

Regione Molise codice 140 - FAC simile (Vers. 1.0) - (rif. Specifiche Funzionali 1.6.5) - Scheda di Dimissione Ospedaliera (D.M. 07/12/2016 n. 261)

1) Istituto di Cura Codice □□□□□□□□		2) Numero progressivo SDO n. □□ □□□□□□ (Nel caso di nuovo nato, compilare anche il quadro 2-bis) (AA) (numerazione)		3) Cognome Nome					
4) Sesso 1 □ = M 2 □ = F 9 □ = non definito		5) Data di nascita □□/□□/□□□□ g g m m a a a a		6) Comune nascita (Codice ISTAT) □ □ □ □ □ □					
7) Stato Civile 1 □ = Celibe/Nubile 2 □ = Coniugato/a 3 □ = Separato/a 4 □ = Divorziato/a 5 □ = Vedovo/a 6 □ = Non dichiarato		8) Comune di residenza (Codice ISTAT) □ □ □ □ □ □		6 -bis) Livello di istruzione 3 □ = Dipl. Scuola media Sup. 0 □ = Nessun titolo 1 □ = Licenza elementare 2 □ = Diploma Scuola media Inf. 4 □ = Dipl. Univ. /Laurea breve 5 □ = Laurea o superiore 9 □ = non dichiarato					
a) Presenza del cod. identificativo assistito in banca dati 0 □ = cod. ident. valido (presente in banca dati) 1 □ = cod. ident. errato (non presente in banca dati)		b) Tipo identificativo 0 □ = Cod. Fiscale 1 □ = Codice STP 2 □ = Codice ENI 3 □ = Codice TEAM 99 □ = Cod. assente in banca dati		11) Regione Residenza: (per pazienti residenti all'estero indicare il cod. ISTAT dello STATO) □ □ □					
13) Reg. Ricovero 1 □ = Ordinario 2 □ = Diurno		13-bis) Data di prenotazione □□/□□/□□□□ (Obbligatoria per Reg. Diurno e Reg. Ordin. di tipo 1 e 4)		12) ASL residenza □ □ □					
14) Data Ricovero □□/□□/□□□□		14-bis) Ora Ricovero □□:□□		13-ter) Classe di priorità (obbligatoria se valorizzata data prenotazione) A =entro 30gg; B =entro 60gg; C =entro 180gg; D =entro 365gg □ □ □ □ □ □					
15) Unità Operativa di ammissione □□ □□ (Cod. disciplina + Cod. divisione)									
16) Onere della degenza: 1 □ = Ricovero a totale carico SSN; 2 □ = Ricovero SSN + differ. Alberghiera; 4 □ = solvente; 5 □ = Ricovero SSN + libera profess.; 6 □ = Ric. SSN + (libera profes e differ. Alberghiera); 7 □ = Ric. paz. stranieri da Paesi convenzionati con SSN; 8 □ = Ric. pazienti stranieri indigenti a carico SSN; A □ = Ric. paz. stranieri indig. a carico del Min. degli Interni; 9 □ = altro				17) Provenienza del paziente 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 Istit. di cura 05 □ = Paziente trasferito da un Istituto di cura pubblico 06 □ = Paziente trasferito da Istituto di cura privato accreditato 07 □ = Paziente trasferito da un Istituto di cura privato non accreditato 08 □ = Paz. trasferito da altro tipo ricovero o da altro regime stesso Istit. 09 □ = Carcere 10 □ = Paziente trasferito da Struttura Residenziale Territoriale 11 □ = Paz. che accede senza proposta medico e non da Pronto Soccorso 12 □ = OBI 99 □ = Altro					
18) Tipo di Ricovero (non compilare per provenienza 01) 1 □ = Ricovero programmato non urgente 2 □ = Ricovero Urgente 3 □ = Ricovero TSO 4 □ = Ricovero programmato con preospedalizzazione 5 □ = Parto non urgente				19) Traumatismi o Intossicazioni: (obbligatorio se Regime 1 e diagnosi princ. ICD-9-CM 800-904 o 910-995.89 non per ammissione in Riabilitazione) 1 □ = infortunio sul lavoro 2 □ = infortunio in ambiente domestico 3 □ = incidente stradale 4 □ = violenza altrui (indipend. dal luogo dove è avvenuta) 5 □ = autolesione o tentativo suicidio (indip. dal luogo dove è avv.) 9 □ = altro tipo di incidente o di intossicazione					
c) Diagnosi principale di accettazione: □□□□□				19-bis) Cod. causa esterna: E □□□□ (obbl. diag. princ. ICD-9-CM 800-904 o 910-995.89)					
d) Diagnosi secondaria di accettazione: □□□□□									
20) Trasferimenti interni 20-bis) Trasferimenti esterni 20-ter) Unità Operativa di Trasferimento									
Data		Ora	Cod. Istituto (indicare solo se esterno)	U.O. + Div.	Data		Ora	Cod. Istituto (indicare solo se esterno)	U.O. + Div.
1	__/__/__	__:__	_____	____	9	__/__/__	__:__	_____	____
2	__/__/__	__:__	_____	____	10	__/__/__	__:__	_____	____
3	__/__/__	__:__	_____	____	11	__/__/__	__:__	_____	____
4	__/__/__	__:__	_____	____	12	__/__/__	__:__	_____	____
5	__/__/__	__:__	_____	____	13	__/__/__	__:__	_____	____
6	__/__/__	__:__	_____	____	14	__/__/__	__:__	_____	____
7	__/__/__	__:__	_____	____	15	__/__/__	__:__	_____	____
8	__/__/__	__:__	_____	____					

