna del tracciato record.
Valori ammessi	espone i sol i valori fra cui scegliere l'informazione corretta per l'episodio di ricovero di cui tratta la SDO.
Tabella di riferimento	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
Possibili errori	<i>riporta i codici degli errori formali che possono essere restituiti per il campo</i>
Correttezza logica	Riporta i codici e la descrizione sintetica degli eventuali controlli in cui è coinvolto il campo specifico.
Osservazioni	Riporta informazioni di vario genere, volte a migliorare la comprensione ed agevolare la compilazione del campo specifico della SDO.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Codhsp11 (*campo chiave)		01	
DESCRIZIONE			
Codice HSP11 della struttura di ricovero. Codice costituito dal codice Regione, o Provincia Autonoma + un progressivo numerico attribuito in ambito regionale) corrispondente al codice HSP.11 dei FIM.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codhsp11>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<scheda>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice della Struttura di ricovero		
TABELLE DI RIFERIMENTO	tabella HSP11 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
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		
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L39	Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
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 di ricovero		
L72	Congruenza tra Struttura di ricovero, Libera professione ed Onere degenza		
L73	Congruenza tra Struttura di ricovero e Onere di degenza		
L75	Congruenza tra Ricovero Ripetuto, Disciplina UO di Dimissione e Istituto di cura		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
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 e Matricola di dimissione		
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC		
L89	Congruenza tra Struttura di ricovero e Provenienza assistito		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
L92	Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo “C”		
L93	Congruenza tra Ist. Privato provv./definitivamente accreditato e Provenienza assistito		
L94	Congruenza tra Istituti privati non accreditati e Onere di degenza		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
LA2	Congruenza tra Istituti privati provv./definitivamente accreditati e Onere Degenza		
LB1	Congruenza tra Istituto e Codice Istituto Erogante		
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 assistito (010621)		
LC0	Congruenza fra Regime diricovero e Istituto di cura		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – Iubilaeum Misericordiae”		
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione		
LF4	Coerenza tra onere di degenza e attività per le strutture private accreditate day surgery di tipo 'C'		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche		

N01	SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali
N04	SDO non elaborata: Errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella
N05	SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO
N10	SDO non elaborata: Dati clinici senza Anagrafica
N11	SDO non elaborata: Anagrafica senza Dati clinici
N12	SDO non elaborata: Anagrafica con chiave logica duplicata
N13	SDO non elaborata: Dati clinici con chiave logica duplicata
S01	Segnalazione DRG forzato a 462
S10	Segnalazione: DRG forzato a 462 - Riabilitazione di II livello
S15	I° Invio - Fuori Tempo Massimo
S16	Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente
S39	Ricovero strutture neuropsichiatriche potenzialmente non corretto

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).

NB: Per Istituto di ammissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di ricovero e per Istituto di dimissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di dimissione.

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Codbis (* <i>campo chiave</i>)			02
DESCRIZIONE			
Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto di dimissione facente parte della struttura di ricovero. Codice indicato nel modello HSP.11bis attribuito anch'esso dalla Regione.			
XML		OBBLIGATORIETA ¹ E TRACCIATI	
TAG	<codbis>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<scheda>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Sub Codice Istituto		
TABELLE DI RIFERIMENTO	tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
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.		
L39	Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
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 di ricovero		
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 e Matricola di dimissione		
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC		
L89	Congruenza tra Struttura di ricovero e Provenienza assistito		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
L92	Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo “C”		
L93	Congruenza tra Ist. Privato provv./definitivamente accreditato e Provenienza assistito		
L94	Congruenza tra Istituti privati non accreditati e Onere di degenza		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
LA2	Congruenza tra Istituti privati provv./definitivamente accreditati e Onere Degenza		
LB1	Congruenza tra Istituto e Codice Istituto Erogante		
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		
LC0	Congruenza fra Regime diricovero e Istituto di cura		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – Iubilaeum Misericordiae”		
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche		
N01	SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali		
N04	SDO non elaborata: Errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella		
N05	SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO		
N10	SDO non elaborata: Dati clinici senza Anagrafica		
N11	SDO non elaborata:Anagrafica senza Dati clinici		
N12	SDO non elaborata: Anagrafica con chiave logica duplicata		
N13	SDO non elaborata: Dati clinici con chiave logica duplicata		
S15	I° Invio - Fuori Tempo Massimo		

S16	Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente
S39	Ricovero strutture neuropsichiatriche potenzialmente non corretto

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).

NB: Per Istituto di ammissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di ricovero e per Istituto di dimissione si intende quello presso il quale è avvenuta la procedura di dimissione.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Anno Riferimento (*campo chiave)		03	
DESCRIZIONE			
Anno del ricovero (di ammissione al ricovero) Concorre con il campo "Numero progressivo SDO" (04) a definire il numero scheda, che deve essere univoco per Struttura di ricovero (Codhsp11).			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<annoRiferimento>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<scheda>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	aaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L05	Corrispondenza fra l'anno di Data Ricovero e l'anno di riferimento della scheda		
N01	SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali		
N04	Non elaborabile: errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella		
N05	SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO		
N10	SDO non elaborata: Dati clinici senza Anagrafica		
N11	SDO non elaborata: Anagrafica senza Dati clinici		
N12	SDO non elaborata: Anagrafica con chiave logica duplicata		
N13	SDO non elaborata: Dati clinici con chiave logica duplicata		
S15	I° 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. <u>Ordinariamente la numerazione delle cartelle è univoca per la Struttura di ricovero (Hsp11):</u> <u>non possono esistere due SDO con uguale numero di cartella , per ricoveri diversi in Istituti (Hsp11.Bis) appartenenti alla stessa Struttura (Hsp11).</u> 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). NB: il numero scheda NON può contenere alcuno spazio. Esempio valido: 1999000365 Esempi non validi: 1999 365 oppure 1999365			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Numero progressivo SDO (*campo chiave)		04	
DESCRIZIONE			
Numero progressivo numerico della SDO che deve corrispondere a quello della cartella clinica. Concorre con il campo "Anno di riferimento " (03) a definire il numero scheda, che deve essere univoco per Struttura di ricovero (Codhsp11).			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroProgressivoSDO>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<scheda>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	N		
VALORI AMMESSI	progressivo numerico		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01	SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali		
N04	Non elaborabile: errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella		
N05	SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO		
N10	SDO non elaborata: Dati clinici senza Anagrafica		
N11	SDO non elaborata: Anagrafica senza Dati clinici		
N12	SDO non elaborata: Anagrafica con chiave logica duplicata		
N13	SDO non elaborata: Dati clinici con chiave logica duplicata		
S15	I° 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 (Hsp11): <u>non possono esistere due SDO con uguale numero di cartella , per ricoveri diversi in Istituti (Hsp11.Bis) appartenenti alla stessa Struttura (Hsp11).</u> 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). NB: il numero scheda NON può contenere alcuno spazio. Esempio valido: 1999000365 Esempi non validi: 1999 365 oppure 1999365			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Tipo Movimento (* <i>campo chiave</i>)			05
DESCRIZIONE			
Tipo di movimentazione del record. Rappresenta la determinazione dell’Istituto di ricovero ad ottenere sul sistema centrale di archiviazione delle SDO un movimento di inserimento, sostituzione o cancellazione e serve quindi alla movimentazione dei record.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoMovimento>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<scheda>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	'I', 'S', 'C'		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
N01	SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali		
N04	Non elaborabile: errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella		
N05	SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO		
N10	SDO non elaborata: Dati clinici senza Anagrafica		
N11	SDO non elaborata:Anagrafica senza Dati clinici		
N12	SDO non elaborata: Anagrafica con chiave logica duplicata		
N13	SDO non elaborata: Dati clinici con chiave logica duplicata		
S15	I° Invio - Fuori Tempo Massimo		
S16	Sostituzione/Cancellazione - Fuori Tempo Massimo		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
"I" – inserimento (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 dall’Assessorato secondo un calendario definito nella D.G.R. 13-6981 del 30.12.2013.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
COGNOME		06	
DESCRIZIONE			
Cognome del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cognome>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	50		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F08		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LD6 Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
In caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indica 'ANONIMO'			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NOME		07	
DESCRIZIONE			
Nome del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<nome>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	50		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F08		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LD6 Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
In caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) si indica 'ANONIMO'			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SESSO		08	
DESCRIZIONE			
Sesso del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< Sesso >	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	< ANAGRAFICA >	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG1	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
LG2	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
S26	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
S27	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
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. NB: Il "Grouper" esegue un controllo di compatibilità fra sesso, diagnosi, intervento chirurgico principale ed altri interventi e procedure.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA NASCITA		09	
DESCRIZIONE			
Data di nascita del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataNascita>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
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	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato		
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato		
L36	Compilazione campo Numero scheda della puerpera		
L37	Compilazione campo Modalità di Allattamento		
L52	Compatibilità fra età della puerpera 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		
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
LR1	Coerenza scala RANKIN		
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX		
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA		
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6		
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA		
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED		
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning		
LR8	Coerenza scala ASIA		
LR9	Coerenza scala SCIM		
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: per i nuovi nati, la data di nascita coincide con la data di ricovero			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
COMUNE O PROVINCIA NASCITA		10	
DESCRIZIONE			
Luogo di nascita del paziente Per i nati in Italia viene usato il codice ISTAT indicante il comune.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<comuneProvinciaNascita>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici ISTAT di Comuni d'Italia; oppure 999 + Stato estero; oppure 999999		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Tabelle Codici ISTAT di Comuni e Stati Esteri sovrani		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il codice indicato deve risultare valido alla data di nascita, nelle Tabelle 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". NB: 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.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE IDENTIFICATIVO PAZIENTE		11	
DESCRIZIONE			
Codice identificativo del paziente desumibile da Codice Fiscale, TEAM, cod. STP, cod. ENI, ecc.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceIdentificativoPaziente>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice Fiscale, Tessera TEAM, Tesserino STP, Tesserino ENI, venti '0', venti '9'		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione		
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato		
LC4	Congruenza fra Codice identificativo paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione		
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LD2	Congruenza fra Data dimissione ed eventuale Data decesso su AURA		
LD9	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Tesserino ISI (ENI / STP) e Codice ASL che lo ha rilasciato		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaum Misericordiae"		
LF8	Coerenza tra ricovero/prestazione rispetto alla Banca Dati Centi ISI		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente		
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie		
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente		
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; pertanto se il campo contiene un Codice fiscale certificato (da AURA o dal MEF), non vengono eseguiti controlli formali sul codice indicato. Per tipologie particolari di pazienti, nel campo possono essere inseriti <u>altri codici che non sono Codici fiscali</u>, come indicato nella Tabella "Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica" degli allegati. - per i <u>neonati</u> – non ancora in possesso di Codice fiscale – si utilizza la codifica di venti "0" - per i <u>cittadini stranieri residenti in Italia</u> – si utilizza il Codice fiscale - per i <u>cittadini stranieri richiedenti la protezione internazionale</u> – si utilizza il Codice fiscale provvisorio (numerico di lunghezza 11) - per i <u>cittadini stranieri UE, Svizzera, SEE</u> – si utilizza la tessera TEAM (codice numerico di 20 caratteri di cui campo n°8), - per i <u>cittadini stranieri iscritti ai centri ISI: ENI</u>– si utilizza il codice ISI aventi la seguente struttura: • "ENI + 010 + codice ASL + 7 cifre numeriche" dove per codice ASL deve essere usata la codifica (201-213, 301), valida fino dal 2008 <u>A partire dalla competenza 2020 il codice ENI sarà verificato rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale.</u> - per i <u>cittadini stranieri iscritti ai centri ISI: STP</u>– si utilizza il codice ISI aventi la seguente struttura: • "STP + codice regione + codice ASL + 7 cifre numeriche" dove per codice ASL, per la Regione Piemonte, deve essere usata la codifica (201-213, 301), valida fino dal 2008. <u>A partire dalla competenza 2019 verranno accettati anche i codici STP emessi da altre Regioni.</u>			

A partire dalla competenza 2020 il codice STP riferibile alla Regione Piemonte sarà verificato rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale.

- per i cittadini stranieri non residenti in Italia – si utilizza la codifica di venti '9'
- per i cittadini stranieri in possesso del tesserino del "First aid pass – Iubilaeum Misericordiae"
(in caso di ricovero urgente come stabilito dal D.L. n°78 del 19.06.2015 convertito con modificazioni della legge n°125 del 06.08.2015 e con data di ricovero compresa tra il 07.12.2015 ed il 20.11.2016) – si utilizza il codice del tesserino che ha la seguente struttura:
 - "GIU + 13 cifre numeriche"
- per i cittadini italiani residenti all'estero AIRE – si utilizza il Codice fiscale oppure la codifica di venti '9'
- in caso di specifica norma sulla segretezza (L. 135/90 e DPR 309/90) – si utilizza la codifica di venti '9'

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TIPO IDENTIFICATIVO PAZIENTE		12	
DESCRIZIONE			
Tipo di codice identificativo			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoidentificativoPaziente>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0,1,2,3,9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione		
L28	Congruenza fra Provincia / Comune di residenza e la data di dimissione		
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato		
L40	Congruenza fra Tipo Identificativo Paziente e Regione di residenza		
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LA5	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale		
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune_Residenza e Tipo Identificativo Paziente nel caso di paziente apolide / anonimo		
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI)		
LD5	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero, apolide / ANONIMO, AIRE		
LD6	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
LD9	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Tesserino ISI (ENI / STP) e Codice ASL che lo ha rilasciato		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = Codice fiscale 1 = Codice STP 2 = Codice ENI 3 = Codice TEAM 9 = Codice non presente in banca dati NB: nel caso di SDO di nuovo nato il valore è quello legato alla SDO della puerpera. Ad esempio: - se la madre è ENI la SDO del nuovo nato presenterà tipo identificativo paziente = 2 Unica eccezione <u>in caso di mancato riconoscimento</u> (num scheda puerpera = 9999999999) il tipo identificativo paziente = 0 NB: nel caso di AIRE (Anagrafe Italiani Residenti Estero) il codice da usare 9 anche in corrispondenza di un Codice Fiscale nel campo 11 – Identificativo paziente.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CITTADINANZA		13	
DESCRIZIONE			
Cittadinanza del paziente al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cittadinanza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	100 (Italiana); oppure codice Stato estero; oppure 999 per Apolide e/o Non identificabile		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Tabelle Codici Stati Esteri sovrani		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune_Residenza e Tipo Identificativo Paziente nel caso di paziente apolide / anonimo		
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI)		
LD5	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero, apolide / ANONIMO, AIRE		
LF5	Coerenza tra cittadinanza e data di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
I vari collegamenti possibili, legati alla residenza anagrafica, sono sintetizzati nella Tabella “Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica” degli allegati. NB: a partire dai dimessi dal 01.01.2018 è stato necessario verificare la coerenza della cittadinanza alla data di ricovero.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
STATO CIVILE		14	
DESCRIZIONE			
Stato Civile al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<statoCivile>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 6		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LIVELLO DI ISTRUZIONE		15	
DESCRIZIONE			
Titolo di Studio al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<livelloDiIstruzione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 5, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = Nessun titolo 1 = Licenza elementare 2 = Diploma di Scuola media inferiore 3 = Diploma di Scuola media superiore 4 = Diploma universitario o Laurea breve 5 = Laurea o superiore 9 = Non dichiarato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CONDIZIONE PROFESSIONALE		16	
DESCRIZIONE			
Condizione Professione al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<condizioneProfessionale>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 7, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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. <u>NB: per gli istituti privati non accreditati questo campo può non essere compilato.</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TIPO DI PROFESSIONE		17	
DESCRIZIONE			
Codice della posizione del soggetto nella professione esercitata al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoDiProfessione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
01 = dipendente 02 = imprenditore 03 = libero professionista 04 = lavoratore in proprio 05 = coadiuvante familiare 06 = socio di cooperativa 07 = parasubordinato 08 = altro 09 = non indicato NB: per gli istituti privati non accreditati questo campo può non essere compilato.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO SCHEDA SDO DELLA PUERPERA		18	
DESCRIZIONE			
Numero della scheda SDO della puerpera relativa al parto.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroSchedaSDODellaPuerpera>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ANAGRAFICA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	10		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Numero cartella della puerpera; dieci '9'		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L36 Compilazione campo Numero scheda della puerpera			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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. <u>OBBLIGATORIO</u>: solo se "data di nascita" = "data di ricovero" e "provenienza assistito" = "01" negli altri casi non deve essere valorizzato. In caso di mancato riconoscimento da parte della madre, inserire dieci "9".			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
ASL RESIDENZA			19
DESCRIZIONE			
Asl che comprende il comune di residenza del paziente al momento del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<aslResidenza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<RESIDENZA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	codici regionali delle ASL d'Italia		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02, F03		
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 assistito (010621)		
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune_Residenza e Tipo Identificativo Paziente nel caso di paziente apolide / anonimo		
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI)		
S14	ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA)		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Valori per i residenti nella Regione Piemonte: 201 (competenza 2016), 202 (competenza 2016), 301 (a partire dalla competenza 2017), 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213 Per le altre Regioni/Province Autonome: da 001 a 998 Per i residenti all'estero e/o Anonimo: 999			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
REGIONE RESIDENZA		20	
DESCRIZIONE			
Regione a cui appartiene il comune nella cui anagrafe è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, stato estero di residenza del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<regioneResidenza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<RESIDENZA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici delle Regioni italiane, o codici Stati esteri sovrani, o "999"		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione		
L09	Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza		
L10	Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici		
L40	Congruenza fra Tipo Identificativo Paziente e Regione di residenza		
LC1	Congruenza fra Regime ricovero e Regione di residenza		
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune_Residenza e Tipo Identificativo Paziente nel caso di paziente apolide / anonimo		
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI)		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche		
S39	Ricovero strutture neuropsichiatriche potenzialmente non corretto		
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 / ANONIMO, o se lo Stato di residenza non sia identificabile, si digita "999". I vari collegamenti possibili, legati alla residenza anagrafica, sono sintetizzati nella Tabella "Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica" degli allegati.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
COMUNE RESIDENZA		21	
DESCRIZIONE			
Comune nella cui anagrafe è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, stato estero di residenza del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<comuneResidenza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<RESIDENZA>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	codici ISTAT di Province / Comuni italiani; codici degli esteri sovrani		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione		
L10	Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici		
L28	Congruenza fra Provincia / Comune di residenza e la data di dimissione		
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune_Residenza e Tipo Identificativo Paziente nel caso di paziente apolide / anonimo		
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI)		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaum Misericordiae"		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il codice ISTAT dei Comuni italiani è composto da tre caratteri, identificativi della Provincia, seguito dai tre che identificano il Comune. Per i <u>residenti in Italia</u>, si indica il codice ISTAT della Provincia e del Comune di residenza. Per i <u>residenti all'estero</u>, si indica 999 seguito dal codice dello Stato estero sovrano, se provvisoriamente presenti ENI " " " stato UE / Romania / Bulgaria o STP " " " di altro stato. Per i <u>neonati</u> si indica la residenza della madre, salvo quanto previsto dalla L. 127 del 15 Maggio 1997. Per <u>apolidi / ANONIMO</u> si indica '999999'. NB: Il Comune di residenza è quello nel quale risiede il paziente nell'anno del ricovero ed il codice istat da utilizzare è quello valido alla data di dimissione. I vari collegamenti possibili, legati alla residenza anagrafica, sono sintetizzati nella Tabella "Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica" degli allegati.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA SCADENZA TEAM		22	
DESCRIZIONE			
Data scadenza TEAM - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia (campo n°9)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataScadenzaTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti presenti sulla tessera della <u>Madre</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM		23	
DESCRIZIONE			
Istituto Competente - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia (campo n° 7)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceIstituzioneCompetenteTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	28		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4 Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
QUALIFICA BENEFICIARIO TEAM		24	
DESCRIZIONE			
Qualifica del beneficiario - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<qualificaBeneficiarioTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	A, B, C, D, E		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA5 Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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 NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RIFERIMENTO NORMATIVO TEAM		25	
DESCRIZIONE			
Codice riferimento normativo - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<referimentoNormativoTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	221A		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA5 Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ATTESTATO TEAM		26	
DESCRIZIONE			
Codice attestato - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<attestatoTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	TEAM		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA5 Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA SCADENZA TESSERINO ENI		27	
DESCRIZIONE			
Data scadenza Tesserino ENI			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataScadenzaTesserinoENI>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ENI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA RILASCIO TESSERINO ENI		28	
DESCRIZIONE			
Data rilascio Tesserino ENI			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataRilascioTesserinoENI>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ENI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE ISTITUTO EMITTENTE ENI		29	
DESCRIZIONE			
Ente emittente Tesserino ENI			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceIstituitoEmittenteENI>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ENI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 201 a 213, 301		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD9	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Tesserino ISI (ENI / STP) e Codice ASL che lo ha rilasciato		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
RIFERIMENTO NORMATIVO ENI			30
DESCRIZIONE			
Codice riferimento normativo ENI			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<referimentoNormativoENI>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ENI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	221R		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA5 Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA SCADENZA TESSERINO STP		31	
DESCRIZIONE			
Data scadenza Tesserino STP			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataScadenzaTesserinoSTP>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<STP>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA RILASCIO TESSERINO STP		32	
DESCRIZIONE			
Data rilascio Tesserino STP			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataRilascioTesserinoSTP>	OBBLIGATORIO	con
SEZIONE	<STP>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE ISTITUTO EMITTENTE STP		33	
DESCRIZIONE			
Ente emittente Tesserino STP			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceIstituitoEmittenteSTP>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<STP>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 201 a 213, 301		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri		
LD9	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Tesserino ISI (ENI / STP) e Codice ASL che lo ha rilasciato		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di proprio tesserino rilasciato dal Centro ISI inserire i riferimenti presenti sulla tessera della Madre			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ASL TERRITORIALE		34	
DESCRIZIONE			
Azienda territoriale Sanitaria dove è ubicata la struttura erogante			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<aslTerritoriale>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DATIISTITUTO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 201 a 213, 301		
TABELLE DI RIFERIMENTO	codici delle ASL della Regione Piemonte		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L02 Appartenenza dell'Istituto di cura all'Azienda Sanitaria territoriale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE ISTITUTO EROGANTE		35	
DESCRIZIONE			
Codice di istituto pubblico o privato che eroga la prestazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceIstitutoErogante>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DATIISTITUTO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici delle Aziende e degli Istituti Eroganti		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Tabella delle Aziende e degli Istituti Eroganti di ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LB1 Congruenza tra Istituto e Codice Istituto Erogante			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il codice è quello della Azienda o Istituto Erogante presente in ARPE: ad esempio: - ASL = 203 - ASO = 909 - Presidi o Privati equiparati = 920 - Istituti Privati = 620			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
REGIME RICOVERO		36	
DESCRIZIONE			
Regime di ricovero (ordinario o diurno)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<regimeRicovero>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DATIRICOVERO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1,2,3,Z		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01,F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L03	Congruenza fra Regime di ricovero e Tipo di ricovero ordinario		
L04	Congruenza fra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno		
L06	Congruenza tra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno, Anno di ricovero e Anno di dimissione		
L10	Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici		
L11	Congruenza tra Regime di ricovero e trasferimenti		
L12	Congruenza tra Regime di ricovero e matricola di ammissione e matricola di dimissione		
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L20	Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH		
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
L22	Congruenza durata massima consentita di un ricovero		
L30	Congruenza Regime ricovero diurno e Giorni Permesso RO		
L31	Congruenza Regime ricovero e Numero Accessi DH		
L39	Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L47	Incompatibilità fra DRG e ricovero in DH per parto		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L49	Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH		
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH		
L61	Congruenza fra giorni degenza e giorni permesso nei ricoveri ordinari		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
L79	Congruenza tra regime di ricovero, campo traumatismi o intossicazioni e diagnosi principale		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L90	Congruenza tra Regime di ricovero, Tipo ricovero ordinario e Data prenotazione ricovero		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
L92	Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo "C"		
LA3	Congruenza tipo ricovero ordinario, data di nascita, data di ricovero		
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LB5	Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG		
LC0	Congruenza fra Regime diricovero e Istituto di cura		
LC1	Congruenza fra Regime ricovero e Regione di residenza		
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non		

	medico e N. visite mediche
LC9	Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e diagnosi principale
LD1	Congruenza tra Regime di ricovero Provenienza Assistito e Tipo Ricovero ordinario(nuovo nato)
LE0	Coerenza fra Data Ricovero, Date accessi e Data Dimissione per ricoveri in DH
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaeum Misericordiae"
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)
S01	Segnalazione DRG forzato a 462
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente
S20	Accessi DH per RRF non valorizzabili
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	
1 = ricovero ordinario 2 = day hospital (compreso day surgery senza pernottamento) 3 = one day surgery Z = ospedalizzazione a domicilio	

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ONERE DEGENZA		37	
DESCRIZIONE			
Si deve specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere delle spese del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<onereDegenza>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DATIRICOVERO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 9, A, C		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L10	Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L72	Congruenza tra Struttura di ricovero, Libera professione ed Onere degenza		
L73	Congruenza tra Struttura di ricovero e Onere di degenza		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
L94	Congruenza tra Istituti privati non accreditati e Onere di degenza		
LA2	Congruenza tra Istituti privati provv./definitivamente accreditati e Onere Degenza		
LA8	Congruenza tra DRG, Codici diagnosi, Interventi ed Onere degenza		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaeum Misericordiae"		
LF4	Coerenza tra onere di degenza e attività per le strutture private accreditate day surgery di tipo 'C'		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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 8 = ricovero a carico del SSN di stranieri con dichiarazione di indigenza 9 = altro A = Prestazioni necessarie e urgenti - L.96 del 21/06/17 a carico MdS (ex fatturazione Prefettura) C = ricovero per cittadini italiani residenti all'estero temporaneamente presenti in Italia (AIRE) I vari collegamenti possibili, legati alla residenza anagrafica, sono sintetizzati nella Tabella "Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica" degli allegati. <u>Il codice 9 non viene accettato per gli istituti privati</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA PRENOTAZIONE		38	
DESCRIZIONE			
Indica la data in cui è pervenuta la richiesta di ricovero programmato all'addetto che deve essere registrata nella lista di attesa.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataPrenotazione>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DATIRICOVERO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L85	Congruenza tra Data prenotazione e Data ricovero		
L90	Congruenza tra Regime di ricovero, Tipo ricovero ordinario e Data prenotazione ricovero		
L96	Congruenza tra Data di nascita e Data prenotazione		
L97	Congruenza tra Data Prenotazione e Data di ricovero (massima differenza pari a 1460 giorni)		
LA0	Congruenza tra Data prenotazione e Classe Priorità		
S11	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 365 giorni		
S12	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 90 giorni con Diagnosi principale tra 140 e 239		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
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/One Day Surgery: il campo deve essere sempre compilato.			
NB: in tutti gli altri casi il campo non deve essere compilato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CLASSE PRIORITÀ		39	
DESCRIZIONE			
Classe di priorità del ricovero programmato			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	<classePriorita>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DATIRICOVERO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	A, B, C, D, (1, 2, 3 solo per particolare gestione a partire dal giugno 2021 al 31.12.2022)		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA0	Congruenza tra Data prenotazione e Classe Priorità		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
S38	Ricovero con Classe Priorità particolare e DRG medico		
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 Classi particolari attivate a partire dai dimessi dal 18.06.2021 ai dimessi al 31.12.2023. utilizzabili da tutte le strutture (pubbliche e private) per la riduzione delle Liste di Attesa (rif. Nota Regionale n.25925 del 16.07.2021, DGR 22-3690 del 06.08.2021, Nota Regionale n.33547 del 24.09.2021, Nota Regionale n.1137 del 13.01.2022, Nota Regionale n.28712 del 16.05.2023): • 1 = 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; • 2 = 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; • 3 = 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; NB: il campo deve essere compilato congiuntamente al campo Data Prenotazione			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RILEVAZIONE DOLORE		40	
DESCRIZIONE			
Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero secondo quanto previsto dalla Legge n° 38 del 15 marzo 2010			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<rilevazioneDolore>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DATIRICOVERO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si Si precisa che: - il valore 1 – SI indica che è stata effettuata, durante il ricovero, una rilevazione del dolore e che questa è presente in cartella - il valore 0 – NO indica che non è stata effettuata, durante tutto il ricovero, nessuna rilevazione del dolore			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROVENIENZA ASSISTITO		41	
DESCRIZIONE			
Indica l'istituzione da cui proviene il ricovero o il medico che lo ha proposto			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<provenienzaAssistito>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L32	Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita		
L33	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato		
L36	Compilazione campo Numero scheda della puerpera		
L37	Compilazione campo Modalità di Allattamento		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
L83	Congruenza tra Provenienza assistito e Numero scheda 118		
L87	Congruenza tra Provenienza assistito e Codhsp11 Provenienza		
L89	Congruenza tra Struttura di ricovero e Provenienza assistito		
L93	Congruenza tra Ist. Privato provv./definitivamente accreditato e Provenienza assistito		
LC4	Congruenza fra Codice identificativo paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione		
LD0	Congruenza tra Provenienza Assistito e Disciplina UO di Dimissione RRF		
LD1	Congruenza tra Regime di ricovero Provenienza Assistito e Tipo Ricovero ordinario(nuovo nato)		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaum Misericordiae"		
LG6	Appropriatezza di codifica della Diagnosi Principale nella SDO del Neonato		
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LRB	Coerenza provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF		
S01	Segnalazione DRG forzato a 462		
S10	Segnalazione: DRG forzato a 462 - Riabilitazione di II livello		
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente		
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie		
S32	Coerenza dati SDO del Neonato		
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
01 = Ricovero al momento della nascita 02 = Pronto soccorso 03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico 04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato 08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura 09 = Carcere			

10 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)

11 = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata dal medico e non proviene dal Pronto Soccorso

12 = provenienza OBI (Osservazione Breve Intensiva)

20 = provenienza CAVS

22 = Pronto soccorso pervenuto con 118

99 = Altro

B = Prosecuzione ricovero in U.S.V. (Unità Stati Vegetativi)

C = Ricovero in post-acuzie in continuità assistenziale - ricovero in RFF proveniente dal domicilio di paziente, connesso a precedente ricovero in acuzie (o in RO, se DH di III°liv.) con dimissione effettuata entro l'intervallo massimo consentito tra i due ricoveri, con relativo PPRI.