MEDICO COMPILATORE

21) Unità Operativa di dimissione U.O. + Div ☐ ☐ ☐ ☐		22) e 22-bis) Data e ora di dimissione o morte Data ☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐ Ora ☐ ☐ : ☐ ☐		23) Modalità di dimissione : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">01</td> <td style="width: 45%;">Decesso</td> <td style="width: 5%;">06</td> <td style="width: 45%;">Trasf. altro Istituto</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Ordinaria</td> <td>07</td> <td>Trasf. stesso Istituto</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>Presso RSA/Hospice</td> <td>08</td> <td>Trasf. ad Istit. di Riabilitaz.</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>Osped. domic.</td> <td>09</td> <td>Ordinaria con attiv. ADI</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>Volontaria</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				01	Decesso	06	Trasf. altro Istituto	02	Ordinaria	07	Trasf. stesso Istituto	03	Presso RSA/Hospice	08	Trasf. ad Istit. di Riabilitaz.	04	Osped. domic.	09	Ordinaria con attiv. ADI	05	Volontaria			24) Riscontro Autoptico: (Obbligatorio per modalità di dimissione 01) 1 ☐ = Autopsia eseguita 2 ☐ = Autopsia non eseguita																																											
01	Decesso	06	Trasf. altro Istituto																																																																				
02	Ordinaria	07	Trasf. stesso Istituto																																																																				
03	Presso RSA/Hospice	08	Trasf. ad Istit. di Riabilitaz.																																																																				
04	Osped. domic.	09	Ordinaria con attiv. ADI																																																																				
05	Volontaria																																																																						
25) Motivo del ricovero in regime diurno (obbligatorio per il regime 2) 1 ☐ = diurno diagnostico (ivi compreso follow up) 2 ☐ = diurno chirurgico 3 ☐ = diurno terapeutico 4 ☐ = diurno riabilitativo		26) N.ro di accessi: (regime 2) _____		27) Peso alla nascita: ☐ ☐ ☐ ☐ (obblig. SDO nuovi nati)																																																																			
28) Diagnosi principale di dimissione: ☐ ☐ ☐ ☐		28-bis) Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero: 0 ☐ = NO 1 ☐ = SI		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2" style="width: 15%;">Identificativi Interventi</th> <th style="width: 15%;">30-sexies) e 35)</th> <th colspan="3">30-quinquies) e 34)</th> </tr> <tr> <th>C.F. Anestesista</th> <th>C.F. Chirurgo A</th> <th>C.F. Chirurgo B</th> <th>C.F. Chirurgo C</th> </tr> <tr><td>Principale</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secondario 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secondario 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secondario 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secondario 4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secondario 5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secondario 6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secondario 7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secondario 8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secondario 9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secondario 10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Identificativi Interventi	30-sexies) e 35)	30-quinquies) e 34)			C.F. Anestesista	C.F. Chirurgo A	C.F. Chirurgo B	C.F. Chirurgo C	Principale					Secondario 1					Secondario 2					Secondario 3					Secondario 4					Secondario 5					Secondario 6					Secondario 7					Secondario 8					Secondario 9					Secondario 10				
Identificativi Interventi	30-sexies) e 35)	30-quinquies) e 34)																																																																					
	C.F. Anestesista	C.F. Chirurgo A	C.F. Chirurgo B	C.F. Chirurgo C																																																																			
Principale																																																																							
Secondario 1																																																																							
Secondario 2																																																																							
Secondario 3																																																																							
Secondario 4																																																																							
Secondario 5																																																																							
Secondario 6																																																																							
Secondario 7																																																																							
Secondario 8																																																																							
Secondario 9																																																																							
Secondario 10																																																																							