PC = Particolari Contratti - ricoveri effettuati a supporto di altre aziende

NB: il valore PC è previsto a partire dalla competenza 2021, prevede l'inserimento dell'istituto di provenienza (campi 42 e 43) e deve essere utilizzato solo nella gestione dei ricoveri, effettuati a supporto di altre strutture, di pazienti No COVID-19.

Tale modalità di gestione viene sospesa a partire dai dimessi dal 21.03.2022.

NB: il valore E NON è più utilizzabile per i dimessi a partire dal 01.01.2023.

il valore E è previsto a partire dalla competenza 2020, prevede l'inserimento dell'istituto di provenienza (campi 42 e 43) e deve essere utilizzato solo nella gestione delle seguenti situazioni:

- ricovero di paziente affetto da COVID-19 proveniente da altra struttura
- ricovero di paziente non affetto da COVID-19 proveniente da altra struttura di ricovero, trasferito per sgravare il carico di lavoro della struttura di ricovero inviante a causa dell'emergenza COVID-19

La nuova opzione 'E' non deve essere usata a seguito di un 'normale' trasferimento da una struttura di ricovero all'altra.

NB: il valore 20 è previsto a partire dalla competenza 2017

NB: il codice da utilizzare nella SDO di postacuzie in prosecuzione è 99.

Nell'ambito dello stesso episodio di ricovero sono ammessi solo trasferimenti tra discipline di acuzie; il codice 07 non viene accettato per gli istituti privati provvisoriamente accreditati.

Il codice 03 va utilizzato in tutti i casi che giungono alla struttura con richiesta del MMG e del PdLS

NB: la locuzione "regime di ricovero" utilizzata al codice 08, ha un significato estensivo rispetto alla stessa usata nel campo 36 dove indica esclusivamente ricovero ordinario o ricovero diurno.

Il codice 08 non prevede l'inserimento dell'istituto di provenienza.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODHSP11 PROVENIENZA		42	
DESCRIZIONE			
Codice HSP11 dell'Istituto di ricovero di provenienza			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codhsp11Provenienza>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Per gli Istituti del Piemonte - tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F02, F03, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L87	Congruenza tra Provenienza assistito e Codhsp11 Provenienza		
LB9	Congruenza fra UO e Provenienza assistito (010621)		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente		
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie		
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 Codbis Provenienza, altrimenti indicare il codice HSP11.BIS dell'istituto di ricovero. Nel caso di <u>istituto fuori regione</u>, il Codbis Provenienza, se non rilevabile, va compilato con "00". Nel caso di <u>istituti di cura non italiani</u> 99999999. Nel caso di ricoveri di RRF I, II o di III livello (solo DH) il campo indica l'istituto dove si è svolto il precedente ricovero in connessione.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODBIS PROVENIENZA		43	
DESCRIZIONE			
Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di provenienza			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codbisProvenienza>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Per gli Istituti del Piemonte - tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L87	Congruenza tra Provenienza assistito e Codhsp11 Provenienza		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
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 Codbis Provenienza, altrimenti indicare il codice HSP11.BIS dell'istituto di ricovero. Nel caso di <u>istituto fuori regione</u>, il Codbis Provenienza, se non rilevabile, va compilato con "00". Nel caso di <u>istituti di cura non italiani</u> 99999999. Nel caso di ricoveri di RRF I, II o di III livello (solo DH) il campo indica l'istituto dove si è svolto il precedente ricovero in connessione.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DATA RICOVERO			44
DESCRIZIONE			
Data di ricovero nell'Istituto di cura			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataRicovero>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L01	Esistenza della struttura e dell'Istituto di cura fra Data ricovero e Data dimissione		
L05	Corrispondenza fra l'anno di Data Ricovero e l'anno di riferimento della scheda		
L06	Congruenza tra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno, Anno di ricovero e Anno di dimissione		
L07	Congruenza fra data di ricovero e data di nascita		
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
L22	Congruenza durata massima consentita di un ricovero		
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L32	Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita		
L33	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato		
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato		
L36	Compilazione campo Numero scheda della puerpera		
L37	Compilazione campo Modalità di Allattamento		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L52	Compatibilità fra età della puerpera e DRG di Parto		
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH		
L61	Congruenza fra giorni degenza e giorni permesso nei ricoveri ordinari		
L85	Congruenza tra Data prenotazione e Data ricovero		
L97	Congruenza tra Data Prenotazione e Data di ricovero (massima differenza pari a 1460 giorni)		
LA3	Congruenza tipo ricovero ordinario, data di nascita, data di ricovero		
LB7	Congruenza fra Week-Surgery, Data ricovero e Data uscita dal reparto		
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche		
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza		
LC4	Congruenza fra Codice identificativo paziente, Provenienza Assistito, Data Ricovero e Matricola di ammissione		
LE0	Coerenza fra Data Ricovero, Date accessi e Data Dimissione per ricoveri in DH		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – Iubilaeum Misericordiae”		
LF5	Coerenza tra cittadinanza e data di ricovero		
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LH6	Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento		
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche		
LRA	Coerenza compilazione Cardinalità diagnosi secondaria in nuova SDO RRF		
LRB	Coerenza provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF		
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF		
LRO	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR1	Coerenza scala RANKIN		

LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning
LR8	Coerenza scala ASIA
LR9	Coerenza scala SCIM
LRD	Coerenza scala RCS
LRE	Coerenza cartella di provenienza
LRF	Diagnosi V57.xx in Diagnosi principale
LRG	Diagnosi V57.xx in Diagnosi secondaria
S11	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 365 giorni
S12	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 90 giorni con Diagnosi principale tra 140 e 239
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI	
NB: per i nuovi nati, la data di nascita coincide con la data di ricovero. NB: si puntualizza che nel caso di ricovero per parto la data di ricovero del neonato (coincidente con quella di nascita) non può essere precedente alla data di ricovero della puerpera. NB: <u>si puntualizza che nel caso di ricoveri urgenti chirurgici o procedure invasive, es. angioplastica, l'ora del ricovero coincide con l'ora di inizio intervento qualora sia eseguito prima dell'assegnazione del letto.</u> NB: per i ricoveri urgenti NON può coincidere con il momento di arrivo oin DEA/PS (si veda nota 11483/A1403A del 25.05.2016)	

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORA RICOVERO		45	
DESCRIZIONE			
Ora di accettazione: si intende l'ora in cui viene assegnato il letto e preso in carico il paziente oppure l'ora di inizio dell'intervento, qualora sia eseguito prima dell'assegnazione del letto.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraRicovero>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: si puntualizza che nel caso di ricoveri urgenti chirurgici l'ora del ricovero coincide con l'ora di inizio intervento qualora sia eseguito prima dell'assegnazione del letto NB: per i ricoveri urgenti NON può coincidere con il momento di arrivo oin DEA/PS (si veda nota 11483/A1403A del 25.05.2016)			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DISCIPLINA UO DI AMMISSIONE			46
DESCRIZIONE			
Disciplina dell' UO di ammissione al ricovero. Il campo UO di ammissione identifica, infatti, l'unità operativa presso la quale viene ricoverato il paziente all'accettazione, anche qualora l'assistenza sia prevalentemente in carico ad altra unità operativa.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<disciplinaUODiAmmissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L20	Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L33	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato		
L39	Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L53	Compatibilità fra MDC e ricovero in reparto di Neuroriabilitazione (UO 75xx)		
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC		
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		
LB7	Congruenza fra Week-Surgery, Data ricovero e Data uscita dal reparto		
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
S01	Segnalazione DRG forzato a 462		
S10	Segnalazione: DRG forzato a 462 - Riabilitazione di II livello		
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente		
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie		
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROGRESSIVO UO DI AMMISSIONE		47	
DESCRIZIONE			
Progressivo di UO di ammissione al ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<progressivoUODiAmmissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 01 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ATTIVITÀ SVOLTA IN MULTISPECIALISTICO - DISCIPLINA EFFETTIVA		48	
DESCRIZIONE			
Disciplina effettiva di presa in carico del paziente se il ricovero è in Reparto Multispecialistico			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<attivitMultispecialisticoDisciplinaEffettiva>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	diversi da: '02', '04', '67', '97', '98'		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F04, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L20	Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH		
L33	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
I codici 02, 04, 67, 97 e 98 (reparti multifunzionali) non possono essere utilizzati per la compilazione del campo, nel quale devono essere indicati i codici delle discipline effettivamente erogate. Nel caso di reparto definito, in ARPE, come “non ospedaliero” le due cifre corrispondenti al progressivo di divisione devono essere valorizzate con ‘00’			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ATTIVITÀ SVOLTA IN MULTISPECIALISTICO - DIVISIONE EFFETTIVA		49	
DESCRIZIONE			
Progressivo di UO di presa in carico del paziente se il ricovero è in Reparto Multispecialistico			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	<attivitMultispecialisticoProgressivoEffettivo>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 00 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
I codici 02, 04, 67, 97 e 98 (reparti multifunzionali) non possono essere utilizzati per la compilazione del campo, nel quale devono essere indicati i codici delle discipline effettivamente erogate. Nel caso di reparto definito, in ARPE, come “non ospedaliero” le due cifre corrispondenti al progressivo di divisione devono essere valorizzate con ‘00’			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MATRICOLA RICOVERO		50	
DESCRIZIONE			
Matricola dell'Unità Produttiva del ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<matricolaRicovero>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid		
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE MRA RICOVERO		51	
DESCRIZIONE			
Nuovo codice ministeriale MRA di ricovero (ancora non definito)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceMRARicovero>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TIPO RICOVERO ORDINARIO		52	
DESCRIZIONE			
Tipo ricovero ordinario (programmato, d'urgenza, TSO, ecc.)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoRicoveroOrdinario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4, 5		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L03	Congruenza fra Regime di ricovero e Tipo di ricovero ordinario		
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC		
L90	Congruenza tra Regime di ricovero, Tipo ricovero ordinario e Data prenotazione ricovero		
LA3	Congruenza tipo ricovero ordinario, data di nascita, data di ricovero		
LD1	Congruenza tra Regime di ricovero Provenienza Assistito e Tipo Ricovero ordinario(nuovo nato)		
LE1	Coerenza fra Tipo Ricovero Ordinario e DRG di parto		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al "First aid pass – Iubilaeum Misericordiae"		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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 = ricovero non programmato, per parto NB: nel caso di NUOVO NATO IL CAMPO NON DEVE ESSERE COMPILATO sotto sono riportate le condizioni: • <u>Data nascita = Data Ricovero</u> • <u>Provenienza Assistito = 01 Ricovero al momento della nascita</u> NB: nel caso di SDO DI PARTO (sdo della partoriente) • nel caso di <u>parto a termine non programmato</u> utilizzare il codice 5 = ricovero non programmato per parto • nel caso di <u>parto urgente</u> utilizzare il codice 2=ricovero urgente (non è stata possibile la programmazione del ricovero) • nel caso di parto programmato utilizzare il codice 1= = ricovero per programmato, non urgente NB: i codici 1 e 4 vanno utilizzati sempre quando vi è una prenotazione anche se la data di prenotazione e data di ricovero coincidono NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
GIORNI PERMESSO RO		53	
DESCRIZIONE			
Giorni di permesso nel Ricovero Ordinario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<giorniPermessoRO>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<RO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L30	Congruenza Regime ricovero diurno e Giorni Permesso RO		
L61	Congruenza fra giorni degenza e giorni permesso nei ricoveri ordinari		
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. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DATA TRASFERIMENTO INTERNO			54.n
DESCRIZIONE			
Data del trasferimento all'interno dello stesso istituto di Cura con medesimo codice HSP11			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataTrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento		
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		
LB7	Congruenza fra Week-Surgery, Data ricovero e Data uscita dal reparto		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
ORA TRASFERIMENTO INTERNO			55.n
DESCRIZIONE			
Ora del trasferimento interno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraTrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DISCIPLINA UO TRASFERIMENTO INTERNO			56.n
DESCRIZIONE			
Disciplina dell' UO del trasferimento interno. Il campo UO di trasferimento identifica l'unità operativa presso la quale il paziente viene fisicamente trasferito, anche qualora l'assistenza sia prevalentemente in carico ad altra unità operativa.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<UODisciplinaTrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L11	Congruenza tra Regime di ricovero e trasferimenti		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O.		
L53	Compatibilità fra MDC e ricovero in reparto di Neuroriabilitazione (UO 75xx)		
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L99	Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice Intervento		
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			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
PROGRESSIVO UO TRASFERIMENTO INTERNO			57.n
DESCRIZIONE			
Progressivo dell' UO del trasferimento interno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<UOProgressivoTrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 01 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
MATRICOLA TRASFERIMENTO INTERNO			58.n
DESCRIZIONE			
Matricola Unità Produttiva dell' UO del trasferimento interno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<matricolaTrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE		TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
CODICE MRA TRASFERIMENTO INTERNO			59.n
DESCRIZIONE			
Nuovo codice ministeriale MRA (ancora non definito)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceMRATrasferimentoInterno>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<trasferimentoInterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODHSP11 ESTERNO		60.n	
DESCRIZIONE			
Codice HSP11 della struttura di ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codhsp11Esterno>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	tabella HSP11 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14 Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte <u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u> NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODBIS ESTERNO		61.n	
DESCRIZIONE			
Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codbisEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	tabella HSP11 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14 Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte <u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u> NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DATA TRASFERIMENTO ESTERNO			62.n
DESCRIZIONE			
Data del trasferimento all'esterno dell'Istituto di cura solo per l'effettuazione di procedura od intervento in modalità "in service"			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataTrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte</u>			
<u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u>			
NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
ORA TRASFERIMENTO ESTERNO			63.n
DESCRIZIONE			
Ora del trasferimento esterno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraTrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte</u>			
<u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u>			
NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DISCIPLINA UO TRASFERIMENTO ESTERNO		64.n	
DESCRIZIONE			
Disciplina dell' UO del trasferimento esterno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<UODisciplinaTrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L11	Congruenza tra Regime di ricovero e trasferimenti		
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
PROGRESSIVO UO TRASFERIMENTO ESTERNO			65.n
DESCRIZIONE			
Progressivo dell' UO del trasferimento esterno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<UOProgressivoTrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 01 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F07, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte			
SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato			
NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MATRICOLA TRASFERIMENTO ESTERNO		66.n	
DESCRIZIONE			
Matricola Unità Produttiva dell' UO del trasferimento esterno			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<matricolaTrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni		
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE MRA TRASFERIMENTO ESTERNO		67.n	
DESCRIZIONE			
Nuovo codice ministeriale MRA (ancora non definito)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceMRATrasferimentoEsterno>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<trasferimentoEsterno>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Modalità attualmente non prevista in Regione Piemonte <u>SEZIONE <trasferimentoEsterno> non ancora attivata: Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u> NB: il numero complessivo dei trasferimenti esterni è pari. Ad ogni trasferimento esterno deve corrispondere un trasferimento di Rientro. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MOTIVO RICOVERO DH		68	
DESCRIZIONE			
Motivo del ricovero in ricovero diurno (diagnostico, chirurgico, ecc.)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<motivoRicoveroDH>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DH>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 3, 4, 5, 6		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L04	Congruenza fra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno		
L06	Congruenza tra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno, Anno di ricovero e Anno di dimissione		
L20	Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH		
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati		
L57	Congruenza fra Motivo Ricovero DH, Diagnosi Principale Dimissione e Codice Intervento Principale		
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH		
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		
LA9	Congruenza tra Motivo Ricovero DH, Drg e Diagnosi Principale Dimissione		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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)			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO ACCESSI DH		69	
DESCRIZIONE			
Numero accessi in regime diurno per uno stesso ciclo assistenziale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroAccessiDH>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DH>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 365		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
L31	Congruenza Regime ricovero e Numero Accessi DH		
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH		
S20	Accessi DH per RRF non valorizzabili		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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 il numero di accessi è pari a 1 non devono essere riportate le date di accesso DH e data dimissione = data ricovero ad eccezione del regime di ricovero è 3 (one day surgery) che prevede data dimissione = data ricovero + 1. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA ACCESSO DH		70.n	
DESCRIZIONE			
Indica le date di tutti gli accessi in DH . La data di ricovero coincide quindi con la data del primo accesso e la data di dimissione coincide con la data dell'ultimo accesso			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataAccessoDH>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<accessoDH>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
LE0	Coerenza fra Data Ricovero, Date accessi e Data Dimissione per ricoveri in DH		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per ricoveri in DH con numero di accessi superiore ad 1 la data di ricovero è la data del I accesso e quella di dimissione è la data dell'ultimo accesso. NB: Se il numero di accessi è pari a 1 non devono essere riportate le date di accesso DH NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
GIORNI RICOVERO IN ISTITUTO		71	
DESCRIZIONE			
Ospedalizzazione a domicilio: numero giornate di interruzione del ricovero in Ospedalizzazione a domicilio a seguito di un ricovero presso un presidio			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<giorniRicoveroInIstituto>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<OSPEDALIZZAZIONEADOMICILIO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Il campo permette di inviare le giornate di interruzione dell'Ospedalizzazione a domicilio per ricovero in presidio.</u> <u>In assenza di interruzione indicare 0.</u> NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO PASSAGGI PERSONALE NON MEDICO		72	
DESCRIZIONE			
Ospedalizzazione a domicilio: numero passaggi di personale sanitario non medico presso il domicilio			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroPassaggiPersonaleNonMedico>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<OSPEDALIZZAZIONEADOMICILIO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO VISITE MEDICHE		73	
DESCRIZIONE			
Ospedalizzazione a domicilio: numero visite mediche presso il domicilio			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroVisiteMediche>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<OSPEDALIZZAZIONEADOMICILIO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MODALITÀ DIMISSIONE		74	
DESCRIZIONE			
Indica la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	<modalitaDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	01, 02, 03, 04, 06, 07, 08, 09, 13, 19, B		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L25	Congruenza fra Modalità di dimissione e Riconcontro autoptico		
L88	Congruenza tra Modalità di dimissione ed Codhsp11 Destinazione		
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità di dimissione e durata della degenza		
LF9	Codice Diagnosi IMA aspecifico		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto 02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente 03 = dimissione ordinaria presso una struttura residenziale territoriale (es. RSA) 04 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare 05 = dimissione volontaria 06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti 07 = trasferimento ad altro regime di ricovero (DH o RO) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura 08 = trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione o di altra postacuzie, o in reparto pediatrico a minor intensità 09 = CAVS (struttura di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria) 13 = Dimissione presso Istituti di attività extra-ospedaliera (Hospice, Riabilitazione extraospedaliera ex art.26, Assistenza soggetti in stato vegetativo permanente) 19 = Dimissione ordinaria con attivazione ADI. B = chiusura convenzionale della SDO per ricoveri in U.S.V. (Unità Stati Vegetativi) NB: i valori 13 e 19 sono previsti a partire dalla competenza 2017. <u>Il codice 06 non viene accettato per gli istituti privati provvisoriamente accreditati.</u>			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DATA DIMISSIONE O MORTE			75
DESCRIZIONE			
Data dimissione o morte del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataDimissioneOMorte>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
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		
L06	Congruenza tra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno, Anno di ricovero e Anno di dimissione		
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione		
L09	Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza		
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza		
L22	Congruenza durata massima consentita di un ricovero		
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
L25	Congruenza fra Modalita' di dimissione e Riscontro autoptico		
L28	Congruenza fra Provincia / Comune di residenza e la data di dimissione		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato		
L43	Congruenza fra Data dimissione e Data elaborazione		
L51	Congruenza fra DRG di Parto ed U.P. collegata a U.O. 37.xx, nella Struttura di ricovero		
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH		
L61	Congruenza fra giorni degenza e giorni permesso nei ricoveri ordinari		
L77	Congruenza tra Istituto e Motivo del ricovero diurno		
L78	Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura		
L79	Congruenza tra regime di ricovero, campo traumatismi o intossicazioni e diagnosi principale		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
L84	Congruenza tra Istituto e Matricola di dimissione		
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
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		
LB7	Congruenza fra Week-Surgery, Data ricovero e Data uscita dal reparto		
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche		
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalita' dimissione e durata della degenza		
LC9	Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e diagnosi principale		
LD2	Congruenza fra Data dimissione ed eventuale Data decesso su AURA		
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione		
LE0	Coerenza fra Data Ricovero, Date accessi e Data Dimissione per ricoveri in DH		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – Iubilaeum Misericordiae”		
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione		
LF6	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale		
LF8	Coerenza tra ricovero/prestazione rispetto alla Banca Dati Centi ISI		
LF9	Codice Diagnosi IMA aspecifico		
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
LG1	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		

LG2	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità
LG5	Coerenza fra Intervento e Lateralità
LG6	Appropriatezza di codifica della Diagnosi Principale nella SDO del Neonato
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato
LG8	Appropriatezza di codifica delle diagnosi nella SDO materna
LG9	Coerenza codifica Malattia Covid
LH0	Coerenza codifica Paziente Covid
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid
LH2	Coerenza utilizzo nuove codifiche diagnosi (DM 28 ottobre 2020 (GU n. 26 del 01/02/2021))
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)
LH6	Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche
LRA	Coerenza compilazione Cardinalità diagnosi secondaria in nuova SDO RRF
LRB	Coerenza provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF
LR1	Coerenza scala RANKIN
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning
LR8	Coerenza scala ASIA
LR9	Coerenza scala SCIM
LRD	Coerenza scala RCS
LRE	Coerenza cartella di provenienza
LRF	Diagnosi V57.xx in Diagnosi principale
LRG	Diagnosi V57.xx in Diagnosi secondaria
N01	SDO non elaborata: Errori formali sui campi fondamentali
N02	SDO non elaborata: Anno di competenza inesistente
N05	SDO non elaborata: Incongruenza fra Tipo movimento e codici identificativi della SDO
N06	SDO non elaborata: SDO pervenuta dopo la chiusura definitiva dell'anno di competenza
N07	SDO non elaborata: SDO in sostituzione pervenuta dopo la chiusura definitiva dell'anno di competenza
N08	SDO non elaborata: Anno contabile chiuso, cancellazione SDO non ammessa
N14	SDO non elaborata: Tracciato record obsoleto, incompatibile con l'anno di competenza
S14	ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA
S15	I° Invio - Fuori Tempo Massimo
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente
S24	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero
S26	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente
S27	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità
S30	Coerenza fra Intervento e Lateralità
S31	Correttezza di codifica di Malattia infettiva di classe prima
S32	Coerenza dati SDO del Neonato
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA
S34	Coerenza fra Intervento Principale e Interventi Secondari rispetto all'effettiva rilevanza nel ricovero (rif. Grouper)
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello
S37	Ricovero di paziente Covid con codifica Virus non identificato
S39	Ricovero strutture neuropsichiatriche potenzialmente non corretto

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

NB: 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.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORA DIMISSIONE		76	
DESCRIZIONE			
Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione oppure l'ora del decesso			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F01, F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L13	Congruenza tra le date - ore nel ricovero ordinario		
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
In caso di decesso del paziente, <u>l'ora di dimissione coincide con quella della morte</u> (anche nel caso si compiano atti diagnostici sul cadavere nei giorni successivi).			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
DISCIPLINA UO DI DIMISSIONE			77
DESCRIZIONE			
Disciplina dell' UO dimissione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<disciplinaUODiDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L53	Compatibilità fra MDC e ricovero in reparto di Neuroriabilitazione (UO 75xx)		
L75	Congruenza tra Ricovero Ripetuto, Disciplina UO di Dimissione e Istituto di cura		
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L99	Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice Intervento		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalita' dimissione e durata della degenza		
LD0	Congruenza tra Provenienza Assistito e Disciplina UO di Dimissione RRF		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica		
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – Iubilaeum Misericordiae”		
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LRA	Coerenza compilazione Cardinalità diagnosi secondaria in nuova SDO RRF		
LRB	Coerenza provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF		
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF		
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR1	Coerenza scala RANKIN		
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX		
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA		
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6		
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA		
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED		
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning		
LR8	Coerenza scala ASIA		
LR9	Coerenza scala SCIM		
LRD	Coerenza scala RCS		
LRE	Coerenza cartella di provenienza		
LRF	Diagnosi V57.xx in Diagnosi principale		
LRG	Diagnosi V57.xx in Diagnosi secondaria		
S20	Accessi DH per RRF non valorizzabili		
S32	Coerenza dati SDO del Neonato		
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			



NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROGRESSIVO UO DI DIMISSIONE		78	
DESCRIZIONE			
Progressivo di UO dimissione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<progressivoUODiDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 01 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Modelli HSP.12 dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MATRICOLA DIMISSIONE		79	
DESCRIZIONE			
Matricola Unità Produttiva di dimissione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<matricolaDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole		
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie		
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF		
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P.		
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza		
L84	Congruenza tra Istituto e Matricola di dimissione		
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione)		
LB3	Congruenza fra Matricola, Istituto, U.O., Regime, Motivo ric. diurno ed Onere Degenza		
LB9	Congruenza fra UO e Provenienza assistito (010621)		
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalita' dimissione e durata della degenza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE MRA DIMISSIONE		80	
DESCRIZIONE			
Nuovo codice ministeriale MRA di dimissione (ancora non definito)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceMRADimissione>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RISCONTRO AUTOPTICO		81	
DESCRIZIONE			
Indica i pazienti deceduti per i quali è stata effettuata l'autopsia			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<riscontroAutoptico>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L25 Congruenza fra Modalita' di dimissione e Riscontro autoptico			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = eseguita autopsia 2 = non eseguita autopsia NB: Il campo va compilato solo in caso di avvenuto decesso durante il ricovero. NB: a partire dai dimessi dal 01.01.2018 è necessario compilare sempre il campo nel caso di modalità dimissione 01 - deceduto			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODHSP11 DESTINAZIONE		82	
DESCRIZIONE			
Codice HSP11 della struttura di destinazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codhsp11Destinazione>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Per gli Istituti del Piemonte - tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F02, F03, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L88 Congruenza tra Modalità di dimissione ed Codhsp11 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 Codbis Destinazione, altrimenti indicare il codice HSP11.BIS dell'istituto di ricovero. Nel caso di <u>istituto fuori regione</u>, il Codbis Destinazione, se non rilevabile, va compilato con "00". Nel caso di <u>istituti di cura non italiani</u> 99999999.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODBIS DESTINAZIONE		83	
DESCRIZIONE			
Sub-codice HSP11.Bis dell'Istituto facente parte della struttura di destinazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codbisDestinazione>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DIMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Per gli Istituti del Piemonte - tabelle HSP11 e HSP11.Bis dei FIM		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L88 Congruenza tra Modalità di dimissione ed Codhsp11 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 Codbis Destinazione, altrimenti indicare il codice HSP11.BIS dell'istituto di ricovero. Nel caso di <u>istituto fuori regione</u>, il Codbis Destinazione, se non rilevabile, va compilato con "00". Nel caso di <u>istituti di cura non italiani</u> 99999999.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DIAGNOSI PRINCIPALE DIMISSIONE		84	
DESCRIZIONE			
Diagnosi principale di dimissione individuata con codici ICD9CM. Identifica la condizione che, a fine ricovero, risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Qualora, nel corso del ricovero, si evindenziassero più di una condizione con analoghe caratteristiche deve essere selezionata come principale la diagnosi responsabile del maggiore impiego di risorse			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<diagnosiPrincipaleDimissione>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIAGNOSIPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	5		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici diagnosi ICD-9-CM v.2007		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ICD-9-CM, edizione validata dal Ministero della Salute. Usata dal GROUPER della 3M		
POSSIBILI ERRORI	F01, F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale		
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
L57	Congruenza fra Motivo Ricovero DH, Diagnosi Principale Dimissione e Codice Intervento Principale		
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati)		
L78	Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura		
L79	Congruenza tra regime di ricovero, campo traumatismi o intossicazioni e diagnosi principale		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
LA9	Congruenza tra Motivo Ricovero DH, Drg e Diagnosi Principale Dimissione		
LB5	Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG		
LC9	Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e diagnosi principale		
LE8	Coerenza fra Diagnosi principale/secondaria e Stadiazione condensata corrispondente		
LE9	Coerenza fra Diagnosi e Pressione arteriosa sistolica		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica		
LF9	Codice Diagnosi IMA aspecifico		
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
LG1	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
LG6	Appropriatezza di codifica della Diagnosi Principale nella SDO del Neonato		
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato		
LG8	Appropriatezza di codifica delle diagnosi nella SDO materna		
LG9	Coerenza codifica Malattia Covid		
LH0	Coerenza codifica Paziente Covid		
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid		
LH2	Coerenza utilizzo nuove codifiche diagnosi (DM 28 ottobre 2020 (GU n. 26 del 01/02/2021))		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LRF	Diagnosi V57.xx in Diagnosi principale		
S12	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 90 giorni con Diagnosi principale tra 140 e 239		
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
S26	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
S31	Correttezza di codifica di Malattia infettiva di classe prima		

S32	Coerenza dati SDO del Neonato
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello
S37	Ricovero di paziente Covid con codifica Virus non identificato

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.

In ottemperanza alla D.G.R n. 12-5131 del 05.06.2017 in materia di ricoveri riabilitativi in disciplina 56 dai ricoverati dal 15.06.2017 pertanto il controllo, sotto descritto, è limitato alle discipline 28 e 75:

Nelle strutture pubbliche o equiparate:

- In caso di trasferimento da acuti a RRF ([provenienza assistito] = 05, 06, 07 o C o E) il campo [diagnosi principale] deve presentare un codice ICD-9-CM diverso da V57.x.

Nelle strutture private definitivamente e/o provvisoriamente accreditate:

- In caso di trasferimento da acuti a RRF ([provenienza assistito] = 05, 06, 07 o C o E) il campo [diagnosi principale] deve presentare un codice ICD-9-CM diverso da V57.x.

Pertanto per i ricoveri riabilitati in disciplina 56 con data ricovero a partire dal 15.06.2017 è possibile utilizzare codice ICD-9-CM V57.x in diagnosi principale anche per ricoveri in connessione con ricovero in acuzie.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
FLAG DIAGNOSI PRINCIPALE PRESENTE AL RICOVERO		85	
DESCRIZIONE			
Flag che indica se la diagnosi principale di dimissione era presente al momento del ricovero, comunque preesistente anche se rilevata successivamente all'ammissione e non insorta durante il ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<flagDiagnosiPrincipalePresenteAlRicovero>	OBBLIGATORIO	SI
SEZIONE	<DIAGNOSIPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F01, F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si Si precisa che: - il valore 1 – SI indica una condizione preesistente e non insorta durante il ricovero anche se non diagnosticata / diagnosticabile al momento dell'ammissione - il valore 0 – NO indica, invece, diagnosi relativa a complicanze insorte durante il ricovero e non preesistenti			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DIAGNOSI SECONDARIA DIMISSIONE		86.n	
DESCRIZIONE			
Diagnosi secondaria di dimissione (max 5). Si intende qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l’assistenza erogata al paziente in termini di: procedure diagnostiche eseguite, trattamento terapeutico, durata degenza, monitoraggio clinico. Si tratta di condizioni che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Si precisa che le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero in esame non devono essere segnalate			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<diagnosiSecondariaDimissione>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<diagnosiSecondaria>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	5		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici diagnosi ICD-9-CM v.2007		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ICD-9-CM, edizione validata dal Ministero della Salute. Usata dal GROUPER della 3M		
POSSIBILI ERRORI	F05, F07, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L54	Compatibilità fra diagnosi secondaria e DRG di parto (370-375)		
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
LE8	Coerenza fra Diagnosi principale/secondaria e Stadiazione condensata corrispondente		
LE9	Coerenza fra Diagnosi e Pressione arteriosa sistolica		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica		
LF9	Codice Diagnosi IMA aspecifico		
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
LG1	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato		
LG8	Appropriatezza di codifica delle diagnosi nella SDO materna		
LG9	Coerenza codifica Malattia Covid		
LH0	Coerenza codifica Paziente Covid		
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid		
LH2	Coerenza utilizzo nuove codifiche diagnosi (DM 28 ottobre 2020 (GU n. 26 del 01/02/2021))		
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti		
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste di Attesa		
LRG	Diagnosi V57.xx in Diagnosi secondaria		
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero		
S26	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente		
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
S31	Correttezza di codifica di Malattia infettiva di classe prima		
S32	Coerenza dati SDO del Neonato		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
S37	Ricovero di paziente Covid con codifica Virus non identificato		
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.			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 5.			

NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
FLAG DIAGNOSI SECONDARIA PRESENTE AL RICOVERO		87.n	
DESCRIZIONE			
Flag che indica se la diagnosi secondaria di dimissione era presente al momento del ricovero e comunque preesistente al momento del ricovero anche se rilevata successivamente all'ammissione e non insorta durante il ricovero			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<flagDiagnosiSecondariaPresenteAlRicovero>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<diagnosiSecondaria>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02, F07, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag Diagnosi presente al momento del ricovero		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 5. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. Si precisa che: - il valore 1 – SI indica una condizione preesistente e non insorta durante il ricovero anche se non diagnosticata / diagnosticabile al momento dell'ammissione - il valore 0 – NO indica, invece, diagnosi relativa a complicanze insorte durante il ricovero e non preesistenti			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TRAUMATISMI O INTOSSICAZIONI		88	
DESCRIZIONE			
Informazione che caratterizza la causa del ricovero quando causato da trauma, incidente o intossicazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<traumatismiOIntossicazioni>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TRAUMATISMI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4, 5, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L79 Congruenza tra regime di ricovero, campo traumatismi o intossicazioni e diagnosi principale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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 NB: il campo deve essere compilato, per i ricoveri ordinari e (a partire dai dimessi dal 01.01.2018) anche per i ricoveri di OneDaySurgery, se nei primi tre caratteri del campo diagnosi principale, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti: - 800-904 - 910-995.89 NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE CAUSA ESTERNA		89	
DESCRIZIONE			
Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo, dell'incidente o dell'intossicazione e si identifica con un codice 'E' di diagnosi per i ricoveri ordinari			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<causaEsterna>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TRAUMATISMI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	5		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici E (E800-E999) della classificazione ICD-9-CM v.2007		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC9 Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e diagnosi principale			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo deve essere compilato, per i ricoveri ordinari e (a partire dai dimessi dal 01.01.2018) anche per i ricoveri di OneDaySurgery, se nei primi tre caratteri del campo diagnosi principale, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti: - 800-904 - 910-995.89 NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE INTERVENTO PRINCIPALE		90	
DESCRIZIONE			
Codice ICD9CM dell'intervento principale che è la procedura maggiormente correlata alla diagnosi principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici interventi ICD-9-CM v.2007		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ICD-9-CM, edizione validata dal Ministero della Salute. Usata dal GROUPER della 3M		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore 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 Ricovero DH, Diagnosi Principale Dimissione e Codice Intervento Principale		
L78	Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura		
L80	Congruenza tra Codice intervento e Data inizio intervento corrispondente		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
L99	Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice Intervento		
LB5	Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG		
LD7	Congruenza fra Robot, Codice intervento e DRG		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE6	Coerenza fra Codice Intervento e Check list sala operatoria		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica		
LF1	Coerenza fra Interventi e Frazione eiezione		
LF6	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale		
LG2	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
LG5	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LH6	Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento		
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente		
S22	Segnalazione di non coerenza fra Codice Intervento e CF Anestesista		
S24	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale		
S27	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
S30	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
S34	Coerenza fra Intervento Principale e Interventi Secondari rispetto all'effettiva rilevanza nel ricovero (rif. Grouper)		
S35	Congruenza dell'intervento e la sua durata		
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. NB: per la competenza 2017 viene attivata la segnalazione S24 che evidenzia le SDO con Intervento Secondario valorizzato in assenza di Intervento Principale. La segnalazione S24 anticipa il controllo LF6 (attivato dalla competenza 2018) che non permetterà l'acquisizione di SDO con Intervento Secondario valorizzato in assenza di Intervento Principale.			

NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA INIZIO INTERVENTO PRINCIPALE		91	
DESCRIZIONE			
Data inizio intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataInizioInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
L80	Congruenza tra Codice intervento e Data inizio intervento corrispondente		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORA INIZIO INTERVENTO PRINCIPALE		92	
DESCRIZIONE			
Ora inizio intervento intesa come il momento dell'incisione della cute per l'intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oralnizioInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un'incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura, ad esempio con l'introduzione ed estrazione del catetere o l'introduzione-estrazione dell'endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA FINE INTERVENTO PRINCIPALE		93	
DESCRIZIONE			
Data Fine intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataFineInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un'incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura, ad esempio con l'introduzione ed estrazione del catetere o l'introduzione-estrazione dell'endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORA FINE INTERVENTO PRINCIPALE		94	
DESCRIZIONE			
Ora della fine dell'intervento principale da intendersi come il momento di completamento della sutura			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraFineInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F06		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un'incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura, ad esempio con l'introduzione ed estrazione del catetere o l'introduzione-estrazione dell'endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
FLAG INTERVENTO PRINCIPALE “IN SERVICE”		95	
DESCRIZIONE			
Flag che indica se l’Intervento principale è “in service” in un istituto diverso da quello del ricovero del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<flagInterventoPrincipaleInService>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE5 Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si <u>Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u> <u>NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CHECK LIST SALA OPERATORIA INT. PRINC.		96	
DESCRIZIONE			
Flag che indica se è stata compilata ed è presente in cartella la check list per la sicurezza in Sala Operatoria per l'Intervento principale, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<checkListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE6 Coerenza fra Codice Intervento e Check list sala operatoria			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si 9 = Non applicabile Per gli interventi (di cui alla tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati") si precisa che: - il valore 1 – SI indica che la check list è stata compilata ed è presente in cartella - il valore 0 – NO indica, invece, la check list o non è stata compilata o non è presente in cartella - il valore 9 – non applicabile è unicamente riferibile alle sole procedure che non richiedono l'uso di sala operatoria (attivato dalla competenza 2017) Per gli interventi NON eseguiti in sala operatoria e NON PRESENTI nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati" sulla SDO la registrazione è sempre: - campo NON compilato 0 = No salvo che sia prevista all'interno delle strutture di ricovero una procedura per prevede una check-list anche per tale tipologia di interventi. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
Uso ROBOT INT. PRINC.		97	
DESCRIZIONE			
Flag che indica se è stato usato un robot per l'effettuazione dell'intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<usoRobotInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	S oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LD7 Congruenza fra Robot, Codice intervento e DRG			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
S = l'intervento è stato eseguito con l'ausilio del robot			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF ANESTESISTA INTERVENTO PRINCIPALE		98	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale dell'Anestesista dell'intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfAnestesistaInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
S22	Segnalazione di non coerenza fra Codice Intervento e CF Anestesista		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO A INTERVENTO PRINCIPALE		99	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore A dell'intervento principale. Il termine "Chirurgo" deve essere inteso in senso lato come "Medico che esegue l'intervento". Se il medico che esegue l'intervento è un anestesista il suo codice fiscale deve essere inserito in questo campo e non nel campo 98. (rif. Nota Regionale protocollo 11483/A1403A del 25.05.2016)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoAInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO B INTERVENTO PRINCIPALE		100	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore B dell'intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoBInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO C INTERVENTO PRINCIPALE		101	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore C dell'intervento principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoCInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
CODICE INTERVENTO SECONDARIO			102.n
DESCRIZIONE			
Codice ICD9CM intervento secondario o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica che assorbe minor quantità di risorse rispetto all'intervento principale, seguendo l'ordine previsto dalle linee guida per la corretta codificazione della SDO			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici interventi ICD-9-CM v.2007		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Codici ICD-9-CM, edizione validata dal Ministero della Salute. Usata dal GROUPER della 3M		
POSSIBILI ERRORI	F07, F05, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore 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		
L78	Congruenza tra Motivo del ricovero diurno e Codice procedura		
L80	Congruenza tra Codice intervento e Data inizio intervento corrispondente		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
L99	Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice Intervento		
LB5	Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG		
LD7	Congruenza fra Robot, Codice intervento e DRG		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE6	Coerenza fra Codice Intervento e Check list sala operatoria		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica		
LF1	Coerenza fra Interventi e Frazione eiezione		
LF6	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale		
LG2	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
LG5	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)		
LH6	Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento		
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente		
S22	Segnalazione di non coerenza fra Codice Intervento e CF Anestesista		
S24	SDO con Intervento Secondario presente in assenza di Intervento Principale		
S27	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente		
S30	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA		
S34	Coerenza fra Intervento Principale e Interventi Secondari rispetto all'effettiva rilevanza nel ricovero (rif. Grouper)		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
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.			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016.			
NB: per la competenza 2017 viene attivata la segnalazione S24 che evidenzia le SDO con Intervento Secondario valorizzato in assenza di Intervento Principale.			
La segnalazione S24 anticipa il controllo LF6 (attivato dalla competenza 2018) che non permetterà l’acquisizione di SDO con			

Intervento Secondario valorizzato in assenza di Intervento Principale.

NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA INIZIO INTERVENTO SECONDARIO		103.n	
DESCRIZIONE			
Data inizio intervento secondario o di eventuale procedura diagnostica o terapeutica			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataInizioInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
L80	Congruenza tra Codice intervento e Data inizio intervento corrispondente		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
ORA INIZIO INTERVENTO SECONDARIO			104.n
DESCRIZIONE			
Ora dell’ inizio intesa come momento dell’incisione della cute per l’ intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oralnizioInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un’incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l’inizio e la fine della procedura, ad esempio con l’introduzione ed estrazione del catetere o l’introduzione-estrazione dell’endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella “Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati”. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
DATA FINE INTERVENTO SECONDARIO		105.n	
DESCRIZIONE			
Data fine intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<dataFineInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	8		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	ggmmaaaa		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un'incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura, ad esempio con l'introduzione ed estrazione del catetere o l'introduzione-estrazione dell'endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ORA FINE INTERVENTO SECONDARIO		106.n	
DESCRIZIONE			
Ora della fine dell' intervento secondario da intendersi come il momento di completamento della sutura			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<oraFineInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	hhmm		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F06, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero		
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore Intervento		
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento		
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Si ricorda che per le procedure invasive che non comportano un'incisione della cute i momenti di inizio fine intervento coincidono con l'inizio e la fine della procedura, ad esempio con l'introduzione ed estrazione del catetere o l'introduzione-estrazione dell'endoscopio, escludendo i tempi di sedazione-anestesia. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
FLAG INTERVENTO SECONDARIO “IN SERVICE”			107.n
DESCRIZIONE			
Flag che indica se l’Intervento secondario è “in service” in un istituto diverso da quello del ricovero del paziente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<flagInterventoSecondarioInService>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si			
<u>Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato</u>			
<u>NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10.</u>			
<u>NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CHECK LIST SALA OPERATORIA INT. SEC.		108.n	
DESCRIZIONE			
Flag che indica se è stata compilata ed è presente in cartella la check list per la sicurezza in Sala Operatoria per l'Intervento secondario come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<checkListDalaOperatoriaInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	0, 1, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE6 Coerenza fra Codice Intervento e Check list sala operatoria			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
0 = No 1 = Si 9 = Non applicabile Per gli interventi (di cui alla tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati") si precisa che: - il valore 1 – SI indica che la check list è stata compilata ed è presente in cartella - il valore 0 – NO indica, invece, la check list o non è stata compilata o non è presente in cartella - il valore 9 – non applicabile è unicamente riferibile alle sole procedure che non richiedono l'uso di sala operatoria (attivato dalla competenza 2017) Per gli interventi NON eseguiti in sala operatoria e NON PRESENTI nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati" sulla SDO la registrazione è sempre: - campo NON compilato 0 = No salvo che sia prevista all'interno delle strutture di ricovero una procedura per prevede una check-list anche per tale tipologia di interventi. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
Uso ROBOT INT. SEC.			109.n
DESCRIZIONE			
Flag che indica se è stato usato un robot per l’effettuazione dell’ Intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<usoRobotInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	S oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LD7	Congruenza fra Robot, Codice intervento e DRG		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
S = l'intervento è stato eseguito con l’ausilio del robot			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016.			
NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF ANESTESISTA INTERVENTO SECONDARIO		110.n	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale dell'Anestesista dell'intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfAnestesistaInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
S22	Segnalazione di non coerenza fra Codice Intervento e CF Anestesista		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO A INTERVENTO SECONDARIO		111.n	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore A dell'intervento secondario. Il termine "Chirurgo" deve essere inteso in senso lato come "Medico che esegue l'intervento". Se il medico che esegue l'intervento è un anestesista il suo codice fiscale deve essere inserito in questo campo e non nel campo 110.n. (rif. Nota Regionale protocollo 11483/A1403A del 25.05.2016)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoAInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo deve essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO B INTERVENTO SECONDARIO		112.n	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore B dell'intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoBInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CF CHIRURGO C INTERVENTO SECONDARIO		113.n	
DESCRIZIONE			
Codice fiscale del chirurgo / operatore C dell'intervento secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cfChirurgoCInterventoSecondario>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codice fiscale		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07, F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati		
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici		
S17	Validità "Codice identificativo paziente con Codice fiscale / Codici fiscali Medici" non verificata - Servizio SOGEI indisponibile		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: Codice fiscale specializzando può essere inserito in uno dei campi operatore B o C, riservando il campo operatore A al chirurgo strutturato. NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo può essere compilato solo per i codici intervento previsti nella tabella "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati". NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CODICE PROTESI		114	
DESCRIZIONE			
Codice protesi utilizzata durante gli interventi			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<codiceProtesi>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<PROTESI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Codici endoprotesi		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L26	Congruenza fra i campi inerenti una protesi		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto		
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: i codici accettati sono quelli presenti nella “Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive / o sostitutive in Istituti / Reparti autorizzati”. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
QUANTITÀ PROTESI		115	
DESCRIZIONE			
Quantità protesi utilizzate durante gli interventi			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	<quantitaProtesi>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<PROTESI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L26 Congruenza fra i campi inerenti una protesi			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il valore 2 è possibile solo in presenza di impianto doppio di Protesi Cocleare. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PESO ALLA NASCITA		116	
DESCRIZIONE			
Peso alla nascita del neonato espresso in grammi			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<pesoAllaNascita>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<NEONATO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	20-9999		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L32	Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita		
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato		
S32	Coerenza dati SDO del Neonato		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il valore del campo NON può essere minore di 100g a partire dalla competenza 2017; resta inalterato il valore di 20g per la competenza 2016. Il campo è OBBLIGATORIO se: - Provenienza assistito è 01, 02, 11, 03, 22, 99 e - Data ricovero = Data nascita NB: il campo NON va compilato se il paziente ha più di 1 anno NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MODALITÀ ALLATTAMENTO		117	
DESCRIZIONE			
Modalità allattamento del neonato			
XML		OBBLIGATORIETÀ ¹ E TRACCIATI	
TAG	<modalitaAllattamento>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<NEONATO>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	11, 12, 13, 21, 22, 23, 24, 31		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L37 Compilazione campo Modalità di Allattamento			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
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 se Provenienza assistito è 01. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LIBERA PROFESSIONE		118	
DESCRIZIONE			
Indica se l'attività è stata effettuata in libera professione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<liberaProfessione>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3 oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L72 Congruenza tra Struttura di ricovero, Libera professione ed Onere degenza			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Null (non valorizzato) = 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 <u>Il campo ha valore solo per gli Istituti pubblici ed equiparati.</u> NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RICOVERO RIPETUTO		119	
DESCRIZIONE			
Flag che indica che il ricovero è da considerarsi ripetuto (per medesimo paziente, uguale MDC entro 30 giorni dalla dimissione precedente nello stesso Istituto)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<ricoveroRipetuto>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	R, N oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L75 Congruenza tra Ricovero Ripetuto, Disciplina UO di Dimissione e Istituto di cura			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Null (non valorizzato) R = ricovero ripetuto N = solo dalle case di cura private provvisoriamente accreditate che operano in regime di post-acuzie 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 D.G.R. 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. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
FARMACO ONCOLOGICO		120	
DESCRIZIONE			
Indica che durante il ricovero in DH è stato utilizzato un farmaco oncologico ad alto costo come indicato dalla normativa vigente			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<farmacoOncologico>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	S, N oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LB5 Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Null (non valorizzato) S = indica che il farmaco somministrato è stato rilevato ed addebitato mediante il flusso F N = comporta che la SDO verrà valorizzata, in prima istanza, senza abbattimento. Il campo deve essere valorizzato solo nel caso di <u>SDO di chemioterapia (DRG 410)</u>, 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. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TSO DURANTE IL RICOVERO IN DISCIPLINA 40		121	
DESCRIZIONE			
Indica se durante il ricovero è stato effettuato il TSO nella Disciplina di Psichiatria			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<TSODuranteRicoveroInDisciplina40>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	S, N oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L86 Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Null (non valorizzato) S = Si N = No Il campo è stato introdotto per rilevare l'esecuzione di un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) intervenuto durante l'episodio di ricovero. Pertanto, tale campo, <u>deve essere compilato esclusivamente dalle strutture pubbliche ed equiparate</u>, 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". NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO SCHEDA 118		122	
DESCRIZIONE			
Deve essere indicato il Codice Missione 118. Il Codice Missione 118 è il codice alfanumerico univoco presente sulla Scheda Ambulanza dell'assistito trasportato presso un Pronto Soccorso (PS), compilata e lasciata dagli operatori dei mezzi di soccorso del 118 Piemonte al Triage dello stesso PS. Identifica la missione di trasporto dell'assistito effettuata dallo specifico mezzo di soccorso giunto in ospedale.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroScheda118>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	13		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F07		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L83 Congruenza tra Provenienza assistito e Numero scheda 118			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo deve contenere il Codice Missione 118 per i ricoveri con Provenienza assistito = 22 (Pronto soccorso pervenuto con 118) <u>A partire dalla competenza 2019</u> il campo verrà formalmente verificato. Si ricorda che il Codice Missione 118 si presenta con queste caratteristiche: - lunghezza di 10 caratteri alfanumerici - i caratteri nelle posizioni 1 e 2 sono numerici: identificano la Centrale Operativa (01, 02, 03, 04 con possibilità di usare il numero 99 per identificare le sole missioni pervenute da fuori Regione Piemonte) - i caratteri nelle posizioni 3 e 4 'lettere maiuscole' + i caratteri nelle posizioni 5,6,7,8 numerici: identificano l'intervento di soccorso originato dalla segnalazione al 118 (con possibilità di usare un codice progressivo alfanumerico arbitrario per identificare i soli interventi relativi a missioni pervenute da fuori Regione Piemonte, fermo restando l'obbligo di usare 2 lettere maiuscole + 4 caratteri numerici) - i caratteri nelle posizioni 9 e 10 sono numerici: identificano il numero progressivo dei mezzi intervenuti nella missione di soccorso (es: 01, 02, 03 ... con zero iniziale significativo e obbligatorio per le missioni inferiori alla decima) NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RICOVERO OLTRE 365		123	
DESCRIZIONE			
Flag per i ricoveri di oltre 365 gg			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<ricoveroOltre365>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	S oppure non valorizzato		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L22 Congruenza durata massima consentita di un ricovero			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Null (non valorizzato) S = Si 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. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MALATTIE RARE E CRONICHE		124	
DESCRIZIONE			
Indica che il paziente è affetto da una delle Malattie rare e croniche indicate nella relativa tabella			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<malattieRareECroniche>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	10		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare – presente su Sistema Piemonte (PADDI)		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L55 Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
STADIAZIONE CONDENSATA		125	
DESCRIZIONE			
Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi principale.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<stadiazioneCondensata>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE8 Coerenza fra Diagnosi principale/secondaria e Stadiazione condensata corrispondente			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo deve essere compilato in presenza di <u>diagnosi principale di dimissione</u> per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA		126	
DESCRIZIONE			
Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<pressioneArteriosaSistolica>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 30 a 300		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE9 Coerenza fra Diagnosi e Pressione arteriosa sistolica			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx). Il campo deve essere compilato in presenza di Diagnosi 410.xx in qualsiasi posizione. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CREATININA SERICA		127	
DESCRIZIONE			
Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL).			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<creatininaSerica>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LF0 Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL). Il campo deve essere compilato nei seguenti casi: • intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento; • diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx) <u>NON vale per la post-acuzie e nel caso di paziente con età inferiore a 16 anni</u> Indicare il valore della creatinina sierica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale; • intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). <u>NON vale nel caso di paziente con età inferiore a 16 anni</u> Indicare il valore pre-operatorio della creatinina sierica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento. NB: il presente campo può ospitare fino a 4 cifre numeriche; non è quindi possibile inserire i caratteri '.' oppure ','. - i primi 2 caratteri (posizione 1 e 2) rappresentano la parte intera del valore - i secondi 2 caratteri (posizione 3 e 4) rappresentano la parte decimale del valore - in caso di compilazione non completa (4 cifre numeriche) il sistema interpreterà le cifre indicate come da esempi: - o 1 viene interpretato come 0001, cioè un valore di creatinina pari a 0,01 - o 16 viene interpretato come 0016, cioè un valore di creatinina pari a 0,16 - o 160 viene interpretato come 0160, cioè un valore di creatinina pari a 1,60 - o 1600 viene interpretato come 1600, cioè un valore di creatinina pari a 16,00 Quindi per le regole sopra riportate vi indichiamo 2 esempi di compilazione del campo: - creatinina serica= 0,89 valori ammissibili 0089 oppure 089 oppure 89 - creatinina serica = 1,7 valori ammissibili 0170 oppure 170 NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene..			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
FRAZIONE DI EIEZIONE		128	
DESCRIZIONE			
Indica la frazione di eiezione preoperatoria.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<frazioneDiEiezione>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 99		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LF1 Coerenza fra Interventi e Frazione eiezione			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo deve essere compilato solo per • interventi chirurgici principali o secondari di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) • interventi chirurgici principali o secondari sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
EUROSCORE		129	
DESCRIZIONE			
Indica il valore dell'Euroscore per gli interventi cardiocirurgici solo nei reparti di CARDIOCHIRURGIA			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<euroscore>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 44		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
L99 Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice Intervento			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo Euroscore deve essere compilato per le SDO di cardiocirurgia (discipline: 06, 07) ed in presenza degli interventi riportati nella "Tabella Interventi che richiedono la compilazione del punteggio EUROSCORE" NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LATERALITA' DIAGNOSI PRINCIPALE		130	
DESCRIZIONE			
Ove applicabile, specifica se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<lateralitaDiagnosiPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<DIAGNOSIPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale			