e) Lateralità: ove applicabile specif. se la diagnosi principale si riferisce a parte: 1 ☐ = Destra 2 ☐ = Sinistra 3 ☐ = Bilaterale		29) Diagnosi secondarie di dimissione: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Cod. ICD-9-CM</th> <th style="width: 10%;">Presente al ricovero</th> <th style="width: 10%;">lateralità</th> <th style="width: 10%;">Stad. condensata</th> </tr> <tr><td>1</td><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>_____</td><td></td><td></td></tr> </table>		Cod. ICD-9-CM	Presente al ricovero	lateralità	Stad. condensata	1	_____			2	_____			3	_____			4	_____			5	_____			38) Stadiazione condensata : (obblig. per diag. Princip. Cod. 140.0 -190.9 e 193 - 199.1) 1 ☐ = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 ☐ = infiltrazione locale extraorgano 3 ☐ = metastasi ai linfonodi regionale 4 ☐ = infiltrazione locale extraorgano con 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 di tipo 2,3,4,5 o 6 8 ☐ = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è di tipo 1, 2 9 ☐ = ignoto																																											
Cod. ICD-9-CM	Presente al ricovero	lateralità	Stad. condensata																																																																				
1	_____																																																																						
2	_____																																																																						
3	_____																																																																						
4	_____																																																																						
5	_____																																																																						
29-bis) Diagnosi secondarie di dimissione presente al ricovero : 0 ☐ = NO 1 ☐ = SI		37) Rilevazione del dolore durante il ricovero: 0 ☐ = No 1 ☐ = Si		39) Pressione arteriosa sistolica: (Obbligatorio con codice diagnosi principale o second. 410.xx(mmHg) _____																																																																			
30) e 31) Interventi		Cod. ICD9CM	30-ter) e 32) Data inizio	30-quater e 33) Ora inizio	f) Data fine	g) Ora fine	30-bis) e 31-bis) interv. Esterno	30-septies) e 36) Check list sala operatoria	h) Lateralità																																																														
Principale		_____	___/___/___	___:___	___/___/___	___:___	0 ☐ = no 1 ☐ = si	0 ☐ = no 1 ☐ = si 9 ☐ = n.a.	1DX - 2SX - 3BL																																																														
Secondario 1		_____	___/___/___	___:___	___/___/___	___:___	0 ☐ = no 1 ☐ = si	0 ☐ = no 1 ☐ = si 9 ☐ = n.a.	1DX - 2SX - 3BL																																																														
Secondario 2		_____	___/___/___	___:___	___/___/___	___:___	0 ☐ = no 1 ☐ = si	0 ☐ = no 1 ☐ = si 9 ☐ = n.a.	1DX - 2SX - 3BL																																																														
Secondario 3		_____	___/___/___	___:___	___/___/___	___:___	0 ☐ = no 1 ☐ = si	0 ☐ = no 1 ☐ = si 9 ☐ = n.a.	1DX - 2SX - 3BL																																																														
Secondario 4		_____	___/___/___	___:___	___/___/___	___:___	0 ☐ = no 1 ☐ = si	0 ☐ = no 1 ☐ = si 9 ☐ = n.a.	1DX - 2SX - 3BL																																																														
Secondario 5		_____	___/___/___	___:___	___/___/___	___:___	0 ☐ = no 1 ☐ = si	0 ☐ = no 1 ☐ = si 9 ☐ = n.a.	1DX - 2SX - 3BL																																																														
Secondario 6		_____	___/___/___	___:___	___/___/___	___:___	0 ☐ = no 1 ☐ = si	0 ☐ = no 1 ☐ = si 9 ☐ = n.a.	1DX - 2SX - 3BL																																																														
Secondario 7		_____	___/___/___	___:___	___/___/___	___:___	0 ☐ = no 1 ☐ = si	0 ☐ = no 1 ☐ = si 9 ☐ = n.a.	1DX - 2SX - 3BL																																																														
Secondario 8		_____	___/___/___	___:___	___/___/___	___:___	0 ☐ = no 1 ☐ = si	0 ☐ = no 1 ☐ = si 9 ☐ = n.a.	1DX - 2SX - 3BL																																																														
Secondario 9		_____	___/___/___	___:___	___/___/___	___:___	0 ☐ = no 1 ☐ = si	0 ☐ = no 1 ☐ = si 9 ☐ = n.a.	1DX - 2SX - 3BL																																																														
Secondario 10		_____	___/___/___	___:___	___/___/___	___:___	0 ☐ = no 1 ☐ = si	0 ☐ = no 1 ☐ = si 9 ☐ = n.a.	1DX - 2SX - 3BL																																																														
40) Creatina serica: ___, ___, ___ Indicare il valore pre-operatorio della creatina serica(mg/dl) riportato in c.c. per cod. interventi principali o secondari 35.1x, 35.2x, 36.1x, 81.51, 81.52, 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.55 e per diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore per paz.> 65 anni cod. 820.xx.		41) Frazione di eiezione: __ % (obbligatorio con cod.diagn.princip/second (36.1x o 35.1x-35.2x) MEDICO COMPILATORE																																																																					