*

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LATERALITA' DIAGNOSI SECONDARIA		131.n	
DESCRIZIONE			
Ove applicabile, specifica se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<lateralitaDiagnosiSecondaria>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<diagnosiSecondaria>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML “ripetibile” per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 5. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
STADIAZIONE CONDENSATA DIAGNOSI SECONDARIA		132.n	
DESCRIZIONE			
Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi secondaria			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<stadiazioneCondensataDiagnosiSecondaria>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<diagnosiSecondaria>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9		
TABELLE DI RIFERIMENTO	Vedi i codici presenti in OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI		
POSSIBILI ERRORI	F05, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LE8 Coerenza fra Diagnosi principale/secondaria e Stadiazione condensata corrispondente			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo deve essere compilato in presenza di <u>diagnosi secondaria</u> per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 5. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LATERALITA' INTERVENTO PRINCIPALE		133	
DESCRIZIONE			
Ove applicabile, specifica se l'intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<lateralitaInterventoPrincipale>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F05		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG5 Coerenza fra Intervento e Lateralità S30 Coerenza fra Intervento e Lateralità			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
LATERALITA' INTERVENTO SECONDARIO		134.n	
DESCRIZIONE			
Ove applicabile, specifica se l'intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro, o è bilaterale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<lateralitaInterventoSecondario >	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F05, F09		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LG5	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
S30	Coerenza fra Intervento e Lateralità		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale NB: il campo fa parte di una SEZIONE XML "ripetibile" per la quale il numero massimo di occorrenze previsto è 10 a partire dalla competenza 2017 resta di 5 per la competenza 2016. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO SCHEDA SDO DI POSTACUZIE PRECEDENTE		135	
DESCRIZIONE			
Numero della scheda SDO di postacuzie precedente. Da compilare nella SDO relativa al ricovero in postacuzie di prosecuzione del precedente nel caso di soggiorno in PS/DEA che duri meno di un giorno (un pernottamento) ed il paziente ritorni in postacuzie per ultimare il ciclo riabilitativo previsto. (rif. DRG 17-4167 del 07.11.2016)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroSchedaSDOPrecedente>	OBBLIGATORIO	NO
SEZIONE	<POSTACUZIE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	10		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	Numero cartella di postacuzie precedente		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione		
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo viene previsto a partire <u>dalla competenza 2017</u> per la gestione corretta del ricovero in postacuzie di presecuzione nel caso di soggiorno in PS/DEA che duri meno di un giorno(un pernottamento) ed il ritorno del paziente in post acuzie per ultimare il ciclo riabilitativo previsto. Il campo deve contenere il numero di cartella della SDO di postacuzie precedente al trasferimento in PS/DEA. NB: il presente campo è facoltativo e può essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO IDENTIFICAZIONE PERSONALE TEAM		136	
DESCRIZIONE			
Numero identificazione personale - per stranieri U.E./S.E.E. e Svizzera non Residenti in Italia (campo n°6)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<numeroIdentificazioneTEAM>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<TEAM>	TRACCIATO ANAGRAFICO	SI
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	NO
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	20		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI			
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LA4 Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Il campo viene previsto a partire <u>dalla competenza 2019</u>. NB: il presente campo è facoltativo e deve essere valorizzato solo se viene compilata la SEZIONE XML a cui appartiene. NB: nel caso di SDO di nuovo nato non ancora in possesso di propria tessera TEAM inserire i riferimenti presenti sulla tessera della <u>Madre</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
CLASSE ASA		137	
DESCRIZIONE			
Numero che valuta il rischio anestesilogico			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<classeASA>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4, 5		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03, F10		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LH6 Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato, sarà attivato nel corso del 2024</u> Valuta il rischio anestesilogico in base alle condizioni del paziente: • 1 = classe ASA I – paziente in buona salute • 2 = classe ASA II – patologia sistemica di media entità • 3 = classe ASA III – patologia sistemica di severa entità stabilizzata • 4 = classe ASA IV – patologia sistemica di severa entità con rischio di vita costante • 5 = classe ASA V – paziente moribondo con aspettativa di vita < 24h indipendentemente dall'intervento chirurgico			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TIPO ANESTESIA		138	
DESCRIZIONE			
Indica il tipo di anestesia praticata			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<tipoAnestesia>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<ALTRIDATICLINICI>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	1, 2, 3, 4		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F03, F10		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LH6 Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato, sarà attivato nel corso del 2024</u> Indica il tipo di anestesia praticata: • 1 - anestesia generale • 2 - anestesia spinale • 3 - anestesia plessica • 4 - anestesia locale Qualora siano presenti più interventi con tipi di anestesia differenti deve esser fornito il valore relativa all'anestesia più "pesante" in quanto assorbe maggiori risorse ed è più impegnativa per l'anestesista ed il paziente Ad esempio: se è stata fatta una anestesia spinale per un intervento e poi una locale per un altro intervento, si segnala l'anestesia spinale (perdurale).			

NOME DEL CAMPO										CAMPO N°								
CARDINALITÀ DIAGNOSI SECONDARIA RRF										139.n								
DESCRIZIONE																		
In riferimento ai criteri di codifica posizionale delle diagnosi: indica la posizione assegnata alla diagnosi secondaria trasmessa																		
XML										OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI								
TAG					<posDSriab>					OBBLIGATORIO			CON					
SEZIONE					<diagnosiSecondaria>					TRACCIATO ANAGRAFICO			NO					
CAMPO RIPETIBILE					SI					TRACCIATO CLINICO			SI					
CORRETTEZZA FORMALE																		
LUNGHEZZA					1													
FORMATO					AN													
VALORI AMMESSI					E, M, C													
TABELLE DI RIFERIMENTO																		
POSSIBILI ERRORI					F02													
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI																		
LRA Coerenza compilazione Cardinalità diagnosi secondaria in nuova SDO RRF																		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI																		
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.																		
Indica la posizione della diagnosi secondaria nel caso di SDO RRF.																		
Valori ammessi:																		
- E: diagnosi eziologica - M: Marcatore di complessità clinico assistenziale presente all'ammissione - C: Complicanza clinica insorta o comorbidità pregressa																		
Numero Diagnosi secondarie compilate		una diagnosi secondaria compilata			due diagnosi secondarie compilate					tre diagnosi secondarie compilate					quattro diagnosi secondarie compilate		cinque diagnosi secondarie compilate	
Posizione DS 1	E	M	C		E	M	C		E	M	C		E	M	C			
Posizione DS 2	---	---	---	M	C	M	C	C	M	M	C	M	C	M	C	M		
Posizione DS 3	---	---	---	---	---	---	---	---	C	M	C	C	C	M	C	M		
Posizione DS 4	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	C	C	C		
Posizione DS 5	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	C		
Si precisa che è obbligatorio rispettare la sequenza, così come indicata nello schema fornito dal Ministero, nell'invio informatico della cardinalità delle diagnosi secondarie per le SDO RRF.																		
N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica																		

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
PROVENIENZA PAZIENTE RIABILITATIVO		140	
DESCRIZIONE			
Indica la specifica modalità di provenienza per le SDO RRF.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<provAssRiab>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 8 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LRB	Coerenza provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF		
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 28, 56, 75 e per tutte le età.			
Il campo 140 - Provenienza paziente riabilitativo DEVE essere compilato solo se il campo 41 - Provenienza assistito presenta i seguenti valori: '05', '06', '07', '08', '10', '20'.			
<u>Regole di compilazione:</u>			
- nel caso di provenienza assistito : '05' (da istituto pubblico), '06' (da struttura privata accreditata), '07' (da struttura privata non accreditata), '08 (passaggio di regime o attività nell'ambito della stessa struttura di ricovero) 1 = Acuti 2 = Riabilitazione 3 = Lungodegenza - nel caso di provenienza assistito: '10' (da struttura residenziale territoriale), '20' (provenienza CAVS) 4 = Residenze socio-assistenziali 5 = Hospice 6 = Strutture psichiatriche 7 = Strutture residenziali di riabilitazione (compreso ex art 26) 8 = Altro			
<u>N.B.:</u> tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
MODALITÀ DIMISSIONE RIABILITAZIONE		141	
DESCRIZIONE			
Indica la specifica modalità di dimissione per le SDO RRF.			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<modDimRiab>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 6 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF		
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 28, 56, 75 e per tutte le età.			
Il campo 141 – Modalità dimissione riabilitazione DEVE essere compilato solo se il campo 74 – Modalità dimissione presenta i seguenti valori: '02','19'.			
<u>Regole di compilazione:</u>			
- nel caso di modalità dimissione: '02' (dimissione a domicilio) 1 = Senza prosecuzione riabilitazione 2 = Con attivazione di riabilitazione ambulatoriale 3 = Con attivazione di riabilitazione domiciliare 4 = Con attivazione di DH riabilitativo - nel caso di modalità dimissione: '19' (dimissione ordinaria con attivazione ADI) 5 = Senza riabilitazione domiciliare 6 = Con riabilitazione domiciliare			
<u>N.B.:</u> tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA RANKIN		142	
DESCRIZIONE			
Scala di Rankin - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETÀ E TRACCIATI	
TAG	<rankin>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 5 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR1	Coerenza scala RANKIN		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 28, 56, 75 ed età del paziente >= 18 anni 0 = Nessun sintomo 1 = Nessuna disabilità significativa malgrado i sintomi: è in grado di svolgere tutte le attività quotidiane e i compiti abituali 2 = Disabilità lieve: non riesce più di svolgere tutte le attività precedenti, ma è autonomo/a nel camminare e nelle attività della vita quotidiana senza assistenza 3 = Disabilità moderata: richiede qualche aiuto nelle attività della vita quotidiana, ma cammina senza assistenza 4 = Disabilità moderatamente grave: non è più in grado di camminare senza assistenza né di badare alle proprie necessità corporee senza assistenza 5 = Disabilità grave: costretto/a a letto, incontinente e bisognoso/a di assistenza infermieristica e di attenzione costante <u>N.B.:</u> tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
BARTHEL INDEX INGRESSO		143	
DESCRIZIONE			
Indice di Barthel - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<bartheIE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 28, 56, 75 ed età del paziente >= 18 anni			

INDICE di BARTHEL	SCORE
Alimentazione 0 = non in grado di alimentarsi 5 = ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolida-liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.) 10 = in grado di alimentarsi	
Capacità di farsi il bagno o la doccia 0 = non in grado di lavarsi autonomamente 5 = in grado di lavarsi autonomamente	
Cura dell'aspetto esteriore 0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = in grado di levarsi le faccie, pettinarsi, levarsi i denti, radersi	
Capacità di vestirsi 0 = non in grado di vestirsi autonomamente 5 = ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)	
Transito intestinale 0 = non in grado di controllare l'alvo 5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo 10 = in grado di controllare l'alvo	
Vescica 0 = non in grado di controllare la minzione 5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = in grado di controllare la minzione	
Utilizzo del wc (sedersi, alzarsi, pulirsi, rivestirsi) 0 = non in grado di controllare il wc 5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza 10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente	
Trasferimenti (dalla posizione seduta sul letto alla sedia e viceversa) 0 = non in grado di effettuare trasferimenti 5 = è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisica) 15 = è in grado di effettuare trasferimenti	
Mobilità (su superfici piane) 0 = non in grado di spostarsi per più di 50 metri 5 = in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri 10 = in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona 15 = in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri	
Scale 0 = non in grado di salire e scendere le scale 5 = in grado di salire e scendere le scale con assistenza 10 = in grado di salire e scendere le scale autonomamente	
Totale (0-100)	

N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatria

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
BARTHEL INDEX USCITA		144	
DESCRIZIONE			
Indice di Barthel - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<barthelU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 28, 56, 75 ed età del paziente >= 18 anni			
<u>N.B.:</u> in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

INDICE di BARTHEL	SCORE
Alimentazione 0 = non in grado di alimentarsi 5 = ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolida-liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.) 10 = in grado di alimentarsi	
Capacità di farsi il bagno o la doccia 0 = non in grado di lavarsi autonomamente 5 = in grado di lavarsi autonomamente	
Cura dell'aspetto esteriore 0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = in grado di levarsi le faccie, pettinarsi, levarsi i denti, radersi	
Capacità di vestirsi 0 = non in grado di vestirsi autonomamente 5 = ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)	
Transito intestinale 0 = non in grado di controllare l'alvo 5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo 10 = in grado di controllare l'alvo	
Vescica 0 = non in grado di controllare la minzione 5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = in grado di controllare la minzione	
Utilizzo del wc (sedersi, alzarsi, pulirsi, rivestirsi) 0 = non in grado di controllare il wc 5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza 10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente	
Trasferimenti (dalla posizione seduta sul letto alla sedia e viceversa) 0 = non in grado di effettuare trasferimenti 5 = è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisica) 15 = è in grado di effettuare trasferimenti	
Mobilità (su superfici piane) 0 = non in grado di spostarsi per più di 50 metri 5 = in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri 10 = in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona 15 = in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri	
Scale 0 = non in grado di salire e scendere le scale 5 = in grado di salire e scendere le scale con assistenza 10 = in grado di salire e scendere le scale autonomamente	
Totale (0-100)	

N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA BARTHEL DISPNEA INGRESSO		145	
DESCRIZIONE			
Scala Barthel – Dispnea - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<barthelDE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni in presenza di MDC 04 Apparato respiratorio e MDC 05 Apparato cardiocircolatorio.			

ITEMS	VALORIZZAZIONE					SCORE	NOTE
	0	1	2	3	4		
Igiene personale	0	1	3	4	5		
Fare il bagno	0	1	3	4	5		
Mangiare	0	2	5	8	10		
Usare il WC	0	2	5	8	10		
Fare le scale	0	2	5	8	10		
Vestirsi	0	2	5	8	10		
Controllo urine	0	2	5	8	10		
Controllo alvo	0	2	5	8	10		
Camminare	0	3	8	12	15		
Carrozzina*	0	1	3	4	5		
Trasferimenti* (letto-sedia e viceversa)	0	3	8	12	15		
						TOTALE [0-100]	

* non compilare se il paziente è in grado di deambulare

Opzioni di risposta:

0= nessun segno di dispnea durante l'esecuzione delle ADLs

1= leggera dispnea che non impedisce o rallenta lo svolgimento delle ADLs

2= moderata dispnea, che può rallentare lo svolgimento delle ADLs

3= dispnea grave, che può rallentare notevolmente lo svolgimento delle ADLs

4= dispnea estremamente grave, tale da impedire o ridurre quasi sempre lo svolgimento delle ADLs
(necessità sempre di supporto)

Sigle: ADLs, activities of daily living (attività della vita quotidiana)

N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA BARTHEL DISPNEA USCITA		146	
DESCRIZIONE			
Scala Barthel – Dispnea - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<barthelDU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024. Obbligatorio per la disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni in presenza di MDC 04 Apparato respiratorio e MDC 05 Apparato cardiocircolatorio. N.B.: in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TEST CAMMINO 6 INGRESSO		147	
DESCRIZIONE			
Test del cammino dei 6 minuti - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione. Si tratta dei metri percorsi in 6 minuti.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<test6mE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 999 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni in presenza di MDC 04 Apparato respiratorio e MDC 05 Apparato cardiocircolatorio. <u>N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
TEST CAMMINO 6 USCITA		148	
DESCRIZIONE			
Test del cammino dei 6 minuti - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione. Si tratta dei metri percorsi in 6 minuti.			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<test6mU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 999 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024. Obbligatorio per la disciplina 56 ed età del paziente >= 18 anni in presenza di MDC 04 Apparato respiratorio e MDC 05 Apparato cardiocircolatorio. N.B.: in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso. N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°																																					
SCALA GLASGOW COMA INGRESSO		149																																					
DESCRIZIONE																																							
Glasgow Coma Scale - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione																																							
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI																																					
TAG	<glasgowComaE>	OBBLIGATORIO	CON																																				
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO																																				
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI																																				
CORRETTEZZA FORMALE																																							
LUNGHEZZA	2																																						
FORMATO	AN																																						
VALORI AMMESSI	da 3 a 15 (estremi inclusi)																																						
TABELLE DI RIFERIMENTO																																							
POSSIBILI ERRORI	F02, F03																																						
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI																																							
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF																																						
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA																																						
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI																																							
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.																																							
Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Descrizione</th> <th>Punteggio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Apertura occhi</td> <td>Spontanea</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Allo stimolo verbale</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Allo stimolo doloroso</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessuna</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Risposta verbale</td> <td>Paziente orientato, conversazione appropriata</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Confusione, Frasi sconnesse</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Parla e pronuncia parole, ma incoerenti</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Suoni incomprensibili</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessun suono emesso</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Risposta motoria</td> <td>Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Localizzazione dello stimolo doloroso</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Retrazione allo stimolo doloroso</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Flessione allo stimolo doloroso</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Estensione allo stimolo doloroso</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessuna risposta</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>					Descrizione	Punteggio	Apertura occhi	Spontanea	4	Allo stimolo verbale	3	Allo stimolo doloroso	2	Nessuna	1	Risposta verbale	Paziente orientato, conversazione appropriata	5	Confusione, Frasi sconnesse	4	Parla e pronuncia parole, ma incoerenti	3	Suoni incomprensibili	2	Nessun suono emesso	1	Risposta motoria	Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici	6	Localizzazione dello stimolo doloroso	5	Retrazione allo stimolo doloroso	4	Flessione allo stimolo doloroso	3	Estensione allo stimolo doloroso	2	Nessuna risposta	1
	Descrizione	Punteggio																																					
Apertura occhi	Spontanea	4																																					
	Allo stimolo verbale	3																																					
	Allo stimolo doloroso	2																																					
	Nessuna	1																																					
Risposta verbale	Paziente orientato, conversazione appropriata	5																																					
	Confusione, Frasi sconnesse	4																																					
	Parla e pronuncia parole, ma incoerenti	3																																					
	Suoni incomprensibili	2																																					
	Nessun suono emesso	1																																					
Risposta motoria	Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici	6																																					
	Localizzazione dello stimolo doloroso	5																																					
	Retrazione allo stimolo doloroso	4																																					
	Flessione allo stimolo doloroso	3																																					
	Estensione allo stimolo doloroso	2																																					
	Nessuna risposta	1																																					

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°																																					
SCALA GLASGOW COMA USCITA		150																																					
DESCRIZIONE																																							
Glasgow Coma Scale - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione																																							
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI																																					
TAG	<glasgowComaU>	OBBLIGATORIO	CON																																				
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO																																				
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI																																				
CORRETTEZZA FORMALE																																							
LUNGHEZZA	2																																						
FORMATO	AN																																						
VALORI AMMESSI	da 3 a 15 (estremi inclusi)																																						
TABELLE DI RIFERIMENTO																																							
POSSIBILI ERRORI	F02, F03																																						
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI																																							
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF																																						
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA																																						
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI																																							
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.																																							
Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni																																							
N.B.: in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Descrizione</th> <th>Punteggio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Apertura occhi</td> <td>Spontanea</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Allo stimolo verbale</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Allo stimolo doloroso</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessuna</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Risposta verbale</td> <td>Paziente orientato, conversazione appropriata</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Confusione, Frasi sconnesse</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Parla e pronuncia parole, ma incoerenti</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Suoni incomprensibili</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessun suono emesso</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Risposta motoria</td> <td>Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Localizzazione dello stimolo doloroso</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Retrazione allo stimolo doloroso</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Flessione allo stimolo doloroso</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Estensione allo stimolo doloroso</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nessuna risposta</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>					Descrizione	Punteggio	Apertura occhi	Spontanea	4	Allo stimolo verbale	3	Allo stimolo doloroso	2	Nessuna	1	Risposta verbale	Paziente orientato, conversazione appropriata	5	Confusione, Frasi sconnesse	4	Parla e pronuncia parole, ma incoerenti	3	Suoni incomprensibili	2	Nessun suono emesso	1	Risposta motoria	Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici	6	Localizzazione dello stimolo doloroso	5	Retrazione allo stimolo doloroso	4	Flessione allo stimolo doloroso	3	Estensione allo stimolo doloroso	2	Nessuna risposta	1
	Descrizione	Punteggio																																					
Apertura occhi	Spontanea	4																																					
	Allo stimolo verbale	3																																					
	Allo stimolo doloroso	2																																					
	Nessuna	1																																					
Risposta verbale	Paziente orientato, conversazione appropriata	5																																					
	Confusione, Frasi sconnesse	4																																					
	Parla e pronuncia parole, ma incoerenti	3																																					
	Suoni incomprensibili	2																																					
	Nessun suono emesso	1																																					
Risposta motoria	Obbedisce ai comandi / esecuzione di ordini semplici	6																																					
	Localizzazione dello stimolo doloroso	5																																					
	Retrazione allo stimolo doloroso	4																																					
	Flessione allo stimolo doloroso	3																																					
	Estensione allo stimolo doloroso	2																																					
	Nessuna risposta	1																																					

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA GLASGOW COMA EXTENDED INGRESSO		151	
DESCRIZIONE			
Glasgow Coma Scale Extended - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<glasgowComaExE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 8 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni 1 = morte 2 = stato vegetativo 3 = disabilità grave, completamente dipendente dagli altri 4 = disabilità grave, dipendente dagli altri per alcune attività 5 = disabilità moderata, lavoro ad un livello inferiore di performance 6 = disabilità moderata, ritorno alla precedente attività con adattamenti 7 = buon recupero con deficit fisici o mentali minori 8 = buon recupero			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA GLASGOW COMA EXTENDED USCITA		152	
DESCRIZIONE			
Glasgow Coma Scale Extended - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<glasgowComaExU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 8 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni 1 = morte 2 = stato vegetativo 3 = disabilità grave, completamente dipendente dagli altri 4 = disabilità grave, dipendente dagli altri per alcune attività 5 = disabilità moderata, lavoro ad un livello inferiore di performance 6 = disabilità moderata, ritorno alla precedente attività con adattamenti 7 = buon recupero con deficit fisici o mentali minori 8 = buon recupero <u>N.B.:</u> in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA LEVEL OF COGNITIVE FUNCTIONING INGRESSO		153	
DESCRIZIONE			
Scala Level of cognitive functioning - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<levelCognFuncE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 8 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni 1 = nessuna reazione 2 = reazione generalizzata 3 = reazione limitata/localizzata 4 = confuso ed agitato 5 = confuso e inappropriato 6 = confuso e appropriato 7 = automatico ed appropriato 8 = consapevole ed appropriato			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCALA LEVEL OF COGNITIVE FUNCTIONING USCITA		154	
DESCRIZIONE			
Scala Level of cognitive functioning - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<levelCognFuncU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	1		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 1 a 8 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per la disciplina 75 ed età del paziente >= 18 anni 1 = nessuna reazione 2 = reazione generalizzata 3 = reazione limitata/localizzata 4 = confuso ed agitato 5 = confuso e inappropriato 6 = confuso e appropriato 7 = automatico ed appropriato 8 = consapevole ed appropriato <u>N.B.:</u> in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ASIA INGRESSO		155	
DESCRIZIONE			
American Spinal Injury Association - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<asiaE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	alfabetici in posizione 1: C, T, L, S numerici in posizione 2 e 3: valori da 01 a 12 alfabetici in posizione 4: A, B, C, D, E		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR8	Coerenza scala ASIA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024. Obbligatorio per la disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
ASIA USCITA		156	
DESCRIZIONE			
American Spinal Injury Association - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<asiaU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	4		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	alfabetici in posizione 1: C, T, L, S numerici in posizione 2 e 3: valori da 01 a 12 alfabetici in posizione 4: A, B, C, D, E		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR8	Coerenza scala ASIA		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.			
Obbligatorio per la disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni			
N.B.: in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCIM INGRESSO		157	
DESCRIZIONE			
Spinal Cord Independence Measure - Valore acquisito all'ingresso del reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<scimE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR9	Coerenza scala SCIM		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u>			
Obbligatorio per la disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
SCIM USCITA		158	
DESCRIZIONE			
Spinal Cord Independence Measure - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<scimU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	3		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 100 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LR9	Coerenza scala SCIM		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024. Obbligatorio per la disciplina 28 ed età del paziente >= 18 anni N.B.: in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso.			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RCS INGRESSO		159	
DESCRIZIONE			
Rehabilitation Complexity Scale - Valore acquisito all'ingresso nell reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<rcsE>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 22 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LRD	Coerenza scala RCS		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per discipline 56, 75 e 28 e per tutte le fasce di età <u>N.B.: tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica</u>			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
RCS USCITA		160	
DESCRIZIONE			
Rehabilitation Complexity Scale - Valore acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<rcsU>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<RRF>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	2		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI	da 0 a 22 (estremi inclusi)		
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F03		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LR0	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LRD	Coerenza scala RCS		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per discipline 56, 75 e 28 e per tutte le fasce di età <u>N.B.:</u> in presenza di modalità di dimissione 06 – trasferimento ad un altro istituto di cura per acuti o in caso di trasferimento breve in Pronto Soccorso, qualora non in possesso del valore in uscita della scala, è possibile utilizzare il valore in ingresso. <u>N.B.:</u> tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica			

NOME DEL CAMPO		CAMPO N°	
NUMERO CARTELLA PROVENIENZA		161	
DESCRIZIONE			
Indica il numero di cartella di ricovero nell'Istituto di provenienza indicato (solo per le SDO RRF)			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<cartellaProvenienza>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<AMMISSIONE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	10		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO			
POSSIBILI ERRORI	F02, F04		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
LRO	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF		
LRE	Coerenza cartella di provenienza		
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attivato a partire dai ricoverati dal 01.01.2024.</u> Obbligatorio per discipline 56, 75 e 28 e per tutte le fasce di età in presenza di provenienza assistito trasferimento ('05','06','07','08','C'). Nel caso di <u>istituto di provenienza fuori regione</u> e di <u>istituti di cura non italiani</u> il numero di cartella dovrà riportare il valore: 9999999999. <u>N.B.:</u> tale gestione NON è prevista per le SDO di RRF Neuropsichiatrica			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
MATRICOLA SALA OPERATORIA INTERVENTO PRINCIPALE			162
DESCRIZIONE			
Matricola Sala Operatoria Intervento Principale			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	<matricolaSalaOperIntPrinc>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<INTERVENTOPRINCIPALE>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	NO	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F05, F10		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato, sarà attivato nel corso del 2024</u>			

NOME DEL CAMPO			CAMPO N°
MATRICOLA SALA OPERATORIA INTERVENTO SECONDARIO			163.n
DESCRIZIONE			
Matricola Sala Operatoria Intervento Secondario			
XML		OBBLIGATORIETA' E TRACCIATI	
TAG	< matricolaSalaOperIntSec>	OBBLIGATORIO	CON
SEZIONE	<interventoSecondario>	TRACCIATO ANAGRAFICO	NO
CAMPO RIPETIBILE	SI	TRACCIATO CLINICO	SI
CORRETTEZZA FORMALE			
LUNGHEZZA	6		
FORMATO	AN		
VALORI AMMESSI			
TABELLE DI RIFERIMENTO	Matricole definite in ARPE		
POSSIBILI ERRORI	F05, F10		
CORRETTEZZA LOGICA – CONTROLLI APPLICATI			
OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI			
<u>Campo attualmente NON GESTITO non deve essere valorizzato, sarà attivato nel corso del 2024</u>			

5. CONTROLLI

Il presente capitolo riporta le specifiche dei controlli eseguiti dal sistema centralizzato di controllo sulle SDO.

Per i controlli formali è riportata la semplice descrizione del controllo.

Per tutti gli altri controlli le tabelle che seguono riportano il codice del controllo, la sua descrizione sintetica (presente anche nelle restituzioni) e i campi interessati dall'algoritmo di controllo (numero e nome).

5.1 I controlli

5.1.1 I CONTROLLI FORMALI

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI ERRORI FORMALI
F01	Campo Obbligatorio Non Valorizzato
F02	Valore Non Accettabile
F03	Valore Non Numerico
F04	Valore Non Valido
F05	Valore non presente in tabella
F06	Data Non Valida
F07	Campo Formalmente Errato
F08	Valore Non Alfabetico
F09	Superato il numero di occorrenze massimo consentito
F10	Campo Non attivo Valorizzato

5.1.2 I CONTROLLI BLOCCANTI

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
N01	SDO non elaborata Errori formali sui campi fondamentali	01	Codhsp11
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
N02	SDO non elaborata Anno di competenza inesistente	75	Data Dimissione o morte
N03	SDO non elaborata Supporto scartato per errata quadratura sul numero dei record		
N04	SDO non elaborata Errata sequenza codice supporto rispetto alla massima versione della cartella	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N05	SDO non elaborata Se <u>Tipo movimento = I</u> (l invio), allora non deve esistere 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'. Se <u>Tipo movimento = C</u> (cancellazione), allora deve esistere 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'. Se <u>Tipo movimento = S</u> , non è obbligatorio che esista una SDO precedente (può essere un I° invio)	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N06	SDO non elaborata SDO pervenuta dopo la <u>chiusura definitiva</u> dell'anno di competenza. ad esempio: SDO competenza 2000 dimissioni pervenute dopo il 31.12.2001	75	Data Dimissione o morte
N07	SDO non elaborata SDO in sostituzione pervenuta dopo la <u>chiusura definitiva</u> dell'anno di competenza	75	Data Dimissione o morte
N08	SDO non elaborata Anno contabile chiuso, cancellazione SDO non ammessa <u>Si ricorda che NON è possibile cancellare una SDO attiva di un anno contabile chiuso</u>	75	Data Dimissione o morte
N10	SDO non elaborata	01	Codhsp11

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	<u>Dati clinici senza Anagrafica</u> 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.	02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N11	SDO non elaborata <u>Anagrafica senza Dati clinici</u> 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.	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N12	SDO non elaborata Anagrafica con chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento) duplicata	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N13	SDO non elaborata Dati clinici con chiave logica (struttura di ricovero, numero scheda, tipo movimento) duplicata	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
N14	SDO non elaborata 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).	75	Data Dimissione o morte

5.1.3 I CONTROLLI LOGICI

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
L01	Esistenza della struttura e dell'Istituto di cura fra Data ricovero e Data dimissione La data di ricovero e la data di dimissione devono essere comprese nel periodo di esistenza della Struttura di ricovero (HSP11, HSP11.Bis)	01	Codhsp11
		02	Codbis
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
L02	Appartenenza dell'Istituto di cura all'Azienda Sanitaria territoriale L'Istituto di Cura ((HSP11, HSP11.Bis) deve appartenere all'Azienda Sanitaria territoriale al momento della dimissione	01	Codhsp11
		02	Codbis
		34	ASL territoriale
		75	Data Dimissione o morte
L03	Congruenza fra Regime di ricovero e Tipo di ricovero ordinario Se Regime di ricovero: 2 (Day Hospital), 3 (One Day Surgery) o Z (A Domicilio) allora: - Tipo di ricovero ordinario non valorizzato	36	Regime Ricovero
		52	Tipo Ricovero Ordinario
L04	Congruenza fra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno Se Regime di ricovero: 1(Ricovero Ordinario) o Z(A Domicilio) allora: • Motivo Ricovero DH non valorizzato	36	Regime Ricovero
		68	Motivo Ricovero DH
L05	Corrispondenza fra l'anno di Data Ricovero e l'anno di riferimento della scheda Verifica la corrispondenza tra l'anno di ricovero e l'anno di riferimento	03	Anno Riferimento
		44	Data Ricovero
L06	Congruenza tra Regime di ricovero e Motivo del ricovero diurno, Anno di ricovero e Anno di dimissione - -Regime di ricovero = 2 (DH) il Motivo Ricovero DH può assumere i seguenti valori: 1, 3, 4, 5 - Regime di ricovero = 3 (one day surgery) il Motivo Ricovero DH può assumere i seguenti valori: 6 L'anno della data ricovero deve corrispondere con l'anno della data di dimissione. UNICA ECCEZIONE: <u>SDO di OneDaySurgery (regime 3) a cavaliere di 2 anni:</u> è possibile inviare una SDO con anni di ricovero e dimissione diversi solo se: 1. Regime di ricovero = 3 (one day surgery) 2. Data di ricovero = 31.12.anno(X) 3. Data di dimissione= 01.01.anno(X+1)	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		68	Motivo Ricovero DH
		75	Data Dimissione o morte
L07	Congruenza fra data di ricovero e data di nascita La data di nascita deve essere minore o uguale alla data di	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	ricovero		
L08	Congruenza Tipo Identificativo Paziente, Comune_Residenza, Regione Residenza alla data di dimissione Per <u>pazienti residenti in Italia</u> 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 <u>pazienti residenti all'estero</u> : 'TEAM' / 'STP' / 'ENI' / '999': - nel campo "Regione Residenza" deve essere indicato il codice dello stato estero, valido alla data di dimissione;- lo stesso codice deve trovarsi nella seconda parte (ultimi 3 caratteri) del campo "Comune Residenza"; inoltre, - sempre alla data di dimissione: - nel caso STP, lo stato estero non può appartenere all'UE, né alla SEE, né essere la Svizzera; - nel caso ENI, lo stato estero deve essere Romania, Bulgaria o UE (NO CH, SEE) Per pazienti <u>apolidi / ANONIMO</u> : - i campi Comune Residenza e 1 Regione Residenza devono essere valorizzati con 'tutti 9'	12	Tipo Identificativo Paziente
		20	Regione Residenza
		21	Comune Residenza
		75	Data Dimissione o morte
L09	Congruenza fra Comune / Provincia e ASL di residenza 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 / ANONIMO: - il campo Asl Residenza deve essere valorizzato a '999'	19	Asl Residenza
		21	Comune Residenza
		75	Data Dimissione o morte
L10	Congruenza fra Onere di degenza e dati anagrafici 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: "Combinazioni di valori consentiti alla residenza anagrafica"	19	Asl Residenza
		20	Regione Residenza
		21	Comune Residenza
		36	Regime Ricovero
		37	Onere Degenza
L11	Congruenza tra Regime di ricovero e trasferimenti Per regime di ricovero diverso da 1 (ricovero ordinario) non possono esistere trasferimenti	36	Regime Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno
L12	Congruenza tra Regime di ricovero e matricola di ammissione e matricola di dimissione Per regime di ricovero: 2 (DH) o 3 (One Day Surgery):	36	Regime Ricovero
		50	Matricola Ricovero
		79	Matricola Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	- Matricola di dimissione = Matricola di ammissione		
L13	Congruenza tra le date- ore nel ricovero ordinario Se Regime di ricovero è 1 (RO): <u>le date di accesso nelle U.O. devono essere correttamente correlate nel tempo.</u> Data ora trasferimento 1° > Data ora ricovero Data ora trasferimento n > Data ora trasferimento n-1 Data ora dimissione > Data ora ricovero Data ora dimissione > Data ora ultimo trasferimento Data elaborazione (con ora) > Data ora dimissione	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		45	Ora Ricovero
		54.n	Data Trasferimento Interno
		55.n	Ora trasferimento Interno
		62.n	Data Trasferimento Esterno
		63.n	Ora trasferimento Esterno
		75	Data Dimissione o morte
L14	Correttezza di compilazione relativi ai trasferimenti interni / esterni Per Regime di ricovero ordinario, nel caso di trasferimenti: - se è valorizzato un campo Data trasferimento, devono essere valorizzati tutti i campi del trasferimento corrispondente, e viceversa	36	Regime Ricovero
		54.n	Data Trasferimento Interno
		55.n	Ora Trasferimento Interno
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		60.n	Codhsp11 Esterno
		61.n	Codbis Esterno
		62.n	Data Trasferimento Esterno
		63.n	Ora Trasferimento Esterno
		64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno
		65.n	Progressivo UO Trasferimento Esterno
L15	Congruenza fra campi delle U.O. - Matricole Per <u>Regime di ricovero ordinario</u> Se non sono avvenuti trasferimenti: - U.O. e Matricola U.P. di dimissione devono coincidere con U.O. e Matricola U.P. di ammissione altrimenti: - per ogni traferimento interno la Matricola U.P. deve essere diversa dalla Matricola U.P. precedente e - U.O. e Matricola U.P. di dimissione devono coincidere con U.O. e Matricola U.P. in cui e avvenuto l'ultimo trasferimento interno.	36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno
		65.n	Progressivo UO Trasferimento Esterno
		66.n	Matricola Trasferimento Esterno
		77	Disciplina UO di dimissione
		78	Progressivo UO di dimissione
L16	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		46	Disciplina UO di ammissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Per <u>gli Istituti pubblici o equiparati</u>, se il regime di ricovero è ordinario, se: - Disciplina UO di ammissione è di RRF (28, 56, 75) - Provenienza assistito è: 05, 06, 07, 08, C - Tipo ricovero ordinario è: 1 (programmato) allora <u>il codice Diagnosi Principale deve essere diverso da V57.x</u> In ottemperanza alla D.G.R n. 12-5131 del 05.06.2017 in materia di ricoveri riabilitativi in disciplina 56 <u>dai ricoverati dal 15.06.2017</u> pertanto il controllo è limitato alle discipline 28 e 75: Per <u>gli Istituti pubblici o equiparati</u>, se il regime di ricovero è ordinario, se: - Disciplina UO di ammissione è di RRF (28, 75) - Provenienza assistito è: 05, 06, 07, 08, C, E - Tipo ricovero ordinario è: 1 (programmato) allora <u>il codice Diagnosi Principale deve essere diverso da V57.x</u>	52	Tipo Ricovero Ordinario
		84	Diagnosi Principale Dimissione
L17	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per acuzie Per <u>Regime di ricovero ordinario</u> - 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)	36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno
		65.n	Progressivo UO Trasferimento Esterno
		66.n	Matricola Trasferimento Esterno
		77	Disciplina UO di dimissione
L18	Congruenza fra U.O. - Matricole di ammissione, trasferimento e dimissione per RRF Per <u>Regime di ricovero ordinario</u> Per le SDO di RO, con discipline RRF (28,56,75) - la disciplina della Matricola . di ammissione deve essere uguale alla disciplina della Matricola di dimissione. Per istituti privati provvisoriamente/definitivamente accreditati: - non sono ammessi neppure i cambi di livello all'interno della disciplina 56.	78	Progressivo UO di dimissione
		79	Matricola Dimissione
		36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		64.n	Disciplina UO Trasferimento Esterno
		65.n	Progressivo UO Trasferimento Esterno
		66.n	Matricola Trasferimento Esterno

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	NB solo per la competenza 2016 Per istituti privati accreditati, Istituti Classificati ed IRCCS sono ammessi <u>trasferimenti brevi in Pronto Soccorso</u> (Matricola 'PRSOCC') di Istituti pubblici	77	Disciplina UO di dimissione
		78	Progressivo UO di dimissione
		79	Matricola Dimissione
L20	Congruenza fra Motivo del ricovero e U.O. di ammissione in DH Se Regime Ricovero = 2 (DH) e Motivo del ricovero diurno = 4 allora: - Disciplina UO di ammissione deve essere di RRF (28, 56 o 75) oppure, se Disciplina UO di ammissione è multispecialistica (02) allora - Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva deve contenere il codice di una disciplina di RRF (28, 56, 75); Viceversa: - se Disciplina UO di ammissione è 56, Motivo del ricovero diurno deve essere 4; non sono ammessi valori diversi; - se Disciplina UO di ammissione è 28, o 75, Motivo del ricovero diurno può essere 4, oppure 3; non sono ammessi altri valori	36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
		68	Motivo Ricovero DH
L21	Congruenza fra DH, Motivo del Ricovero diurno e Giornate di presenza Per il ricovero in regime diurno: 2 o 3 - devono essere riportate le informazioni relative ai campi Motivo del ricovero diurno e Numero Accessi DH. - motivo di ricovero 6 (day surgery con pernottamento) associato a: - regime di ricovero = 3 (One Day Surgery) - numero accessi DH = 1 - data dimissione = data ricovero + 1 - motivo di ricovero 5 (day surgery senza pernottamento) associato a: - regime di ricovero = 2 (Day Hospital) - numero accessi DH = 1 - data dimissione = data ricovero - se numero accessi DH = 1 - la lista Date accesso DH deve essere vuota; altrimenti - numero accessi DH = numero Date accesso DH.	68	Motivo Ricovero DH
		36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		69	Numero Accessi DH
		70.n	Data accesso DH
		75	Data Dimissione o morte
L22	Congruenza durata massima consentita di un ricovero	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Se Regime di ricovero è 1 (RO) - 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' non è compilato - allora Data dimissione - Data ricovero deve essere minore o uguale a 365	75	Data Dimissione o morte
		123	Ricovero oltre 365
L23	Congruenza tra date - ore degli interventi ed il periodo di ricovero Le date – ore dell'intervento principale e degli eventuali altri interventi -procedure devono essere comprese tra la data – ora di ricovero e la data – ora di dimissione. Inoltre <u>se è valorizzato il campo codice intervento</u> deve essere indicata la data inizio, nel campo data inizio intervento corrispondente. Gli interventi pre e/o post ricovero non devono essere inviati	44	Data Ricovero
		45	Ora Ricovero
		90	Codice Intervento Principale
		91	Data Inizio Intervento Principale
		92	Ora Inizio Intervento Principale
		93	Data Fine Intervento Principale
		94	Ora Fine Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		104.n	Ora Inizio Intervento Secondario
		105.n	Data Fine Intervento Secondario
		106.n	Ora Fine Intervento Secondario
L25	Congruenza fra Modalita' di dimissione e Riscontro autoptico Se Riscontro autoptico = 1 (eseguita autopsia) - allora Modalità dimissione = 01 (deceduto) <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2018:</u> Se Modalità dimissione = 01(deceduto) - allora Riscontro autoptico deve sempre valorizzato con : - 1 = eseguita autopsia - 2 = non eseguita autopsia	74	Modalità Dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		81	Riscontro autoptico
L26	Congruenza fra i campi inerenti una protesi Per la 'protesi' se è valorizzato il campo codice allora deve essere valorizzato il campo quantità (= 1) e viceversa. L'unico caso in cui la quantità può essere 2 è quello di 'impianto doppio di Protesi Cocleare'	114	Codice Protesi
		115	Quantità Protesi
L28	Congruenza fra Provincia / Comune di residenza e la data di dimissione Se Tipo Identificativo Paziente = 0 (CF) allora Il Comune di residenza deve essere esistente nell'anno di ricovero. <u>NB il codice istat da utilizzare è quello valido alla data di dimissione</u>	12	Tipo Identificativo Paziente
		21	Comune Residenza
		75	Data Dimissione o morte

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
L29	Congruenza fra Matricole e Strutture di ricovero e/o Istituto di ricovero, alle date di ingresso/uscita dalle U.P. Esistenza e validità delle Matricole ed delle UO, 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 ARPE, 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.)	44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		54.n	Data Trasferimento Interno
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di dimissione
		78	Progressivo UO di dimissione
		79	Matricola Dimissione
L30	Congruenza Regime ricovero diurno e Giorni Permesso RO Se Regime di Ricovero è: 2, 3, Z allora - Giorni Permesso RO non devono essere valorizzati	36	Regime Ricovero
		53	Giorni Permesso RO
L31	Congruenza Regime ricovero e Numero Accessi DH Se Regime di ricovero è: 1, Z allora - Numero Accessi DH non devono essere valorizzati se Regime di ricovero è: 2 allora - Numero Accessi DH diverso da 0 se Regime di ricovero è: 3 allora - Numero Accessi DH =1	36	Regime Ricovero
		69	Numero Accessi DH
L32	Congruenza fra Provenienza assistito, Data nascita, Data ricovero e Peso alla nascita Peso alla nascita deve essere valorizzato e > 100 gr se - data di ricovero = data di nascita e - provenienza assistito = 01, 02, 11, 03, 22, 99 E viceversa. E' possibile compilare il campo Peso alla nascita per pazienti con età inferiore ad 1 anno alla data di ricovero <u>NB: il valore minimo consentito è 20gr per la competenza 2016</u>	09	Data Nascita
		116	Peso alla Nascita
		41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
L33	Congruenza U.O. di ammissione per nuovo nato Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 01, allora: U.O. di ammissione = 31.xx (nido)	09	Data Nascita
		41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
L35	Compilazione campo Codice identificativo paziente per nuovo nato	09	Data Nascita
		11	Codice Identificativo Paziente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Se data di dimissione nel mese successivo alla data di nascita, allora: - Codice Identificativo Paziente = venti zeri (con Tipo Identificativo Paziente qualsiasi) oppure - Tipo Identificativo Paziente = '9' e Codice Identificativo Paziente = venti nove (stranieri) oppure - Tipo Identificativo Paziente = '0' e Codice Identificativo Paziente = CF se disponibile Viceversa, se data di ricovero > data di nascita, non è ammesso Codice Identificativo Paziente = venti zeri	12	Tipo Identificativo Paziente
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
L36	Compilazione campo Numero scheda della puerpera Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 01, allora: Numero scheda della puerpera deve essere valorizzato; in caso di mancato riconoscimento inserire dice '9'	09	Data Nascita
		18	Numero Scheda SDO della puerpera
		41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
L37	Compilazione campo Modalità di Allattamento Se data di ricovero = data di nascita e provenienza assistito = 01, allora: Modalità di allattamento deve essere valorizzato	09	Data Nascita
		117	Modalità Allattamento
		41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
L39	Incompatibilità fra disciplina "40" e ricovero in DH Se la Struttura è privata e il regime ricovero: 2, 3 allora: la disciplina dell'UO di ricovero deve essere diversa da 40.	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
L40	Congruenza fra Tipo Identificativo Paziente e Regione di residenza Se Regione di residenza è una regione italiana allora tipo identificativo paziente è 0 e viceversa	12	Tipo Identificativo Paziente
		20	Regione Residenza
L43	Congruenza fra Data dimissione e Data elaborazione Deve essere: - data dimissione < data del giorno di elaborazione	75	Data Dimissione o morte
L44	Congruenza tra U.O. e date trasferimenti per trasferimento in Pronto Soccorso. Per case di cura private, istituti classificati o IRCCS se uno dei campi di trasferimento è codificato a 9999 l'U.O. di ammissione deve essere 56.xx, o 60.xx, 28.xx o 75.xx e deve esistere un successivo trasferimento nella stessa U.O. entro due giorni NB solo per la competenza 2016	01	Codhsp11
		02	Codbis
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		54.n	Data Trasferimento Interno
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
L46	Congruenza fra Intervento principale (trapianto), Regime ric. e Struttura di ricovero/U.O. Se uno dei Codici intervento è un trapianto di cornea - la SDO deve avere ricovero/trasferimento, in un U.O.	57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		01	Codhsp11
		02	Codbis
		102.n	Codice Intervento Secondario
		36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	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 48). se altro il trapianto - Regime di ricovero deve essere RO; - deve esserci compatibilità con l'Istituto di cura (HSP11.Bis) come indicato nelle tabelle: - "Tabella Interventi / Procedure NON eseguibili in DH / One Day Surgery" - "Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina"	48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		90	Codice Intervento Principale
L47	Incompatibilità fra DRG e ricovero in DH per parto Se DRG da 370 a 375 (SDO di parto), non possono essere fatti in regime DH e One Day Surgery	36	Regime Ricovero
L48	Congruenza tra Regime di ricovero e Posti letto deliberati <u>Solo per gli Istituti privati</u> Se Regime di ricovero è pari a 2, 3: - se Regime = 2 e Motivo del ricovero diurno = 1 / 3 / 4 allora l'U.P. di ammissione deve avere posti letto di day hospital accreditati o autorizzati; - se Regime = 2 e Motivo del ricovero diurno = 5 allora l'U.P. di ammissione deve avere posti letto di day hospital accreditati; - se Regime = 3 e Motivo del ricovero diurno = 6 (con pernottamento) 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 Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva / Attività svolta in Multispecialistico – Divisione Effettiva	01	Codhsp11
		02	Codbis
		36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		37	Onere Degenza
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
		49	Attività svolta in Multispecialistico – Divisione Effettiva
L49	Incompatibilità fra Intervento e ricovero in DH Gli interventi elencati nella tabella "Tabella Interventi / Procedure NON eseguibili in DH / One Day Surgery"	36	Regime Ricovero
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
L51	Congruenza fra DRG di Parto ed U.P. collegata a U.O. 37.xx, 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)	01	Codhsp11
		02	Codbis
		75	Data Dimissione o morte
L52	Compatibilità fra età della puerpera e DRG di Parto 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	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
L53	Compatibilità fra MDC e ricovero in reparto di	46	Disciplina UO di ammissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Neuroriabilitazione (UO 75xx) Se U.O. della disciplina 75 (Neuroriabilitazione) il DRG attribuito alla SDO deve appartenere alla MDC = 1. Unica eccezione l'Ospedale S. Luigi di Orbassano può avere anche delle SDO per ricoveri nella disciplina 75 con DRG della MDC = 4 o 5	56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		77	Disciplina UO di Dimissione
L54	Compatibilità fra diagnosi secondaria e DRG di parto (370-375) 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)	86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
L55	Congruenza fra UO 39xx ed età del ricoverato Se esiste un UO 39xx (Pediatria) allora deve essere verificato che l'età calcolata rispetto alla data di ricovero non sia maggiore di 18 anni. Sono previste eccezioni se vale una delle seguenti condizioni: - Presenza di codici malattie croniche/invalidanti e rare compreso tra RAXxxx e RQxxxxx. - 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'	09	Data Nascita
		124	Malattie Rare e Croniche
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		84	Diagnosi Principale Dimissione
L57	Congruenza fra Motivo Ricovero DH, Diagnosi Principale Dimissione e Codice Intervento Principale <u>Valido fino alla competenza 2017</u> Nel caso di Motivo Ricovero DH è: 5, 6: se Diagnosi Principale Dimissione è: V641, V643 - Codice Intervento Principale non deve essere valorizzato se Diagnosi Principale Dimissione è diversa : V641, V643 - Codice Intervento Principale deve essere valorizzato	68	Motivo Ricovero DH
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
L58	Congruenza fra Data ricovero Data dimissione e numero Accessi in DH Se Regime di ricovero è 2, 3 allora: - Giorni presenza = < (Data dimissione - Data ricovero) + 1 Se Numero Accessi DH è 1 allora: - Data dimissione = Data ricovero - Regime di ricovero=2 - Motivo Ricovero DH è 1,3, 4, 5 Oppure	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		68	Motivo Ricovero DH
		69	Numero Accessi DH
		75	Data Dimissione o morte

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	- Data dimissione = Data ricovero + 1 - Regime di ricovero=3 - Motivo Ricovero DH è 6		
L59	Congruenza fra DRG di cardiocirurgia e Struttura di ricovero Strutture private definitivamente accreditate abilitate a ricoveri di cardiocirurgia Se DRG è uno dei seguenti: 547 ' 548 ' 549 ' 550 allora la Struttura privata deve essere abilitata per la cardiocirurgia: 010628, 010611, 010643, 010666	01	Codhsp11
L61	Congruenza fra giorni degenza e giorni permesso nei ricoveri ordinari Le giornate di permesso non possono essere uguali o superiori alle giornate di degenza	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		53	Giorni Permesso RO
		75	Data Dimissione o morte
L72	Congruenza tra Struttura di ricovero, Libera professione ed Onere degenza <u>Per strutture pubbliche:</u> - 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. <u>Per strutture private:</u> non sono ammessi ricoveri in Libera Professione	01	Codhsp11
		118	Libera Professione
		37	Onere Degenza
L73	Congruenza tra Struttura di ricovero e Onere di degenza <u>Per strutture private:</u> non sono ammessi gli oneri 5 e 6	01	Codhsp11
		37	Onere Degenza
L75	Congruenza tra Ricovero Ripetuto, Disciplina UO di Dimissione e Istituto di cura Se Ricovero Ripetuto = N allora la SDO deve provenire da un reparto di post-acuzie di una Struttura privata	01	Codhsp11
		119	Ricovero Ripetuto
		77	Disciplina UO di Dimissione
L76	Congruenza tra Istituto di cura, Provenienza assistito, UO di ammissione RRF, Regime di ricovero, Tipo di ricovero ordinario e Codice diagnosi principale (privati accreditati) Per <u>gli Istituti privati accreditati</u> , se il regime di ricovero è ordinario, se: - Disciplina UO di ammissione è di RRF di II livello (56 codice 1) - Provenienza assistito è: 05, 06, 08, C - Tipo ricovero ordinario è: 1 (programmato) allora <u>il codice Diagnosi Principale deve essere diverso da V57</u> In ottemperanza alla D.G.R n. 12-5131 del 05.06.2017 in materia di ricoveri riabilitativi in disciplina 56 dai ricoverati	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		46	Disciplina UO di ammissione
		52	Tipo Ricovero Ordinario
		84	Diagnosi Principale Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	<u>dal 15.06.2017 il controllo non è più attivo.</u>		
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. Il codice 3 è ammesso per le Strutture private solo se il reparto è 64	01	Codhsp11
		75	Data Dimissione o morte
		68	Motivo Ricovero DH
L78	Congruenza tra motivo del ricovero diurno (Day Surgery), DRG e codice procedura Se la Struttura è provvisoriamente/definitivamente accreditata (non Day Surgery tipo 'C') Allora : il DRG assegnato dal Grouper deve essere : - DRG di tipo chirurgico, oppure - Motivo Ricovero DH è:5,6 - DRG 124 / 125, oppure - DRG 323, con presenza della procedura 98.51 - altri DRG (di tipo non chirurgico) sono accettabili solo se • Diagnosi Principale Dimissione è V64.1 o V64.3 oppure è presente una procedura dell'elenco: 31.43 ' 34.23 ' 34.24 ' 34.25 ' 48.31 ' 48.34 ' 56.91 ' 57.17 ' 58.31 ' 58.39	01	Codhsp11
		75	Data Dimissione o morte
		102.n	Codice Intervento Secondario
		68	Motivo Ricovero DH
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
L79	Congruenza tra regime di ricovero, campo traumatismi o intossicazioni e diagnosi principale Se Regime Ricovero=1 (RO) , 3 (ODS) <u>partire dai dimessi dal 01.01.2018:</u> - il campo Traumatismi/intossicazioni deve essere compilato se: nei primi tre caratteri della Diagnosi Principale Dimissione, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti: - 800-904 - 910-995.89 In tutti gli altri casi, il campo Traumatismi/intossicazioni deve essere nullo. <u>Per le competenze 2016 e 2017 il controllo è limitato al regime di ricovero ordinario.</u>	36	Regime Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		88	Traumatismi o Intossicazioni
L80	Congruenza tra Codice intervento e Data inizio intervento corrispondente In presenza di un codice intervento deve essere presente la relativa data e viceversa	102.n	Codice Intervento Secondario
		103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		90	Codice Intervento Principale
		91	Data Inizio Intervento Principale
L81	Congruenza UO e attività svolta nel reparto multispecialistico Se l'UO di dimissione è un reparto multispecialistico	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		46	Disciplina UO di ammissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	(disciplina 02, 04, 67, 97, 98), allora i campi 48 e 49 devono essere valorizzati. 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 • i campi 48 e 49 devono essere nulli	48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
		49	Attività svolta in Multispecialistico – Divisione Effettiva
		68	Motivo Ricovero DH
		77	Disciplina UO di Dimissione
L82	Congruenza fra Disciplina UO di ammissione, Disciplina UO Trasferimento Interno e Disciplina UO di dimissione per lungodegenza <u>Per Regime Ricovero: 1</u> se Disciplina UO di dimissione è di lungodegenza (60-0), U.S.V (60-1), o lungodegenza N.P. (60-4) - anche Disciplina UO di ammissione deve essere della disciplina 60 e avere lo stesso subcodice; - non sono ammessi eventuali trasferimenti, in U.O. di altre discipline, o con sub codice diverso. NB <u>solo per la competenza 2016</u> Per istituti privati accreditati, Istituti Classificati ed IRCCS - sono ammessi trasferimenti brevi in Pronto Soccorso (Matricola 'PRSOCC') di Istituti pubblici	36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		77	Disciplina UO di dimissione
		78	Progressivo UO di dimissione
		79	Matricola Dimissione
L83	Congruenza tra Provenienza assistito e Numero scheda 118 Se Provenienza Assistito è: 22 allora Numero scheda 118 deve essere compilato e viceversa	122	Numero scheda 118
		41	Provenienza Assistito
L84	Congruenza tra Istituto di cura e Matricola di dimissione La Matricola di dimissione deve esistere nell'ambito dell'Istituto di cura (HSP11.Bis), alla data di dimissione	01	Codhsp11
		02	Codbis
		75	Data Dimissione o morte
		79	Matricola Dimissione
L85	Congruenza tra Data prenotazione e Data ricovero La data di prenotazione deve essere minore o uguale della data del ricovero; indipendentemente dal regime di ricovero	38	Data Prenotazione
		44	Data Ricovero
L86	Congruenza Struttura o Istituto, UO di ammissione, Tipo del ricovero ordinario e Ricovero in codice 40 SPDC Il <u>TSO durante il ricovero in disciplina 40</u> deve essere compilato (S o N) se: - Struttura di ricovero è pubblica - Disciplina UO di ammissione è: 40 - Tipo Ricovero Ordinario è <u>diverso da 3</u> (TSO).	01	Codhsp11
		75	Data Dimissione o morte
		121	TSO durante il ricovero in disciplina 40
		46	Disciplina UO di ammissione
		52	Tipo Ricovero Ordinario
L87	Congruenza tra Provenienza assistito e Codhsp11	41	Provenienza Assistito