Note alla compilazione nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (D.M. 07/12/2016 n.261)

1) Istituto di Cura: Indica l'istituto di cura pubblico o privato.

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

2) Numero progressivo SDO: il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica

Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui:

- i primi due identificano l'anno di ricovero;
- gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura

La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.

N.B. riportare il numero progressivo SDO anche alla pagina 2, nello spazio al lato sinistro.

2-bis) Numero progressivo scheda SDO della puerpera: Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica della scheda SDO della madre relativa al parto.

Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui:

- i primi due identificano l'anno di ricovero;
- gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura.

Questo campo deve essere compilato con valore "99999999" nel caso in cui la madre richieda l'anonimato o il neonato venga dato in adozione.)"

3) Cognome e nome del paziente

4) Sesso: Sesso del paziente

Valori ammessi:

- 1 = maschio
- 2 = femmina
- 9 = non definito

5) Data di nascita: Data di nascita del paziente.

La data di Nascita non deve essere successiva alla Data di Ricovero.

La differenza tra anno, mese e giorno di nascita e anno, mese e giorno di dimissione non può essere superiore a 125 anni.

Per i ricoveri riferiti all'evento nascita

il campo "Provenienza del Paziente" deve essere uguale a "01"

6) Comune di nascita: Comune di nascita del paziente o, nel caso di paziente nato all'estero, Stato estero di nascita. Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune.

Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT. In caso di comune o Stato estero cessati, utilizzare

il codice ISTAT in uso al momento della nascita (Elenco dei comuni soppressi <http://www.istat.it/it/archivio/6789>)

6-bis) Livello di Istruzione: Titolo di studio del paziente al momento del ricovero

Valori ammessi:

- 0 = Nessun titolo
- 1 = Licenza elementare
- 2 = Diploma di scuola media inferiore
- 3 = Diploma di scuola media superiore
- 4 = Diploma universitario o Laurea breve
- 5 = Laurea o superiore
- 9 = Non dichiarato

7) Stato Civile: Stato civile del paziente al momento del ricovero

Valori ammessi:

- 1 = Celibe/Nubile
- 2 = Coniugato/a
- 3 = Separato/a
- 4 = Divorziato/a
- 5 = Vedovo/a
- 6 = Non dichiarato

8) Comune di residenza: Comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, Stato estero di residenza, al momento del ricovero

Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune.

Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.

Per i ricoveri riferiti all'evento nascita deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.

Per gli stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice del comune di iscrizione al SSN ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla ASL e la Regione di assistenza.