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Provenienza Se Provenienza Assistito indica: - un trasferimento diretto (05, 06 o 07) oppure - un ricovero precedente in connessione (C) - un trasferimento per Emergenza COVID – 19 (E) - ricovero per Contratto Particolare - PC allora <u>Codhsp11 Provenienza deve essere valorizzato e viceversa.</u> Se provenienza assistito 08: allora <u>Codhsp11 Provenienza non deve essere compilato</u>	42	Codhsp11 Provenienza
		43	Codbis Provenienza
L88	Congruenza tra Modalità di dimissione ed Codhsp11 Destinazione Per tutti gli istituti: se modalità dimissione è: - 06 (trasferimento ad altra struttura di ricovero, pubblica o privata., per acuti) - 08 (trasferimento ad istituto, pubblico o privato, di riabilitazione o postacuzie) - 13 (dimissioni presso Istituto di attività extra ospedaliera) allora il Codhsp11 Destinazione (e Codbis Destinazione qualora previsto) devono essere valorizzati e viceversa. Inoltre per gli istituti piemontesi: - se modalità di dimissione: 06, l'istituto deve avere un reparto di acuzie; - se modalità di dimissione: 08, l'istituto deve avere un reparto di postacuzie; - se modalità di dimissione: 13 l'istituto deve essere un Istituto di attività extra ospedaliera; Nel caso di dimissioni da reparti 73 (Terapia Intensiva Neonatale) si indica modalità di dimissione = 08, per trasferimenti ad istituti con reparti infantili di minor intensità: 31 Nido / 39 Pediatria.	74	Modalità Dimissione
		82	Codhsp11 Destinazione
		83	Codbis Destinazione
L89	Congruenza tra Struttura di ricovero e Provenienza assistito Se Provenienza Assistito è: -02 Pronto Soccorso -22 Pervenuto da 118 Il ricovero è ammesso solo per le ASL, ASO, Gradenigo e COQ Non è ammesso per Strutture private. ECCEZIONE per i pazienti COVID: a partire dalla competenza 2020 ed unicamente per i pazienti COVID (individuati tramite la codifica prevista) è ammesso il ricovero con provenienza assistito 02 – Pronto Soccorso e 22 – Pervenuto da 118	01	Codhsp11
		41	Provenienza Assistito

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Tale eccezione NON è attiva a partire dai dimessi dal 01.02.2023.		
L90	Congruenza tra Regime di ricovero, Tipo ricovero ordinario e Data prenotazione ricovero Se regime di ricovero: 1(RO) e Tipo Ricovero Ordinario:1,4 allora - Data Prenotazione deve essere sempre compilato Se regime di ricovero: 2,3 allora - Data Prenotazione deve essere sempre compilato. Se regime di ricovero = Z il campo non deve essere compilato	36	Regime Ricovero
		38	Data Prenotazione
		52	Tipo Ricovero Ordinario
L91	Congruenza tra Matricole delle U.P. e Posti letto, alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento o dimissione) Per ciascuna matricola di trasferimento e dimissione della SDO in ARPE, devono esistere Posti letto; tale verifica viene fatta alla data di uscita dalle U.P. (trasferimento ad altra U.P. o dimissione). <u>La regola vuole che non si può “uscire” da una matricola UP chiusa dalla data di uscita.</u> Pertanto la verifica è: - se Regime Ricovero: 1 (RO) posti letto ordinari - se Regime Ricovero:2, 3 (DH e One Day Surgery)posti letto DH; Solo per le <u>Strutture private</u> : - se onere degenza: 1, 2: i letti devono essere accreditati e contrattati; - se onere degenza:4 i letti devono essere autorizzati e possono essere non accreditati o accreditati	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		37	Onere Degenza
		50	Matricola Ricovero
		54.n	Data Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		75	Data Dimissione o morte
		79	Matricola Dimissione
L92	Congruenza tra motivo del ricovero diurno e codice procedura per strutture private accreditate day surgery di tipo 'C' Se il DRG è di tipo medico (escluso DRG 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 48.31 ' 48.34 ' 56.91 ' 57.17 ' 58.31 ' 58.39	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		68	Motivo Ricovero DH
		90	Codice Intervento Principale
L93	Congruenza tra Ist. Privato provv./defin. Accreditato e Provenienza Assistito Per Strutture private provv./definitivamente accreditate <u>non è ammesso</u> il codice provenienza 07 'trasferito da istituto privato non accreditato'	01	Codhsp11
		41	Provenienza Assistito
L94	Congruenza tra Strutture private non accreditate ed Onere degenza	01	Codhsp11
		37	Onere Degenza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Se la <u>Struttura è privata non accreditata</u> Onere Degenza deve essere 4		
L95	Congruenza tra Codice protesi, Codice intervento, Codice diagnosi e disciplina del reparto Nel campo 'codice protesi' sono accettati i codici delle endoprotesi elencate della tabella “Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive / o sostitutive in Istituti / Reparti autorizzati” e sussistono le condizioni accessorie indicate nella stessa tabella: - nei campi codici intervento esiste uno dei codici elencati; - nei campi diagnosi esiste uno degli eventuali codici elencati; - il DRG della SDO è uno di quelli eventualmente richiesti; - nella Struttura di ricovero è presente un reparto con una delle discipline autorizzate. NB: in mancanza di accreditamento della struttura di ricovero, all'impianto della protesi, la SDO viene comunque accettata, ma l'importo della protesi non verrà riconosciuto	01	Codhsp11
		02	Codbis
		102.n	Codice Intervento Secondario
		114	Codice Protesi
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
L96	Congruenza tra Data prenotazione e Data nascita La data di prenotazione deve essere successiva alla data di nascita del paziente	09	Data Nascita
		38	Data Prenotazione
L97	Congruenza tra Data Prenotazione e Data di ricovero (massima differenza pari a 1460 giorni) La differenza tra la data di prenotazione e la data di ricovero deve essere meno di 1460 giorni	38	Data Prenotazione
		44	Data Ricovero
L99	Congruenza tra Euroscore, Disciplina e Codice Intervento Per le SDO di cardiocirurgia (discipline: 06, 07), in presenza degli interventi riportati in tabella “Tabella Interventi che richiedono la compilazione del punteggio EUROSCORE”: -il campo Euroscore deve essere compilato Viceversa, in assenza di tali codici intervento, o in assenza del reparto di cardiocirurgia il campo EuroSCORE non deve essere compilato.	56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		77	Disciplina UO dimissione
		102.n	Codice Intervento Secondario
		129	Euroscore
		90	Codice Intervento Principale
LA0	Congruenza tra Data prenotazione e Classe Priorità Se la data di prenotazione è compilata il campo codice classe di prenotazione deve essere compilato e viceversa	38	Data Prenotazione
		39	Classe Priorità
LA2	Congruenza tra Struttura provv./definitivamente accreditata ed Onere degenza Se la Struttura è privata provv./definitivamente accreditata l'onere degenza = 9 non è accettabile	01	Codhsp11
		37	Onere Degenza
LA3	Congruenza tra tipo ricovero ordinario, data di nascita e data di ricovero	09	Data Nascita
		36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Se Regime Ricovero = 1 e Tipo Ricovero Ordinario non è valorizzato allora: la data di ricovero deve coincidere con la data di nascita.	52	Tipo Ricovero Ordinario
LA4	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Ente emittente e date validità del documento di dei pazienti stranieri In caso di paziente straniero, la procedura verifica che siano valorizzati - il codice dell'ente che ha emesso il documento di identificazione del paziente (TEAM / tesserino STP / tesserino ENI) , corrispondente al Tipo Identificativo Paziente indicato - il numero identificazione personale nel caso di paziente in possesso di TEAM (a partire dalla competenza 2019) - le rispettive date di validità (data scadenza e data rilascio) e viceversa. Nel caso di Tipo Identificativo Paziente = 0 /9 non si devono indicare i dati della TEAM	12	Tipo Identificativo Paziente
		29	Codice Istituto Emittente ENI
		33	Codice Istituto Emittente STP
		23	Codice Istituzione Competente TEAM
		27	Data Scadenza Tesserino ENI
		28	Data Rilascio Tesserino ENI
		31	Data Scadenza Tesserino STP
		32	Data Rilascio Tesserino STP
		22	Data Scadenza TEAM
		136	Numero Identificazione Personale TEAM
LA5	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente e Dati della Mobilità Internazionale Se Tipo Identificativo Paziente = 3 (TEAM) devono essere valorizzati - Qualifica Beneficiario TEAM - Riferimento Normativo TEAM = '221A' - Attestato TEAM se Tipo Identificativo Paziente = 2 (ENI) deve essere valorizzati - Riferimento Normativo ENI = '221R' e viceversa	12	Tipo Identificativo Paziente
		30	Riferimento Normativo ENI
		24	Qualifica Beneficiario TEAM
		25	Riferimento Normativo TEAM
		26	Attestato TEAM
LA8	Congruenza tra DRG, Codici 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	102.n	Codice Intervento Secondario
		37	Onere Degenza
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
LA9	Congruenza tra Motivo Ricovero DH, Drg e Diagnosi Principale Dimissione La SDO viene scartata se: - Motivo Ricovero DH è: 5,6 - DRG è: 467 - Diagnosi Principale Dimissione:V642	68	Motivo Ricovero DH
		84	Diagnosi Principale Dimissione
LB1	Congruenza tra Istituto e Codice Istituto Erogante Il codice Azienda/ Codice Istituto Erogante (collegato alla partita IVA) deve essere quello associato al codice della Struttura di ricovero	01	Codhsp11
		35	Codice Istituto Erogante

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
LB2	Congruenza fra Regime Ricovero, Data trasferimento e Matricola trasferimento Se Regime Ricovero diverso da 1, la lista dei trasferimenti deve essere vuota.	36	Regime Ricovero
		54.n	Data Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		62.n	Data Trasferimento Esterno
		66.n	Matricola Trasferimento Esterno
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 ' RO / Osp.Domiciliare - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30110 o 30111 (attività Covid) o 30115; .b - DH - tutte le matricole devono essere associate ad una delle attività: 30120, 30125, 30130, 30135 2.a - per ricoveri in Libera Professione 'la matricola di dimissione deve essere associata ad una delle attività 30115, 30125 o 30135; <u>N.B.:</u> 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. 2.b - per altri Oneri degenza ' tutte le matricole devono essere associate ad una delle attività 30110, 30120 o 30130. <u>Strutture private</u> a. - RO - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30110, 30111 (attività Covid); b. -DH chirurgico - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30120; c. - DH medico - tutte le matricole devono essere associate all'attività 30130 NB solo per la competenza 2016 Il codice matricola convenzionale 'PRSOCC', può essere inserito a fronte di <u>trasferimento breve</u> (max 2 giorni) in Pronto soccorso, all'interno (non ammissione/dimissione) di ricoveri di post-acuzie in Istituti privati accreditati, Istituti Classificati ed IRCCS	01	Codhsp11
		02	Codbis
		36	Regime Ricovero
		37	Onere Degenza
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		48	Attività svolta in Multispecialistico - Disciplina Effettiva
		49	Attività svolta in Multispecialistico – Divisione Effettiva
		50	Matricola Ricovero
		56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
		57.n	Progressivo UO Trasferimento Interno
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		75	Data Dimissione o morte
		68	Motivo Ricovero DH
		54.n	Data trasferimento interno
		77	Disciplina UO di Dimissione
		78	Progressivo UO di dimissione
		79	Matricola Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
LB5	Congruenza fra Farmaco oncologico, Diagnosi Principale Dimissione, Interventi e codice DRG Se Regime ricovero è 2 ed il DRG è 410 se: - Diagnosi Principale Dimissione è: V672, V58.11, V58.12 - Codice Intervento Principale o Codice Intervento Secondario è: 99.25, 99.28 allora Farmaco Oncologico deve essere valorizzato ad 'S' o 'N'; in tutti gli altri casi non deve essere valorizzato	102.n	Codice Intervento Secondario
		120	Farmaco Oncologico
		36	Regime Ricovero
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
LB6	Congruenza fra Struttura di ricovero e ricovero in week-surgery 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)	01	Codhsp11
		02	Codbis
		46	Disciplina UO di ammissione
		54.n	Data Trasferimento Interno
		75	Data Dimissione o morte
LB7	Congruenza fra Week-Surgery, Data ricovero e Data uscita dal reparto 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	44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		54.n	Data Trasferimento Interno
		75	Data Dimissione o morte
LB8	Incompatibilità tra week-surgery e trasferimenti da altri reparti Nel reparto di week-surgery (disciplina 04) è possibile fare ricoveri, ma non trasferimenti da altri reparti	56.n	Disciplina UO Trasferimento Interno
LB9	Congruenza fra UO e Provenienza assistito (010621) 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	01	Codhsp11
		19	Asl Residenza
		42	Codhsp11 Provenienza
		79	Matricola Dimissione
LC0	Congruenza fra Regime di ricovero e Istituto di cura Se il Regime di ricovero è Z (Ospedalizzazione a domicilio), l'istituto di cura (HSP11.Bis) deve essere abilitato per tale Regime di ricovero	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
LC1	Congruenza fra Regime ricovero e Regione di residenza Se il Regime di ricovero è Z ' Ospedalizzazione a domicilio, il paziente deve essere residente in Piemonte	20	Regione Residenza
		36	Regime Ricovero
LC2	Congruenza fra Regime di ricovero, Data ricovero, Data dimissione, Giorni ricovero in Istituto, Num. passaggi Personale non medico e N. visite mediche Se il Regime di ricovero è Z (Ospedalizzazione a domicilio):	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		71	Giorni Ricovero in Istituto
		72	Numero Passaggi Personale non Medico

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	- Numero Passaggi Personale non Medico Oppure - Numero Visite Mediche deve essere valorizzato con valore diverso da 0. e Data dimissione – Data ricovero > Giorni ricovero in Istituto Cioè le giornate di degenza DEVONO essere superiori ai Giorni ricovero in Istituto. NB. Si ricorda che con <u>Giorni ricovero in Istituto</u> si intendono i giorni di interruzione dell'Ospedalizzazione a domicilio a seguito di ricovero in presidio. Per <u>gli altri Regimi di ricovero</u> (ricovero ordinario, day hospital, one day surgery) i campi: - Giorni Ricovero in Istituto - Numero Passaggi Personale non Medico - Numero Visite Mediche <u>non devono essere valorizzati</u>	73	Numero Visite Mediche
		75	Data Dimissione o morte
LC3	Congruenza fra Matricola di Dimissione, Data di Dimissione, Modalità dimissione e durata della degenza se il campo Modalità dimissione è valorizzato a 'B', - Matricola di dimissione deve corrispondere ad un reparto di U.S.V. - Data dimissione deve essere il 31/12 dell'anno precedente a quello di competenza della SDO. - la durata della degenza non deve essere inferiore a 120 giorni	44	Data Ricovero
		74	Modalità Dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		79	Matricola Dimissione
LC4	Congruenza fra Codice identificativo 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'	11	Codice Identificativo Paziente
		41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
LC5	Congruenza età del paziente Alla data di dimissione, l'età del paziente non può risultare superiore ai 120 anni	09	Data Nascita
LC6	Coerenza tra Tipo Identificativo Paziente, Comune Residenza, Codice Identificativo Paziente e base dati di certificazione e/o Codici fiscali Medici non certificati Il Codice fiscale non esiste né nel database del servizio AURA né in quello del MEF. <u>A partire dalla competenza 2020</u> Gli identificativi pazienti ENI / STP rilasciati dalle ASL della	11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente
		21	Comune Residenza
		98	CF Anestesista Intervento Principale
		99	CF Chirurgo A Intervento Principale
		100	CF Chirurgo B Intervento

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Regione Piemonte saranno verificati rispetto alla Banca Dati Centri ISI regionale, pertanto il controllo evidenzierà la non esistenza dei codici identificativi inviati rispetto alla banca dati di riferimento.		Principale
		101	CF Chirurgo C Intervento Principale
		110.n	CF Anestesista Intervento Secondario
		111.n	CF Chirurgo A Intervento Secondario
		112.n	CF Chirurgo B Intervento Secondario
		113.n	CF Chirurgo C Intervento Secondario
LC9	Congruenza tra Codice Causa esterna, Regime di ricovero e diagnosi principale Se Regime Ricovero=1 (RO) , 3 (ODS) <u>partire dai dimessi dal 01.01.2018:</u> - il campo Codice Causa esterna deve essere compilato se: nei primi tre caratteri della Diagnosi Principale Dimissione, è presente un codice ICD-9-CM compreso tra i seguenti: - 800-904 - 910-995.89 In tutti gli altri casi, il campo Codice Causa esterna deve essere nullo. <u>Per la competenza 2016 e 2017 il controllo è limitato al regime di ricovero ordinario</u>	36	Regime Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		89	Codice Causa esterna
LD0	Congruenza tra Provenienza Assistito e Disciplina UO di Dimissione RRF Se Provenienza Assistito = C, il reparto deve essere di RRF.	41	Provenienza Assistito
		77	Disciplina UO di Dimissione
LD1	Congruenza tra Regime di ricovero, Provenienza Assistito e Tipo Ricovero ordinario(nuovo nato) Se Provenienza Assistito = 01(Ricovero al momento della nascita) allora: - Regime di ricovero deve essere 1 (RO) - Tipo Ricovero ordinario deve essere vuoto E viceversa: se Regime è 1 (RO) e Tipo Ricovero ordinario è vuoto allora: - Provenienza Assistito = 01(Ricovero al momento della nascita)	36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		52	Tipo Ricovero Ordinario
LD2	Congruenza fra Data dimissione ed eventuale Data decesso su AURA Se il Codice Fiscale del paziente risulta certificato da AURA, la data di dimissione deve essere precedente, o uguale, alla data di decesso, eventualmente presente nel database di AURA	11	Codice Identificativo Paziente
		75	Data Dimissione o morte
LD3	Coerenza fra Cittadinanza, Comune Residenza e Tipo Identificativo Paziente, nel caso di paziente apolide /	12	Tipo Identificativo Paziente
		13	Cittadinanza

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	anonimo Se Cittadinanza uguale a '999' (apolide/anomimo) allora: • Comune_Residenza deve essere = '999999' • Tipo Identificativo Paziente deve essere 'tutti 9' e viceversa	21	Comune Residenza
LD4	Coerenza fra Comune_Residenza, Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero (TEAM / STP / ENI) nel caso di paziente straniero STP/ENI/TEAM se Comune_Residenza = 'STP+stato estero' - Tipo Identificativo paziente= 1 Se Comune_Residenza = 'ENI+stato estero' - Tipo Identificativo paziente= 2 se Comune_Residenza = 999 stato estero (UE, CH, SEE) - Tipo Identificativo paziente= 3 E Cittadinanza deve essere != '100' E viceversa	12	Tipo Identificativo Paziente
		13	Cittadinanza
		21	Comune Residenza
LD5	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e Cittadinanza, nel caso di paziente straniero, apolide / ANONIMO, AIRE se Tipo Identificativo Paziente = 9 allora: - Cittadinanza = stato estero oppure - Cittadinanza = 999 (Apolide / Anonimo) oppure - Cittadinanza = 100 (AIRE – Italiani residenti all'estero)	12	Tipo Identificativo Paziente
		13	Cittadinanza
LD6	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente e ANONIMO se Cognome = 'ANONIMO' e Nome = 'ANONIMO' - Tipo Identificativo Paziente = 9'	06	Cognome
		07	Nome
		12	Tipo Identificativo Paziente
LD7	Congruenza fra Robot, Codice intervento e DRG Se Uso Robot è valorizzato - codice intervento corrispondente deve essere valorizzato - DRG della SDO deve essere di tipo chirurgico	102.n	Codice Intervento Secondario
		109.n	Uso Robot Int. Sec.
		90	Codice Intervento Principale
		97	Uso Robot Int. Princ.
LD8	Validità del documento d'identificazione del paziente straniero alla data dimissione Se Tipo Identificativo Paziente = 1 (STP) deve essere - Data Rilascio Tesserino STP <Data_Dimissione <= Data Scadenza Tesserino STP se Tipo Identificativo Paziente = 2 (ENI) deve essere - Data Rilascio Tesserino ENI <Data_Dimissione <= Data Scadenza Tesserino ENI se Tipo Identificativo Paziente = 3 (TEAM) deve essere - Data_Dimissione <= Data Scadenza TEAM	12	Tipo Identificativo Paziente
		75	Data Dimissione o morte
		27	Data Scadenza Tesserino ENI
		28	Data Rilascio Tesserino ENI
		31	Data Scadenza Tesserino STP
		32	Data Rilascio Tesserino STP
		22	Data Scadenza TEAM

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
LD9	Coerenza fra Tipo Identificativo Paziente, Tesserino ISI (ENI / STP) e Codice ASL che lo ha rilasciato Se Tipo Identificativo Paziente = 1 deve essere - STP_Ente_Emittente deve essere il codice ASL contenuto nell'ID paziente. - Se Tipo Identificativo Paziente = 2 deve essere - ENI_Ente_Emittente deve essere il codice ASL contenuto nell'ID paziente.	11	Codice Identificativo Paziente
		12	Tipo Identificativo Paziente
		29	Codice Istituto Emittente ENI
		33	Codice Istituto Emittente STP
LE0	Coerenza fra Data Ricovero, Date accessi e Data Dimissione per ricoveri in DH Se Regime di ricovero è:2 la prima Data accesso in DH deve coincidere con Data ricovero e l'ultima con Data dimissione Tutte le altre date accessi in DH devono essere comprese tra queste e distinte tra loro	36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		70.n	Data accesso DH
		75	Data Dimissione o morte
LE1	Coerenza fra Tipo Ricovero Ordinario e DRG di parto Se Tipo Ricovero Ordinario = 5 (ricovero non programmato, per parto) allora - DRG deve essere 370 - 375	52	Tipo Ricovero Ordinario
LE2	Coerenza fra Date / ore trasferimento e Date / ore intervento Nessuna "Data + Ora" trasferimento può essere compresa tra "Data + Ora" inizio e "Data + Ora" fine di uno stesso intervento	54.n	Data Trasferimento Interno
		55.n	Ora Trasferimento Interno
		62.n	Data Trasferimento Esterno
		63.n	Ora Trasferimento Esterno
		91	Data Inizio Intervento Principale
		92	Ora Inizio Intervento Principale
		93	Data Fine Intervento Principale
		94	Ora Fine Intervento Principale
		103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		104.n	Ora Inizio Intervento Secondario
		105.n	Data Fine Intervento Secondario
		106.n	Ora Fine Intervento Secondario
LE4	Coerenza fra Codice Intervento e Date intervento Se Codice Intervento (principale, o secondario) è compreso nella lista di quelli da eseguire in sala operatoria allora - Ora inizio, Data e Ora fine devono essere valorizzati Riferimento tabella: "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati"	90	Codice Intervento Principale
		91	Data Inizio Intervento Principale
		92	Ora Inizio Intervento Principale
		93	Data Fine Intervento Principale
		94	Ora Fine Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		104.n	Ora Inizio Intervento Secondario
LE5	Coerenza fra Flag Intervento esterno e Trasferimento esterno	105.n	Data Fine Intervento Secondario
		106.n	Ora Fine Intervento Secondario
		95	Flag Intervento Principale "in service"

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	<u>Per qualsiasi intervento (principale, o secondario)</u> se flag Intervento esterno è:1 allora deve esistere un Trasferimento esterno, tale che Data – Ora Trasferimento < Data - Ora inizio intervento Data - Ora fine intervento < Data – Ora trasferimento di rientro.	91	Data Inizio Intervento Principale
		92	Ora Inizio Intervento Principale
		93	Data Fine Intervento Principale
		94	Ora Fine Intervento Principale
		107.n	Flag Intervento Secondario “in service”
		103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		104.n	Ora Inizio Intervento Secondario
		105.n	Data Fine Intervento Secondario
		106.n	Ora Fine Intervento Secondario
		62.n	Data Trasferimento Esterno
		63.n	Ora Trasferimento Esterno
LE6	Coerenza fra Codice Intervento e Check list sala operatoria Se il Codice Intervento (principale, o secondario) è compreso nella lista di quelli che richiedono l’identificazione degli operatori: - flag Checklist sala operatoria deve essere valorizzato Riferimento tabella: “Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati”	90	Codice Intervento Principale
		96	Check list Sala Operatoria Int. Princ.
		102.n	Codice Intervento Secondario
		108.n	Check list Sala Operatoria Int. Sec.
LE7	Coerenza fra Codice Intervento e CF dei medici Se il Codice Intervento (principale, o secondario) è compreso nella lista di quelli che richiedono l’identificazione degli operatori - deve essere valorizzato il CF del Chirurgo A - possono essere valorizzati i CF del Chirurgo B e C Riferimento tabella: “Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati”	90	Codice Intervento Principale
		99	CF Chirurgo A Intervento Principale
		100	CF Chirurgo B Intervento Principale
		101	CF Chirurgo C Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		111.n	CF Chirurgo A Intervento Secondario
		112.n	CF Chirurgo B Intervento Secondario
		113.n	CF Chirurgo C Intervento Secondario
LE8	Coerenza fra Diagnosi principale/secondaria e Stadiazione condensata corrispondente Se la Diagnosi principale / secondaria è: - compresa tra 140.0-190.9 oppure - compresa tra 193-199.1 allora - il campo Stadiazione condensata, corrispondente, deve essere valorizzato e viceversa NB il controllo rispetto alla diagnosi secondaria è previsto dalla competenza 2017	84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		125	Stadiazione Condensata
		132.n	Stadiazione Condensata Diagnosi Secondaria
LE9	Coerenza fra Diagnosi e Pressione arteriosa sistolica Se è presente un codice Diagnosi 410.xx, in qualsiasi posizione allora	84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		126	Pressione Arteriosa Sistolica

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	- Pressione arteriosa sistolica deve essere valorizzato		
LF0	Coerenza fra Interventi, Diagnosi e Creatinina serica La Creatinina serica deve essere valorizzata se: - codice Intervento (princ. o sec.)36.1x oppure - codice Intervento (princ. o sec.) 35.1x – 35.2x oppure - Diagnosi 820.xx, (princ. o sec.) <u>NON vale per la post-acuzie e nel caso di paziente con età inferiore a 16 anni</u> oppure - Codice Intervento (princ. o sec.) 81.51, 81.52, 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55 <u>NON vale nel caso di paziente con età inferiore a 16 anni</u>	84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		77	Disciplina UO di Dimissione
		127	Creatinina Serica
LF1	Coerenza fra Interventi e Frazione eiezione La Frazione eiezione deve essere valorizzata se: - codice Intervento (princ. o sec.)36.1x oppure - codice Intervento (princ. o sec.) 35.1x – 35.2x	90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		128	Frazione Eiezione
LF2	Coerenza del ricovero rispetto al “First aid pass – lubilaeum Misericordiae” Se Codice Identificativo Paziente = ‘GIU + 13 n’ allora: - Comune Residenza: stato estero sono ESCLUSI = Ue, See , Convenzioni bilaterali (per Convenzioni si intende => 602 = Argentina, 701 = Australia, 605 = Brasile, 413 = Capo Verde, 229 = Principato di Monaco, 236 = San Marino, 460 = Tunisia, 246 = Città del Vaticano, 224 = Ex Jugoslavia (Kosovo, Montenegro, Serbia, Vojevodina, Bosnia-Erzegovina, Macedonia) - Data Ricovero compresa tra il 07.12.2015 ed il 20.11.2016 - Data Dimissione o morte a partire dal 07.12.2015 - Regime Ricovero: RO - Cohsp11/Codbis: solo Presidi ASR e 010892 Presidio ex art. 43 L. 833/78 - Tipo Ricovero Ordinario:Urgente – 2, nullo nel caso di neonato, 5 in caso di parto - Provenienza Assistito: 01, 02, 22 - Disciplina UO di dimissione: solo Acuzie (no 56, 60, 75, 28) - Onere Degenza: 1, 4	01	Codhsp11
		02	Codbis
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		11	Codice Identificativo Paziente
		21	Comune Residenza
		36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		77	Disciplina UO di Dimissione
		52	Tipo Ricovero Ordinario
		37	Onere Degenza
LF3	Congruenza tra compilazione Numero scheda SDO postacuzie precedente e Disciplina UO di ammissione <u>A partire dalla competenza 2017</u>	01	Codhsp11
		02	Codbis

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Per le strutture di postacuzie pubbliche o private accreditate o equiparate se Numero scheda SDO postacuzie precedente è valorizzato allora: - Regime Ricovero: RO - Disciplina UO di ammissione: 56, 60, 28, 75	36	Regime Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		75	Data Dimissione o morte
		135	Numero Scheda SDO di postacuzie precedente
LF4	Coerenza tra onere di degenza e attività per le strutture private accreditate day surgery di tipo 'C' <u>A partire dalla competenza 2017</u> Per le strutture private accreditate day surgery di tipo 'C' il solo onere di degenza accettabile è il '4' – ricovero a totale carico del ricoverato	01	Codhsp11
		37	Onere Degenza
LF5	Coerenza tra cittadinanza e data di ricovero <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2018</u> La cittadinanza indicata deve essere attiva alla data di ricovero	13	Cittadinanza
		44	Data Ricovero
LF6	SDO con Intervento secondario in assenza di Intervento Principale <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2018</u> <u>Per tutte le SDO sia di acuzie che di postacuzie e sia per le strutture pubbliche che per quelle private</u> Le SDO con Intervento Secondario valorizzato ma senza alcuna indicazione di Intervento Principale non saranno accettate. E' necessario compilare il tracciato SDO partendo dall'Intervento Principale per poi procedere con l'inserimento degli altri interventi utilizzando gli Interventi Secondari	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
LF7	SDO sottoposta a Controlli di III livello inviata oltre la scadenza del periodo <u>A partire dalla competenza 2019</u> Le SDO sottoposte ai Controlli di III livello dovranno essere reinviata entro le date di scadenza previste per il periodo di monitoraggio. La SDO rinviata in data successiva alla scadenza non verrà acquisita dal sistema.	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
LF8	Coerenza tra ricovero/prestazione rispetto alla Banca Dati Centi ISI <u>A partire dalla competenza 2020</u>	11	Codice Identificativo Paziente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Per i soli identificativi pazienti ENI/STP rilasciati dalle ASL della Regione Piemonte il ricovero/la prestazione deve essere coerente rispetto al periodo di validità del tesserivo ISI presente sulla Banca Dati Centri ISI regionale.	75	Data Dimissione o morte
LF9	Codice Diagnosi IMA aspecifico <u>A partire dalla competenza 2020</u> Diagnosi principale e/o secondaria di IMA - 410.x0 aspecifico in presenza di modalità di dimissione diversa da: - 01 – deceduto - 06 – trasferimento ad altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti	74	Modalità Dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LG0	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con l'età del paziente al momento del ricovero. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa dell'Età del paziente"	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LG1	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con il sesso del paziente. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa del Sesso del paziente"	08	Sesso
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LG2	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Intervento principale e/o secondario incompatibile con il sesso del paziente. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Intervento con indicazione precisa del Sesso del paziente" N.B.: il controllo non viene eseguito in presenza di Diagnosi principale: 30285 - Disturbo dell'identità sessuale nell'adolescente o nell'adulto	08	Sesso
		75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
LG3	Coerenza fra Diagnosi e Flag diagnosi presente al ricovero <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u>	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		85	Flag Diagnosi Principale presente

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Flag diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con elenco di diagnosi presenti al ricovero. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi presenti al momento del ricovero"		al Ricovero
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		87.n	Flag Diagnosi Secondaria presente al Ricovero
LG4	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Lateralità della diagnosi principale e/o secondaria incoerente rispetto all'elenco che ne prevede la compilazione e viceversa Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con lateralità"	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		130	Lateralità Diagnosi Principale
		131.n	Lateralità Diagnosi Secondaria
LG5	Coerenza fra Intervento e Lateralità <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Lateralità dell'intervento principale e/o secondario incoerente rispetto all'elenco che ne prevede la compilazione e viceversa Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Intervento con lateralità"	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		133	Lateralità Intervento Principale
		134.n	Lateralità Intervento Secondario
LG6	Appropriatezza di codifica della Diagnosi Principale nella SDO del Neonato <u>A partire dalla competenza 2020</u> Segnala la presenza di Diagnosi principale inappropriata per la SDO di Neonato nato in struttura: - Provenienza assistito= '01' Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Neonato"	41	Provenienza Assistito
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
LG7	Coerenza dati SDO del Neonato <u>A partire dai dimessi dal 01.09.2020</u> Nel caso di SDO di neonato in presenza di provenienza assistito = '01' le situazioni seguenti risultano essere anomale: - diagnosi (principale e/o secondaria) 765.09 – neonato gravemente immaturo con peso alla nascita superiore a 2500 gr oppure - presenza in diagnosi (principale e/o secondaria) di un codice aspecifico di basso peso (764.00, 764.10, 764.20, 764.90, 765.00, 765.10)	41	Provenienza Assistito
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		116	Peso alla Nascita

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	oppure - diagnosi principale V30.xx – V39.xx con disciplina di dimissione diversa da 31 (nido)		
LG8	Appropriatezza di codifica delle diagnosi nella SDO materna <u>A partire dalla competenza 2020</u> Segnala la presenza di Diagnosi (principale e/o secondaria) inappropriata per la SDO materna Riferimento tabella: “Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Materna”	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LG9	Coerenza codifica Malattia Covid <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2021</u> Segnala la non coerenza della SDO derivante dalla presenza di Diagnosi (principale e secondaria): - codifiche Covid riferite al <u>virus identificato</u> (043.11, 043.21, 043.31, 480.41, 519.71, 518.91) unitamente a - codifiche Covid riferite al <u>virus non identificato</u> (043.12, 043.22, 043.32, 480.42, 519.72, 518.92)	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LH0	Coerenza codifica Paziente Covid <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2020</u> Segnala la non coerenza della SDO derivante dalla presenza di Diagnosi (principale e secondaria): - nuove codifiche Covid (043.11, 043.21, 043.31, 480.41, 519.71, 518.91, 043.12, 043.22, 043.32, 480.42, 519.72, 518.92, V01.85, V07.00, V12.04, V71.84) unitamente a - codifiche non consentite in presenza di quadri clinici causati da Covid (V07.08, 079.82, 079.89, 078.89, 480.3, 480.8, 484.8, 518.82, 460, 462, 463, 464.00, 464.01, 464.10, 464.11, 464.20, 464.21, 465.0, 465.8, 465.9, 466.0, 466.11, 466.19, 490, 511.1, 511.8, 511.9, 513.0, V01.82, V71.83, 519.8, V07.0, V01.79) ATTENZIONE per la competenza 2020 Il controllo si limita a bloccare in presenza delle seguenti codifiche: (079.82, 078.89, 480.3, 484.8, 518.82, 466.0, 490, 519.8, V01.82, V71.83, V07.0, V01.79)	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LH1	Coerenza reparto Covid e codifica Covid <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2021</u> Segnala la presenza di Diagnosi (principale e/o secondaria)	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	riferibili alle codifiche Covid indicate nelle Note Regionali 2020 (n.9244 del 17.03.2020 e n.10042 del 24.03.2020) in MUP con attività covid (30111) in pazienti dimessi a partire dal 01.01. . N.B.: Come da Nota Regionale n. 25925 del 16.07.2021, il controllo NON si applica al reparto di ammissione per garantire il transito dei “pazienti grigi” in attesa di esito del tampone.	50	Matricola Ricovero
		58.n	Matricola Trasferimento Interno
		79	Matricola Dimissione
LH2	Coerenza utilizzo nuove codifiche diagnosi (DM 28 ottobre 2020 (GU n. 26 del 01/02/2021)) <u>A partire dalla competenza 2020</u> Segnala la non coerenza della SDO derivante dalla presenza di Diagnosi (principale e secondaria): - nuove codifiche Covid: 043.11, 043.21, 043.31, 480.41, 519.71, 518.91, 043.12, 043.22, 043.32, 480.42, 519.72, 518.92, V01.85, V07.00, V12.04, V71.84 - Codice V07.08 – Altre necessità di isolamento	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LH3	Coerenza provenienza assistito Particolari Contratti <u>A partire dalla competenza 2021</u> Segnala la non coerenza della compilazione della SDO in presenza di provenienza assistito PC: - Istituto non abilitato all'utilizzo della provenienza assistito PC - Ricovero non coerente rispetto alla data di attivazione del contratto - Ricovero di paziente Covid-19 non compatibile con la gestione riferita dal contratto - Istituto di provenienza mancante e/o non ammissibile	01	Codhsp11
		02	Codbis
		41	Provenienza Assistito
		42	Codhsp11 Provenienza
		43	Codbis Provenienza
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
LH4	Coerenza codici Classe Priorità per recupero Liste d'Attesa <u>A partire dai dimessi dal 18.06.2021</u> Segnala la non coerenza della compilazione della SDO in presenza dei codici di classe di priorità '1', '2', '3' istituiti per il recupero delle Liste d'Attesa: - Ricovero di paziente Covid-19 non compatibile con la gestione riferita dal contratto - Disciplina di dimissione non coerente (reparto di postacuzie) - Paziente non residente in Piemonte	01	Codhsp11
		02	Codbis
		20	Regione Residenza
		39	Classe Priorità
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
LH5	Coerenza ricovero terapeutico (ricovero senza procedure o solo procedure diagnostiche)	36	Regime Ricovero

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	A partire dai dimessi dal 01.08.2023 Tale controllo sostituisce il controllo di III livello A4b disattivato dai dimessi dal 01.08.2023. Segnala la non coerenza della compilazione della SDO in DH con motivo di ricovero diurno = 3 ricovero diurno terapeutico nel caso in cui: - non siano presenti procedure oppure - siano presenti solo procedure diagnostiche (da 87.01 a 87.73, da 87.76 a 92.19, da 93.01 a 93.09, da 94.01 a 94.19, da 94.51 a 94.59, da 95.01 a 95.49) Sono escluse le SDO con modalità dimissione: 01 (deceduti), 05 (dimissioni volontarie), 06 – 07 – 08 (trasferimenti)	68	Motivo Ricovero DH
		74	Modalità Dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
LH6	Coerenza Punteggio ASA, tipo anestesia ed intervento <u>Controllo NON ATTIVO - attivazione nel corso del 2024</u> Segnala la mancanza compilazione dei campi Punteggio ASA e Tipo anestesia in presenza di interventi di sala operatoria e viceversa.	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		137	Classe ASA
		138	Tipo Anestesia
LH7	Coerenza ricoveri strutture private neuropsichiatriche Segnala la presenza di un ricovero non coerente rispetto a quanto definito nella D.G.R. n. 14-8045 del 29 dicembre 2023. Per le strutture <u>010614, 010615, 010617, 010620</u> segnala le SDO con data ricovero a partire dal 01.04.2024. Per le strutture <u>010627, 010631, 010665</u> segnala le SDO con data ricovero a partire dal 01.04.2024 relative a residenti in Piemonte.	01	Codhsp11
		02	Codbis
		20	Regione Residenza
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
LRA	Coerenza compilazione Cardinalità diagnosi secondaria in nuova SDO RRF A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza di compilazione del campo Cardinalità diagnosi secondaria RRF: - Campo compilato per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campo compilato per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campo non correttamente compilato per le SDO RRF E viceversa cioè mancata compilazione per le SDO di 56 di I e	44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		139.n	Cardinalità Diagnosi Secondaria RRF

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	Il livello, di 75 e di 28		
LRB	Coerenza Provenienza paziente riabilitativo in nuova SDO RRF A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza di compilazione del campo Provenienza paziente riabilitativo: - Campo compilato per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campo compilato per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campo non correttamente compilato per le SDO RRF La compilazione prevede i valori - 1, 2, 3 in presenza di Provenienza assistito trasferimento ('05','06','07','08') - 4, 5, 6, 7, 8 in presenza di Provenienza assistito '10' e '20' E viceversa cioè mancata compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28 in presenza dei valori indicati nel campo provenienza assistito	41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		140	Provenienza paziente riabilitativo
LRC	Coerenza modalità dimissione riabilitazione in nuova SDO RRF A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza di compilazione del campo Provenienza paziente riabilitativo: - Campo compilato per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campo compilato per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campo non correttamente compilato per le SDO RRF La compilazione prevede i valori - 1, 2, 3, 4 in presenza di Modalità dimissione '02' – a domicilio - 5,6 in presenza di Modalità dimissione '19' E viceversa cioè mancata compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28 in presenza dei valori indicati nel campo modalità dimissione	44	Data Ricovero
		74	Modalità Dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		141	Modalità dimissione riabilitazione
LRO	Coerenza compilazione campi tracciato SDO RRF A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Evidenzia le seguenti situazioni anomale: - Valorizzazione di NUOVI campi relativi alla SDO riabilitativa per anni di competenza antecedenti il	44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		139.n	Cardinalità Diagnosi Secondaria RRF
		140	Provenienza paziente riabilitativo
		141	Modalità dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	2024 (anno di attivazione) - Valorizzazione di uno qualsiasi dei nuovi campi per una SDO di acuzie - Valorizzazione di uno qualsiasi dei nuovi campi per una SDO di lungodegenza - Valorizzazione di uno qualsiasi dei nuovi campi per una SDO di 56 Neuropsiatria		riabilitazione
		141	Modalità dimissione riabilitazione
		142	Scala RANKIN
		143	Barthel Index Ingresso
		144	Barthel Index Uscita
		145	Scala Barthel Dispnea Ingresso
		146	Scala Barthel Dispnea Uscita
		147	Test Cammino 6 Ingresso
		148	Test Cammino 6 Uscita
		149	Scala Glasgow Coma Ingresso
		150	Scala Glasgow Coma Uscita
		151	Scala Glasgow Coma Extended Ingresso
		152	Scala Glasgow Coma Extended Uscita
		153	Scala Level of cognitive functioning Ingresso
		154	Scala Level of cognitive functioning Uscita
		155	ASIA Ingresso
		156	ASIA Uscita
		157	SCIM Ingresso
		158	SCIM Uscita
		159	RCS Ingresso
		160	RCS Uscita
		161	Numero Cartella Provenienza
LR1	Coerenza scala RANKIN A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campo compilato per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campo compilato per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatria - Campo compilato per paziente con età minore di 18 E viceversa cioè mancata compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
LR2	Coerenza scala BARTHEL INDEX A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatria - Campi compilati per paziente con età minore di 18	142	Scala RANKIN
		09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		143	Barthel Index Ingresso
		144	Barthel Index Uscita

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28		
LR3	Coerenza scala BARTHEL DISPNEA A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 75 o di 28 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 56 di I e II livello in presenza di MDC 04 e 05.	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		145	Scala Barthel Dispnea Ingresso
		146	Scala Barthel Dispnea Uscita
LR4	Coerenza scala TEST CAMMINO 6 A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 75 o di 28 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 56 di I e II livello in presenza di MDC 04 e 05.	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		147	Test Cammino 6 Ingresso
		148	Test Cammino 6 Uscita
LR5	Coerenza scala GLASGOW COMA A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 56 o di 28 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 75	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		149	Scala Glasgow Coma Ingresso
		150	Scala Glasgow Coma Uscita
LR6	Coerenza scala GLASGOW COMA EXTENDED A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni:	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		151	Scala Glasgow Coma Extended Ingresso

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	- Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 56 o di 28 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 75	152	Scala Glasgow Coma Extended Uscita
LR7	Coerenza scala Level of Cognitive Functioning A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 56 o di 28 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 75	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		153	Scala Level of cognitive functioning Ingresso
		154	Scala Level of cognitive functioning Uscita
LR8	Coerenza scala ASIA A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 56 o di 75 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 28	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		155	ASIA Ingresso
		156	ASIA Uscita
LR9	Coerenza scala SCIM A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatrica - Campi compilati per paziente con età minore di 18 - Campi compilati per SDO di 56 o di 75 E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 28	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		157	SCIM Ingresso
		158	SCIM Uscita

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
LRD	Coerenza scala RCS A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campi compilati per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campi compilati per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatria E viceversa cioè mancata o incompleta compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28	44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		159	RCS Ingresso
		160	RCS Uscita
LRE	Coerenza cartella di provenienza A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Campo compilato per SDO non RRF (cioè di acuzie o lungodegenza) - Campo compilato per le SDO in RRF 56 Neuropsichiatria - Campo non correttamente compilato per le SDO RRF in presenza di Provenienza assistito trasferimento ('05','06','07','08','C') E viceversa cioè mancata compilazione per le SDO di 56 di I e II livello, di 75 e di 28 in presenza dei valori indicati nel campo provenienza assistito	41	Provenienza Assistito
		44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		161	Numero Cartella Provenienza
LRF	Diagnosi V57.xx in Diagnosi principale A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Utilizzo in DP delle diagnosi V57.xx per le SDO di acuzie - Utilizzo in DP delle diagnosi V57.xx per le SDO in 56 di I e II livello - Utilizzo in DP delle diagnosi V57.xx per le SDO in 28 e 75 - Utilizzo in DP delle diagnosi V57.xx per le SDO in 56 Neuropsichiatria <u>L'utilizzo delle V57.xx in DP è consentito solo per le sdo in disciplina 60.</u>	44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		84	Diagnosi Principale Dimissione
LRG	Diagnosi V57.xx in Diagnosi secondaria A partire dai ricoverati dal 01.01.2024 Segnala la non coerenza nelle seguenti situazioni: - Utilizzo in DS delle diagnosi V57.xx per le SDO in 56 di	44	Data Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	I e II livello - Utilizzo in DS delle diagnosi V57.xx per le SDO in 28 e 75 - Utilizzo in DS delle diagnosi V57.xx per le SDO in 56 Neuropsichiatria <u>L'utilizzo delle V57.xx in DS è consentito solo per le SDO di acuzie o per le SDO in disciplina 60.</u>		

5.1.4 LE SEGNALAZIONI

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
S01	Segnalazione DRG forzato a 462 <u>Per le strutture pubbliche o equiparate se:</u> – Regime di ricovero = 1 RO – Disciplina U.O. di ammissione = 56 – Provenienza assistito non è: 05, 06, 07, 08, C, E <u>se DRG è diverso da 462</u> viene forzata l'attribuzione del DRG 462 e della MDC 23 e viene data segnalazione all'utente. <u>A partire dal 2017 la segnalazione non è prevista per le SDO di postacuzie in prosecuzione con il campo 135 valorizzato.</u> Si precisa inoltre che tutte le verifiche rispetto alla coerenza delle SDO di postacuzie in prosecuzione saranno pertanto effettuate solo a chiusura dell'anno contabile.	01	Codhsp11
		36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		46	Disciplina UO di ammissione
S02	Segnalazione: DRG 469 o 470 Se DRG = 469 o 470 allora segnalazione all'utente		
S03	SDO elaborata nel periodo di EXTRA COMPETENZA (post chiusura anno contabile) <u>La cartella è in EXTRA COMPETENZA.</u> Viene inserita nell'archivio 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" e "S16"		
S04	SDO cancellata Segnalazione relativa le schede trasmesse con tipo movimento = 'C' ed effettivamente cancellate		
S05	SDO con valorizzazione a zero Segnalazione delle 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 Tale segnalazione può presentarsi anche in presenza di SDO di acuzie RO di 0-1 gg o DH per le quali nel tariffario ufficiale, che scaturisce dalla DGR, corrispondano importi pari a zero o non previsti per DRG		

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
S10	Segnalazione: DRG forzato a 462 - Riabilitazione di II livello Per le strutture private se: - Disciplina U.O. di ammissione = 56 –codice 1 - Provenienza assistito non è: 05, 06, 07, 08, C, E <u>se DRG è diverso da 462</u> viene forzata l'attribuzione del DRG 462 e della MDC 23 e viene data segnalazione all'utente. <u>A partire dal 2017 la segnalazione non è prevista per le SDO di postacuzie in prosecuzione con il campo 135 valorizzato.</u> Si precisa inoltre che tutte le verifiche rispetto alla coerenza delle SDO di postacuzie in prosecuzione saranno pertanto effettuate solo a chiusura dell'anno contabile.	01	Codhsp11
		41	Provenienza Assistito
		46	Disciplina UO di ammissione
S11	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 365 giorni Se differenza tra data di prenotazione e data di ricovero è superiore a 365 giorni	38	Data Prenotazione
		44	Data Ricovero
S12	Differenza tra Data prenotazione e Data ricovero maggiore di 90 giorni con Diagnosi principale tra 140 e 239 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	38	Data Prenotazione
		44	Data Ricovero
		84	Diagnosi Principale Dimissione
S14	ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA) ASL di residenza non coerente con il dato su Anagrafe Regionale degli Assistibili (AURA). Il confronto viene fatto al 31.12 dell'anno precedente all'anno di competenza della SDO. Per i nati nell'anno residenti in Piemonte e provvisti di Codice Fiscale il confronto viene fatto alla data di dimissione	19	Asl Residenza
		75	Data Dimissione o morte
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	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
		75	Data Dimissione o morte
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	01	Codhsp11
		02	Codbis
		03	Anno riferimento
		04	Numero progressivo SDO
		05	Tipo Movimento
		75	Data Dimissione o morte

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
S17	Validità “Codice identificativo paziente con Codice fiscale /Codici fiscali Medici” 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 accettata condizionatamente, la verifica con SOGEI verrà eseguita in futuro. Se il Codice fiscale risulterà non certificato, la SDO verrà annullata e segnalata alla struttura inviante, in modo che possa essere rinviata corretta. <u>Sono esclusi dalla verifica i codici:</u> 1. anonimi (tutti 9 / tutti 0) 2. i codici STP / ENI 3. la tessera TEAM 4. il First aid pass – Iubilaeum Misericordiae (dal 07.12.2015 al 20.11.2016)	11	Codice Identificativo Paziente
		98	CF Anestesista Intervento Principale
		99	CF Chirurgo A Intervento Principale
		100	CF Chirurgo B Intervento Principale
		101	CF Chirurgo C Intervento Principale
		110.n	CF Anestesista Intervento Secondario
		111.n	CF Chirurgo A Intervento Secondario
		112.n	CF Chirurgo B Intervento Secondario
		113.n	CF Chirurgo C Intervento Secondario
S18	Ricovero in RRF potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente Non è stato indicato l'istituto di provenienza, oppure, per il momento, non esiste in archivio una SDO con le caratteristiche richieste. Alla chiusura della competenza, se sussisteranno tali condizioni, la SDO verrà conteggiata tra le eccezioni ed eventualmente abbattuta a 0 , se supererà la quota massima prevista	11	Codice Identificativo Paziente
		36	Regime Ricovero
		41	Provenienza Assistito
		42	Codhsp11 Provenienza
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
S19	Ricovero in Lungodegenza potenzialmente non in continuità con un ricovero precedente di acuzie o di postacuzie Non è stato indicato l'istituto di provenienza, oppure, per il momento, non esiste in archivio una SDO con le caratteristiche richieste. Alla chiusura della competenza, se sussisteranno tali condizioni, la SDO verrà conteggiata tra le eccezioni ed eventualmente valorizzata a 0 , se supererà la quota massima prevista	11	Codice Identificativo Paziente
		41	Provenienza Assistito
		42	Codhsp11 Provenienza
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
S20	Accessi DH per RRF non valorizzabili Il numero di accessi in DH indicato (Numero Accessi DH) supera il massimo annuale riconoscibile, i giorni in eccesso non verranno valorizzati	36	Regime Ricovero
		69	Numero Accessi DH
		77	Disciplina UO di Dimissione
S21	Impianto protesi / Procedura alto costo con tariffazione particolare non riconoscibile economicamente Alla data dell'intervento, l'istituto non risulta autorizzato all'impianto della protesi, o all'esecuzione della procedura ad alto costo: pertanto la SDO verrà valorizzata in base al	01	Codhsp11
		02	Codbis
		102.n	Codice Intervento Secondario
		114	Codice Protesi