9) Cittadinanza: Cittadinanza del paziente al momento del ricovero

Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza è il seguente:

- 100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana;
- il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dall'ISTAT, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera o sia apolide.

10) Codice Identificativo del Paziente: Codice identificativo del paziente al momento del ricovero

- Per i soggetti iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) utilizzare il Codice Fiscale a 16 caratteri (legge n. 412/91).
- Per i cittadini europei in possesso di Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) riportare il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri, riportato sulla TEAM.
- Per i cittadini europei non in possesso di Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) e non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale utilizzare il codice ENI (Europeo non iscritto) a 16 caratteri (Circolare Ministero della Salute del 19 febbraio 2008).
- Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi del D.P.R. 31.8.1999 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000 n. 5).
- Per gli stranieri richiedenti protezione internazionale utilizzare il Codice Fiscale ad 11 caratteri (D.Lgs. 142/2015) in input alla procedura di cifratura.

- Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere compilato con il carattere "X" ripetuto 20 volte.

Il campo deve avere lunghezza massima di 20 caratteri in input alla procedura di cifratura che produrrà un output di massimo 172 caratteri.

Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo **5.1 Codice identificativo del paziente: modalità di alimentazione**

a) Presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità: Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica

Valori ammessi:

- 0 = Codice identificativo valido (presente in banca dati)
- 1 = Codice identificativo errato (non presente in banca dati)

b) Tipologia del codice Identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità:

Valori ammessi:

- 0 = Codice fiscale
- 1 = Codice STP
- 2 = Codice ENI
- 3 = Codice TEAM
- 99 = Codice non presente in banca dati

11) Regione di Residenza: La regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente al momento del ricovero. I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, va indicato il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.

12) ASL di Residenza: ASL che comprende il comune, o la frazione di comune in cui risiede l'assistito al momento del ricovero. Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della ASL (di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1) utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

Questa variabile si compila con 999 per i residenti all'estero, ovvero nel caso in cui la Regione di Residenza sia valorizzata con il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.

13) Regime di ricovero: Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" e "ricovero diurno"

Valori ammessi:

- 1 = Ricovero ordinario
- 2 = Ricovero diurno

Il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni:

- si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato;
- è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero e non prevede il pernottamento del paziente;
- fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che per la loro intrinseca complessità o invasività o per il correlato rischio per il paziente non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale.

13-bis) Data di prenotazione: La data di prenotazione esprime la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.

Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti.

La data di prenotazione deve essere compilata per tutti i ricoveri in regime diurno e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (con "tipo ricovero" valorizzato a "1" – ricovero programmato non urgente, oppure "4" – ricovero programmato con preospedalizzazione).

La data di prenotazione deve essere precedente o coincidente con la data di ricovero.

In caso di trasferimenti da altri istituti, la data di prenotazione deve coincidere con la data in cui il trasferimento è stato concordato fra i due istituti.

La data di prenotazione non si compila per tipo ricovero "5" – parto non urgente.

13-ter) Classe di priorità: Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nell'Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002

Valori ammessi:

- A = Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
- B = Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- C = Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- D = Ricovero senza attesa definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.

La classe di priorità non si compila per tipo ricovero "5" – parto non urgente.

14) Data di ricovero: Data di ricovero nell'istituto di cura. Coincide con la data in cui il paziente viene accettato nel reparto di ammissione.

In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire la data in cui si effettua l'accesso alla sala operatoria.

Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti

In caso di ricovero diurno (codice 2 per la variabile "Regime di ricovero"), va indicata la data del primo accesso.

Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita, la provenienza del paziente deve essere valorizzata a "01"

14-bis) Ora di Ricovero: Ora di accettazione nel reparto di ammissione; si intende l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente. Da compilare solo per i ricoveri ordinari.

Si intende l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente.

In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire l'ora di accesso alla sala operatoria.

Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita, l'ora di ricovero coincide con l'ora di nascita.

15) Unità Operativa di Ammissione: L'unità operativa di ammissione individua l'unità operativa presso la quale il paziente viene ricoverato all'accettazione, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa.

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

Il codice a 12 caratteri è così composto:

- i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma,
- i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale,
- i successivi due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis; se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, utilizzare il codice "00";

- gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo:
 - o Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12)
 - i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera;
 - gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.
 - o Per le case di cura private (modello HSP13)
 - i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera;
 - per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00".
- Per l'evento nascita è ammessa la disciplina 31 (NIDO)
- Si rimanda all'elenco delle discipline, di cui all'allegato Tabella1: CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.

16) Onere della degenza: Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero.

Valori ammessi:

- 1 = ricovero a totale carico del SSN;
- 2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);
- 4 = ricovero senza oneri per il SSN;
- 5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);
- 6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);
- 7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN;
- 8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
- A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
- 9 = altro.

17) Provenienza del paziente: La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero.

Valori ammessi:

- 01 = Ricovero al momento della nascita
- 02 = Pronto soccorso
- 03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico
- 04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura
- 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico
- 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato
- 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato
- 08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura
- 09 = Carcere
- 10 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)
- 11 = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso
- 12 = provenienza OBI*
- 99 = Altro

* L'OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo o a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri setting assistenziali.

Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l'esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo

18) Tipo di Ricovero: Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario individua i ricoveri programmati, distinguendoli dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Valori ammessi:

- 1 = ricovero programmato, non urgente;
- 2 = ricovero urgente;
- 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);
- 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO devono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione.
- 5 = parto non urgente

Questa variabile non si compila per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita ovvero Provenienza paziente = "01" In caso di trasferimento da altro istituto, il ricovero si intende programmato.

Attribuire il valore "2" anche ai parti urgenti e ai pazienti provenienti da OBI.

19) Traumatismi o intossicazioni: Informazione che caratterizza la causa del ricovero, quando questo è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89)

Valori ammessi:

- 1 = infortunio sul lavoro;
- 2 = infortunio in ambiente domestico;
- 3 = incidente stradale;
- 4 = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);
- 5 = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);
- 9 = altro tipo di incidente o di intossicazione.

19-bis) Codice causa esterna: Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo o dell'intossicazione quando il ricovero è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89).

In tale campo dovrà essere inserito un codice E della Classificazione ICD-9-CM versione correntemente in uso. Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89).

c) Diagnosi principale di accettazione: Riportare il codice di diagnosi, ICD-9-CM che si riscontra al paziente in fase di accettazione.

d) Diagnosi secondaria di accettazione: Riportare il codice di diagnosi secondaria, ICD-9-CM che eventualmente si riscontra al paziente in fase di accettazione.

20) Trasferimenti interni 20-bis) Trasferimenti esterni 20-ter) Unità Operativa di Trasferimento: La variabile descrive il percorso che il paziente ha seguito durante un singolo ricovero. Si ha un trasferimento quando il paziente viene trasferito da un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto al posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto/ struttura diversi. (senza chiusura della SDO)

Il set di informazioni (Data, Ora e Unità di trasferimento) è di per sé facoltativo ma in presenza di una sola delle tre informazioni devono essere compilate anche le altre due

Data trasferimento:

Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente:

AAAA-MM-GG

In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata la Data di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Ora di Trasferimento ed Unità Operativa di Trasferimento

Ora di trasferimento:

- In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata l'Ora di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Data di Trasferimento ed Unità Operativa di Trasferimento
- In presenza di Trasferimenti che hanno stessa Data di Trasferimento verrà inoltre controllato che l'Ora del Trasferimento sia successiva all'Ora del Trasferimento precedente

Trasferimenti: Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).

Il codice a 12 caratteri è così composto:

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

Si rimanda all'elenco delle discipline, di cui all'allegato Tabella1: CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.

In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata l'Unità Operativa di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Data di Trasferimento ed Ora di Trasferimento

21) Unità Operativa di Dimissione: Indica l'unità operativa presso cui è ricoverato il paziente al momento della dimissione: il campo deve essere sempre compilato, anche nel caso in cui l'unità operativa coincida con l'unità operativa di ammissione o con quella relativa all'ultimo trasferimento interno.

Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).

Il codice a 12 caratteri è così composto:

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

- per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00"

Per l'evento nascita è ammessa la disciplina 31 (NIDO)

Si rimanda all'elenco delle discipline, di cui all'allegato Tabella1: CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.