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	DRG, senza l'applicazione di tariffe aggiuntive o sostitutive	90	Codice Intervento Principale
S22	Segnalazione di non coerenza fra Codice Intervento e CF Anestesista Se il Codice Intervento (principale, o secondario) è compreso nella lista di quelli che richiedono l'identificazione degli operatori - deve essere valorizzato il CF dell'Anestesista Riferimento tabella: "Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati"	90	Codice Intervento Principale
		98	CF Anestesista Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		110.n	CF Anestesista Intervento Secondario
S23	Ricovero in postacuzie di prosecuzione non coerente <u>A partire dalla competenza 2017</u> Al momento dell'elaborazione: - non è presente la SDO riferibile al numero di scheda indicato nel campo 135 - Numero Scheda SDO di postacuzie precedente oppure - la scheda indicata nel campo 135 - Numero Scheda SDO di postacuzie precedente esiste ma non è coerente rispetto alla SDO di prosecuzione (stesso soggetto, stessa UO di ammissione, stesso regime di ricovero, pernottamento in PS/DEA di un giorno al massimo)	01	Codhsp11
		02	Codbis
		11	Codice Identificativo Paziente
		36	Regime Ricovero
		44	Data Ricovero
		46	Disciplina UO di ammissione
		47	Progressivo UO di ammissione
		50	Matricola Ricovero
		75	Data Dimissione o morte
S24	SDO con Intervento secondario in assenza di Intervento Principale <u>Segnalazione valida solo per la competenza 2017 dal 2018 sarà sostituita dal controllo logico LF6</u> <u>Per tutte le SDO sia di acuzie che di postacuzie e sia per le strutture pubbliche che per quelle private</u> Le SDO con Intervento Secondario valorizzato ma senza alcuna indicazione di Intervento Principale saranno accettate per la competenza 2017 ma a partire dalla competenza 2018 non saranno acquisite. Dalla competenza 2018, infatti è necessario compilare il tracciato SDO partendo dall'Intervento Principale per poi procedere con l'inserimento degli altri interventi utilizzando gli Interventi Secondari	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
S25	Coerenza fra Diagnosi ed Età del paziente al momento del ricovero	09	Data Nascita
		44	Data Ricovero

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	<u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con l'età del paziente al momento del ricovero. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa dell'Età del paziente"	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
S26	Coerenza fra Diagnosi e Sesso del paziente <u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con il sesso del paziente. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa del Sesso del paziente"	08	Sesso
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
S27	Coerenza fra Intervento e Sesso del paziente <u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Intervento principale e/o secondario incompatibile con il sesso del paziente. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Intervento con indicazione precisa del Sesso del paziente"	08	Sesso
		75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
S28	Coerenza fra Diagnosi e Flag diagnosi presente al ricovero <u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Flag diagnosi principale e/o secondaria incompatibile con elenco di diagnosi presenti al ricovero. Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi presenti al momento del ricovero"	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		85	Flag Diagnosi Principale presente al Ricovero
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		87.n	Flag Diagnosi Secondaria presente al Ricovero
S29	Coerenza fra Diagnosi e Lateralità <u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Lateralità della diagnosi principale e/o secondaria incoerente rispetto all'elenco che ne prevede la compilazione e viceversa Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi con lateralità"	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		130	Lateralità Diagnosi Principale
		131.n	Lateralità Diagnosi Secondaria
S30	Coerenza fra Intervento e Lateralità	75	Data Dimissione o morte

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	<u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Lateralità dell'intervento principale e/o secondario incoerente rispetto all'elenco che ne prevede la compilazione e viceversa Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Intervento con lateralità"	90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		133	Lateralità Intervento Principale
		134.n	Lateralità Intervento Secondario
S31	Correttezza di codifica di Malattia infettiva di classe prima <u>A partire dalla competenza 2020</u> Segnala la presenza di Diagnosi (principale e/o secondaria) di codice riferiti a malattie infettive di classe prima Riferimento tabella: "Tabella dei Codici Diagnosi di Malattie infettive di Classe prima"	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
S32	Coerenza dati SDO del Neonato <u>A partire dalla competenza 2020 attiva fino ai dimessi del 31.08.2020</u> Nel caso di SDO di neonato in presenza di provenienza assistito = '01' le situazioni seguenti risultano essere anomale: - diagnosi (principale e/o secondaria) 765.09 – neonato gravemente immaturo con peso alla nascita superiore a 2500 gr oppure - presenza in diagnosi (principale e/o secondaria) di un codice aspecifico di basso peso (764.00, 764.10, 764.20, 764.90, 765.00, 765.10) oppure - diagnosi principale V30.xx – V39.xx con disciplina di dimissione diversa da 31 (nido)	41	Provenienza Assistito
		75	Data Dimissione o morte
		77	Disciplina UO di Dimissione
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		116	Peso alla Nascita
S33	Coerenza fra Diagnosi, Intervento, Classe di priorità e Attesa per particolari casistiche LEA <u>A partire dalla competenza 2020</u> In presenza delle seguenti casistiche di ricovero: - regime di ricovero: RO - tipo di ricovero ordinario: 1, 4 - onere di degenza diverso da: 4, 5, 6 ed in presenza di una delle seguenti casistiche: - tumore alla mammella oppure - tumore alla prostata oppure - tumore al colon-retto	36	Regime Ricovero
		37	Onere Degenza
		38	Data Prenotazione
		39	Classe Priorità
		44	Data Ricovero
		52	Tipo Ricovero Ordinario
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	oppure - tumore all'utero oppure - tumore al polmone Le anomalie sono riferibili a: - classe di priorità diversa da 'A' o '1' oppure - differenza tra data di ricovero e data di prenotazione superiore a 30 giorni	86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
S34	Coerenza fra Intervento Principale e Interventi Secondari rispetto all'effettiva rilevanza nel ricovero (rif. Grouper) <u>A partire dalla competenza 2020</u> La segnalazione rileva un'incongruenza di compilazione della SDO: - intervento principale di tipo procedurale in presenza di un intervento secondario di tipo chirurgico o di maggior rilevanza per il ricovero	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
S35	Congruenza dell'Intervento e la sua durata <u>A partire dalla competenza 2020</u> La segnalazione rileva una possibile incoerenza tra il codice di intervento di classe 4 AHRQ e la sua durata.	75	Data Dimissione o morte
		90	Codice Intervento Principale
		91	Data Inizio Intervento Principale
		92	Ora Inizio Intervento Principale
		93	Data Fine Intervento Principale
		94	Ora Fine Intervento Principale
		102.n	Codice Intervento Secondario
		103.n	Data Inizio Intervento Secondario
		104.n	Ora Inizio Intervento Secondario
S36	Congruenza codifica diagnosi principale nelle SDO di RRF di I e II livello <u>A partire dalla competenza 2020</u> Solo per i reparti RRF 56 di I e II livello La segnalazione evidenzia l'utilizzo di una diagnosi principale riferibile ad una condizione di acuzie	41	Provenienza Assistito
		77	Disciplina UO di dimissione
		78	Progressivo UO di dimissione
		75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
S37	Ricovero di paziente Covid con codifica Virus non identificato <u>A partire dai dimessi dal 01.01.2021</u> La segnalazione intercetta l'utilizzo nella SDO della codifica del paziente Covid con codifica <u>virus non identificato</u> . I codici diagnosi sono: 043.12, 043.22, 043.32, 480.42, 519.72, 518.92	75	Data Dimissione o morte
		84	Diagnosi Principale Dimissione
		86.n	Diagnosi Secondaria Dimissione
S38	Ricovero con classe priorità particolare e DRG medico <u>A partire dai dimessi dal 18.06.2021</u>	39	Classe Priorità

N°	DESCRIZIONE CONTROLLI	CAMPI INTERESSATI	
		N°	NOME
	La segnalazione intercetta le SDO con classe priorità '1', '2', '3' (come riferite dalla Nota Regionale n.25925 del 16.07.2021, DGR 22-3690 del 06.08.2021, Nota Regionale n.33547 del 24.09.2021, Nota Regionale n.1137 del 13.01.2022) e con DRG medico	75	Data Dimissione o morte
S39	Ricovero strutture neuropsichiatriche potenzialmente non corretto Segnala la presenza di un ricovero non coerente rispetto a quanto definito nella D.G.R. n. 14-8045 del 29 dicembre 2023. Per le strutture <u>010614, 010615, 010617, 010620</u> segnala le SDO con dimissione successiva al 30.06.2024. Per le strutture <u>010627, 010631, 010665</u> segnala le SDO con con dimissione successiva al 30.06.2024 relative a residenti in Piemonte.	01	Codhsp11
		02	Codbis
		20	Regione Residenza
		75	Data Dimissione o morte

6. APPENDICE – TABELLE DI RIFERIMENTO

Il presente capitolo elenca tutte le tabelle utilizzate dal sistema centrale per le varie elaborazioni.

Al fine di semplificarne la fruizione, sono state prodotte in formato Excel, numerate e raccolte nel documento "Verdone Tabelle Allegati" che costituisce parte integrante del presente disciplinare.

Per continuità con il passato alcune di esse vengono comunque replicate su questo documento.

Si precisa che le variazioni alle tabelle, contenenti codici HSP11, HSP11-BIS, STS11, RIA11 sono il risultato delle attività di aggiornamento effettuato dalle ASR all'interno dell'Anagrafe Regionale dei Punti di Erogazione (ARPE) sulla base degli atti regionali di accreditamento emessi dai settori competenti.

6.1 Combinazioni di valori consentiti per i campi relativi alla residenza anagrafica

La tabella è presente in "Verdone Tabelle Allegati", che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato "TAB 07".

CITTADINI ITALIANI

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere degenza	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
1	Residenti in Italia	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	100	NO	SI	1,2,5,6 – A Carico SSN 4 – A carico utente
2	AIRE residenti all'estero in paesi convenzionati,	a	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato (*)	999 + Codice Stato Estero	Codice Stato Estero	999	9	100	SI	NO	A carico SSN

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere degenza	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
	paesi UE o in paesi senza convenzione	b	Effettivo o tutti 9 o tutti 0 se neonato	999 + Codice 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 + Codice Stato Estero	Codice Stato Estero	999	C	100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute

(*) 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.c** 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).

CITTADINI STRANIERI

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere degenza	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
1	Cittadini stranieri 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	Residenti in Italia che non hanno fatto l'iscrizione facoltativa	a	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	A	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
3	Non residenti in Italia (frontalieri, naviganti, aereotrasportati ...)	a	Effettivo	999 + Codice Stato Estero	Codice Stato Estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Tutti 9	999 + Codice Stato Estero	Codice Stato Estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		c	Effettivo o tutti 9	999 + Codice Stato Estero	Codice Stato Estero	999	4,9	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	4 – A carico dell'utente 9 – A carico SSN
4	Non residenti in Italia (paesi in convenzione) senza iscrizione SSN (temporaneo soggiorno)	a	Tutti 9 o TEAM	999+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	7	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Tutti 9 o TEAM	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 della Salute
5	Residenti in paesi UE / SEE che non	a	Codice ENI (***)	ENI+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	8	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere degenza	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
	possono fare l'iscrizione facoltativa	b	Codice ENI (***)	ENI+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
6	Non residenti 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 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
7	Illegalmente presenti (STP) (non valido per residenti in paesi UE / SSE / Svizzera)	a	Codice STP (***)	STP+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	A	Presente in tabella eccetto 100	SI	NO	Fatturazione al Ministero della Salute
		b	Codice STP (***)	STP+cod.stato Estero	Codice stato estero	999	4	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico dell'utente
8	Neonati con genitori stranieri non residenti e non iscritti SSN	a	Tutti 0	della madre	della madre	della madre	della madre	Quella del padre o della madre	NO	NO	Stessa della madre
9	Neonati con genitori, di cui uno italiano, non residenti e non iscritti SSN	a	Tutti 0	della madre	della madre	della madre	della madre	Quella del padre o della madre	NO	NO	Stesso della madre
10	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
11	Apolide	a	Tutti 9	999999	999	999	1,2,5,6,9	999	NO	NO	A carico SSN
		b	Tutti 9	999999	999	999	4	999	NO	NO	A carico

N.	Tipologia utente		Codice fiscale Obbligatorio	Comune di residenza	Regione di residenza	Asl di residenza	Onere degenza	Cittadinanza	Modulistica di riferimento	Mobilità	Modalità di addebito
											dell'utente
12	Naviganti operanti presso compagnie italiane (residenti e non)	a	Effettivo o tutti 9	Comune d'Italia	Regione d'Italia	Asl d'Italia	1	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	A carico del SSN
		b	Tutti 9	999 + codice stato estero	Codice stato estero	999	4,7,9	Presente in tabella eccetto 100	NO	NO	4 – A carico dell'utente 7 – Fatturazione al Ministero della Salute 9 – A carico SSN

(***) 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.

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

"8" = ricovero a carico del SSN di stranieri regolari / irregolari con dichiarazione di indigenza.

"9" = altro

"A" = Prestazioni necessarie e urgenti - L.96 del 21/06/17 a carico MdS (ex fatturazione Prefettura)

"C" = AIRE

6.2 Tabella codici HSP11 degli Istituti Pubblici del SSR, Presidi ex. art. 41 e 43 L.833/1978 e IRCCS ex. art. 42 L.833/1978

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegate”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 01”.

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
301	010007	00	1	OSPEDALE MARTINI	TORINO
301	010010	00	1	OSPEDALE OFTALMICO	TORINO
301	010012	00	1	OSPEDALE EVANGELICO VALDESE	TORINO
301	010003	00	1	OSPEDALE MARIA VITTORIA	TORINO
301	010011	00	1	TORINO NORD EMERGENZA S. GIOVANNI BOSCO	TORINO
301	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	03	1	OSPEDALE DI POMARETTO	POMARETTO
203	010079	00	1	OSPEDALI RIUNITI RIVOLI	COLLEGNO
203	010079	01	1	OSPEDALE DEGLI INFERMI	RIVOLI
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	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

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
206	010009	02	1	OSPEDALE SS.PIETRO PAOLO	BORGOSIESIA
207	010032	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
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
210	010126	04	1	OSPEDALE MAGGIORE SS.TRINITA' FOSSANO CN1	FOSSANO
211	010038	00	1	OSPEDALE MICHELE FERRERO E PIETRO FERRERO - INDUSTRIALI	VERDUNO
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	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

Azienda	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Ubicazione
	Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11- bis)			
907	010907	03	0	CENTRO RIABILITATIVO POLIFUNZIONALE T.BORSALINO	ALESSANDRIA
908	010908	00	0	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I – TORINO	TORINO
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	04	0	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	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	010999	00	8	AUSILIATRICE DON GNOCCHI	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
996	010896	00	8	PRESIDIO CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE - COQ SPA	OMEGNA
997	010897	00	8	PRESIDIO SANITARIO OSPEDALE COTTOLENGO	TORINO

6.3 Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati

6.3.1 TABELLA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 02”.

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Comune
612	301	010612	00	5	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	TORINO
655	301	010655	00	5	D.T.R. CELLINI	TORINO
611	301	010611	00	5	CASA DI CURA VILLA MARIA PIA	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. PRE. EPOREDIESE	IVREA
617	204	010617	00	5	CASA DI CURA VILLE “TURINA AMIONE”	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
617	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. MONS. LUIGI NOVARESE	MONCRIVELLO
627	207	010627	00	5	CASA DI CURA SAN GIORGIO	VIVERONE
626	207	010656	00	5	POLICLINICO DI MONZA PRESIDIO CLINICA LA VIALARDA	BIELLA
626	208	010628	00	5	CASA DI CURA S. GAUDENZIO	NOVARA
630	208	010630	00	5	CASA DI CURA SAN CARLO ARONA	ARONA
868	208	010649	00	5	CASA DI CURA HABILITA S.P.A. - I CEDRI	FARA NOVARESE
665	208	010665	00	5	CASA DI CURA VILLA CRISTINA	NEBBIUNO
629	209	010629	00	5	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	CAMBIASCA
868	210	010633	00	5	CASA DI CURA HABILITA S.P.A. - ROBILANTE	ROBILANTE
647	210	010647	00	5	CASA DI CURA STELLA DEL MATTINO	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
868	213	010641	00	5	CASA DI CURA HABILITA S.P.A. - VILLA IGEA	ACQUI TERME
642	213	010642	00	5	CASA DI CURA S. ANNA	CASALE MONFERRATO
626	213	010666	00	5	POLICLINICO DI MONZA	ALESSANDRIA

6.3.2 TABELLA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DI DAY SURGERY DI TIPO "C"

La tabella è presente in "Verdone Tabelle Allegati", che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato "TAB 03".

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Comune
		Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
705	301	010653	00	9	PROMEA S.R.L.	TORINO
661	205	010661	00	9	LISA S.R.L. AMB. POLISPECIALISTICO E DAY SURGERY	CARMAGNOLA
708	301	010668	00	9	LARC SPA DAY SURGERY TIPO C	TORINO

6.4 Tabella codici HSP11 degli Istituti Privati non accreditati

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 04”.

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto di Cura		Tipo Attività	DENOMINAZIONE	Comune
		Struttura (Codice HSP11)	Subcodice Istituto (HSP11-bis)			
626	301	010601	00	5	CLINICA PINNA PINTOR	TORINO
603	301	010603	00	5	CLINICA SANTA CATERINA DA SIENA S.R.L	TORINO
604	301	010604	00	5	CASA DI CURA SEDES SAPIENTIAE	TORINO
610	301	010610	00	5	CASA DI CURA FORNACA DISESSANT	TORINO
662	301	010662	00	9	MOD CENTRO MEDICO CHIRURGICO	TORINO
664	301	010664	00	9	LARC 2 S.R.L.	TORINO
663	203	010663	00	9	MEDICAL SERVICE S.A.S	PINEROLO
865	204	010667	00	9	STUDIO MEDICO AURORA	BANCHETTE
660	208	010660	00	9	CENTRO MEDICO SAN LUIGI VIA PIAVE	BORGOMANERO
659	210	010659	00	9	CASA DI CURA PRIVATA TERAPEUTICENTER	CARAMAGNA PIEMONTE
886	210	010670	00	9	BIOMED SRL	FOSSANO
892	210	010671	00	9	CENTRO ABAX	CUNEO

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 in ARPE.

6.5 Tabella codici STS11 degli Istituti di attività extra-ospedaliera (Flussi Ministeriali FAR NSIS)

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 05”.

Struttura Erogante	ASL territoriale	Istituto (Codice STS11 / RIA11)	Tipo Attività	Denominazione	Comune
	301	070587	26	HOSPICE PRESIDIO VALLETTA	TORINO
	301	570293	26	HOSPICE ONCOLOGICO F.A.R.O. ONLUS	TORINO
	203	570086	28	ASSOCIAZIONE SAN GIUSEPPE	TORRE PELLICE
	203	060182	26	HOSPICE SAN LUIGI	ORBASSANO
	204	070447	26	HOSPICE LANZO	LANZO TORINESE
	204	070716	26	HOSPICE FOGLIZZO	FOGLIZZO
	204	070544	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE (HOSPICE) PRESSO VILLA SCLOPIS	SALERANO D'IVREA
	205	671555	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE COTTOLENGO	CHIERI
	205	671551	26	HOSPICE FARO ALFREDO CORNAGLIA	CARIGNANO
	205	070762	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE HOSPICE - IRCCS	CANDIOLO
	205	670125	28	RESIDENZA ANNI AZZURRI - SANTENA	SANTENA
	206	070558	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE - GATTINARA	GATTINARA
	206	671022	28	RESIDENZA VIGO POTENS MONCRIVELLO	MONCRIVELLO
	207	010029	27	CENTRO DI RIABILITAZIONE GIOVANNI XXIII	LESSONA
	207	671149	28	POLICLINICO DI MONZA S.P.A. PRESIDIO CLINICA LA VIALARDA - NSV	BIELLA
	207	671150	26	LILT SEZIONE PROVINCIALE DI BIELLA - ONLUS	BIELLA
	207	010031	27	ISTITUTO DOMUS LAETITIAE	SAGLIANO MICCA
	208	570234	28	CASA DI CURA I CEDRI S.P.A.	FARA NOVARESE
	208	070740	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE HOSPICE	ARONA
	208	070545	26	HOSPICE SAN ROCCO GALLIATE	GALLIATE
	209	010117	27	ISTITUTO SACRA FAMIGLIA	VERBANIA
	209	070563	26	HOSPICE SAN ROCCO	VERBANIA
	209	670525	28	EREMO DI MIAZZINA	CAMBIASCA
	209	010200	27	ASS. CENTRI V.C.O. GRAVELLONA	GRAVELLONA TOCE
	209	010201	27	ASS. CENTRI V.C.O. DOMODOSSOLA	DOMODOSSOLA
	210	070155	26	HOSPICE BUSCA	BUSCA
	210	060072	26	CENTRO ONCOLOGICO DIURNO BUSCA	BUSCA
	211	070735	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE	BRA
	211	010151	27	CENTRO DI RIABILITAZIONE G. FERRERO	ALBA
	212	070736	26	HOSPICE ONCOLOGICO	NIZZA MONFERRATO
	213	010211	27	CENTRO PAOLO VI ONLUS	CASALNOCETO
	213	070553	26	CENTRO RESIDENZIALE DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE IL GELSO	ALESSANDRIA
	213	070598	26	HOSPICE MONS. ZACCHEO	CASALE MONFERRATO

Legenda Tipo Attività

26	Assistenza malati terminali/Hospice
27	Riabilitazione extraospedaliera ex art.26
28	Assistenza soggetti in stato vegetativo permanente

6.6 Tabella codici HSP11 degli Istituti abilitati alla gestione Week-Surgery

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 06”.

Codice	Istituto	Ubicazione
010009-02	OSPEDALE SS. PIETRO PAOLO	Borgosesia
010032-00	OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLA	Biella
010079-01	OSPEDALE DEGLI INFERMI	Rivoli
010079-04	OSPEDALE CIVILE DI SUSA	Susa
010030-01	OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	Pinerolo
010896-00	PRESIDIO CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE - COQ SPA	Omegna
010904-00	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "S.LUIGI"	Orbassano
010909-04	CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	Torino
010909-07	OSPEDALE INFANTILE REGINA MARGHERITA	Torino

6.7 Tabella trapianti: compatibilità fra codice intervento e istituto o disciplina

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 08”.

Intervento chirurgico		Istituti abilitati	
Codice ICD-9-CM v.2007	Descrizione	Codice	U.O.
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 + 55.69 52.82	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

6.8 Tabella di endoprotesi con tariffe aggiuntive, o sostitutive, in istituti / reparti autorizzati

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 10”.

Codici Diagnosi ed intervento ICD-IX-CM	DRG	Endoprotesi	Discipline autorizzate	Codici Istituto accreditato	Tipologia di tariffa
Codici intervento 2096 2097 2098		Protesi cocleare (codice 200)	---	010007 00 010904 00 010907 01 01090702 (**) 010909 01 010909 07	Tariffa aggiuntiva
Cod. 2095 in intervento principale	055	Impianto elettromagnetico dell'orecchio medio (codice 201)	---	010007 00 010166 00 010907 01 010907 02 (**) 010909 01	Tariffa aggiuntiva
Diagnosi 332 in qualsiasi posizione e intervento 0293 (#) Diagnosi 332, 333 in qualsiasi posizione e interventi 0293, 8694, 8685, 8698 (***)		Stimolatore cerebrale (codice 220)	---	010909 01 010909 04 (#) 010905 01 (***)	Tariffa aggiuntiva
Codice intervento 3552	518	Ombrellino settale atriale (codice 250)	06; 07; 08		Tariffa aggiuntiva
Codice intervento 04.92 associato alle diagnosi 345.01 o 345.11 o 345.41 o 345.51, in qualsiasi posizione	007 e 008	Neurostimolatore vagale (codice 300)		Solo strutture identificate a seguito di specifico provvedimento	Tariffa aggiuntiva
Codice intervento 86.06		Pompe di infusione totalmente impiantabile (codice 310) (*)		010026 01 010904 00 010905 01 010906 00 010909 01 010922 00	Tariffa aggiuntiva
Codice intervento 39.71		Protesi dell'aorta addominale (codice 320)	14	Solo strutture identificate a seguito di specifico provvedimento	Tariffa aggiuntiva
Codice intervento 39.73		Protesi dell'aorta toracica (codice 330)	14	Solo strutture identificate a seguito di specifico provvedimento	Tariffa aggiuntiva

Codice intervento 03.93 associato ad uno dei codici di intervento compresi tra 86.94 e 86.98		Neurostimolatore spinale (cod. 340) (*)		010026 01 010904 00 010905 01 010906 00 010909 01 010922 00	Tariffa sostitutiva
--	--	--	--	--	------------------------

(*) la D.G.R. n.84-7674 del 21 maggio del 2014 **stabilisce che tali importi saranno riconosciuti solo nei casi di interventi in day hospital, day surgery o ricoveri ordinari di 1 giorno.**

(**) la D.G.R. n. 21-2601 del 14 dicembre 2015 **autorizza al rimborso per l'impianto di protesi cocleare e di dispositivo elettromagnetico dell'orecchio medio l'Ospedale Cesare Arrigo di Alessandria**

(***) la D.G.R. n. 24-7249 del 20 luglio 2018 **apporta le seguenti modifiche:**

- **elimina il riferimento al Presidio Ospedaliero CTO (010909.04)**
- **introduce il riferimento all'AOU di Novara (010905.01)**
- **integra la tabella con i codici intervento 86.94, 86.95, 86.98 ed il codice diagnosi 333**

(#) valido fino al 19.07.2018

6.9 Tabella di prestazioni ad alto costo con tariffe sostitutive in istituti / reparti autorizzati

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 11”.

Codici Diagnosi ed intervento ICD-IX-CM	DRG	Prestazione	Discipline	Codici Istituto autorizzati
Codice intervento 50.24	191 o 192	Termoablazione epatica per via percutanea		Solo strutture identificate a seguito di specifico provvedimento
Codice intervento 92.32 associato al codice intervento 93.59 che individua l'utilizzo del casco		Gamma knife	radioterapia	
Codice intervento 92.31		Ciber knife	radioterapia	
Codice intervento 92.27 associato alla diagnosi V58.0,		Brachiterapia	radioterapia	

6.10 Tabella Interventi/Procedure non eseguibili in Day Hospital

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 09”.

6.11 Tabella dei Codici Intervento di Sala Operatoria per campi condizionati

La tabella riporta l’elenco dei Codici Intervento di Sala Operatoria per cui sono richieste le seguenti informazioni:

- l’indicazione delle date / ore di inizio e fine
- l'indicazione della compilazione della check list di sala operatoria
- l'indicazione del Codice Fiscale del Chirurgo

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 12”.

6.12 Tabella Codici ‘E – Causa esterna

Tabella pubblicata sul sito Sistema Piemonte (PADDI).

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 13”.

6.13 Tabella codici malattie croniche/invalidanti e rare

Tabella pubblicata sul sito Sistema Piemonte (PADDI).

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 14”.

6.14 Tabella interventi che richiedono la compilazione del punteggio EuroSCORE

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 15”.

6.15 Tabelle per individuazione punteggio EuroSCORE

Il campo deve essere compilato:

- solo per i reparti 06 e 07
- in presenza di codici intervento appartenenti all’elenco riportato nella successiva tabella

Il valore da inserire nel campo è la somma determinata dai valori dei tre fattori di valutazione.

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 16”.

Fattori Relativi al paziente		
Fattore	Definizione	Punteggio
Età	Per periodo di 5 anni o parte di questo dopo i 60 anni	1
Sesso	Femminile	1
Patologia polmonare cronica	Uso prolungato di broncodilatori 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 pregressi	2

Fattori Relativi alla funzione cardiaca		
Fattore	Definizione	Punteggio
Angina instabile	Angina che necessita la infusione di trinitrina fino all'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

Fattori Relativi all'intervento chirurgico		
Fattore	Definizione	Punteggio
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

6.16 Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa del Sesso del paziente

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 17”.

6.17 Tabella dei Codici Diagnosi con indicazione precisa dell'Età del paziente

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 18”.

6.18 Tabella dei Codici Intervento con indicazione precisa del Sesso del paziente

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 19”.

6.19 Tabella dei Codici Diagnosi presenti al momento del ricovero

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 20”.

6.20 Tabella dei Codici Diagnosi con lateralità

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 21”.

6.21 Tabella dei Codici Intervento con lateralità

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 22”.

6.22 Tabella dei Codici Diagnosi di Malattie infettive di Classe prima

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 23”.

6.23 Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Materna

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 24”.

6.24 Tabella dei Codici Diagnosi inappropriate in SDO Neonato

La tabella è presente in “Verdone Tabelle Allegati”, che è parte integrante del presente documento, al foglio denominato “TAB 25”.