22) Data di dimissione o morte: Indica la data di dimissione o di decesso del paziente.

Nel caso di ricovero in regime diurno, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso presso l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno.

22-bis) Ora di dimissione o morte: Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora del decesso. Inserire l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora di morte.

23) Modalità di dimissione: La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso dall'istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.

Valori ammessi:

- 01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto;
- 02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente;
- 03 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)
- 04 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal d.m. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare";
- 05 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato);
- 06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti;
- 07 = trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura;
- 08 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione.
- 09 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI

24) Riscontro autoptico: Individua i pazienti deceduti durante il ricovero per i quali è stata effettuata l'autopsia.

Valori ammessi:

- 1 = autopsia eseguita
- 2 = autopsia non eseguita

Deve essere compilato se e solo se modalità di dimissione = '01'

25) Motivo del ricovero in regime diurno: Indica se il ricovero in regime diurno è effettuato a scopo diagnostico, chirurgico, terapeutico o riabilitativo.

Valori ammessi:

- 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up)
- 2 = ricovero diurno chirurgico
- 3 = ricovero diurno terapeutico
- 4 = ricovero diurno riabilitativo

Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 della variabile "regime di ricovero")

26) Numero di giornate di presenza in ricovero diurno: Indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto accessi presso l'istituto di cura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale in regime diurno.

Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre l'anno di inizio del ciclo assistenziale, riportare il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha accessi presso l'istituto di cura fino al 31 dicembre. Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 della variabile "regime di ricovero")

27) Peso alla nascita: Indica il peso rilevato al momento della nascita e riportato nella scheda di dimissione relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita.

Peso rilevato al momento della nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.

Va rilevato il peso in grammi

28) Diagnosi principale di dimissione: La diagnosi principale di dimissione è la condizione, identificata alla fine del ricovero come la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche.

La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 996.30 e non 996.3

Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di dimissione ospedaliera e correttamente codificata utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).

28-bis) Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero: Indica se la diagnosi principale rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero (**cf. punto c**), oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.

Valori ammessi:

0 = No

1 = Sì

e) Lateralità (diagnosi): Ove applicabile specificare se la diagnosi principale, o le diagnosi secondarie si riferiscono al lato destro, sinistro o bilaterale

Valori ammessi:

1 = Destra

2 = Sinistra

3 = Bilaterale

29) Diagnosi secondarie di dimissione: Le diagnosi secondarie di dimissione sono quelle condizioni, diverse dalla diagnosi principale, che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 996.30 e non 996.3. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico. Possono essere riportate al massimo cinque diagnosi secondarie, che devono essere correttamente codificate utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).

29-bis) Diagnosi secondarie presenti al ricovero: Indica se la diagnosi secondaria rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero(cfr. **punto d**), oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.

Valori ammessi:

0 = No

1 = Sì

30) Intervento Principale: L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero e individuata come quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.)

La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 55.91 e non 55.9

L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero individuata secondo i seguenti criteri:

1. in presenza di più procedure chirurgiche, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.);

2. nel caso in cui siano segnalate sia procedure chirurgiche sia procedure diagnostiche o terapeutiche, riportare sempre prima le procedure chirurgiche;

3. in presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche, selezionare e codificare come principale quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse;

4. in caso di parto.

L'intervento principale deve essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso)

31) Interventi secondari: Ulteriori procedure oltre all'intervento principale. NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale).

L'intervento secondario deve essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).

30-bis e 31-bis) Intervento principale e/o interventi secondari esterno/i: Indica se l'intervento principale è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente

Valori ammessi:

0 = No

1 = Sì

30-ter e 32) Data inizio intervento principale e/o interventi secondari: Indica la data in cui è iniziato l'intervento principale e o quelli secondari.

f) Data fine intervento principale e/o interventi secondari: Indica la data in cui ha termine l'intervento principale e/o quelli secondari.

30-quater e 33) Ora inizio intervento principale e/o interventi secondari: Indica l'ora di inizio dell'intervento principale e/o degli interventi secondari intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione (così come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2 / 2.7 | 117 del 14/3/1996). Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l'ora di inizio della procedura riportata nel campo "Intervento principale". In presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.

g) Ora fine intervento principale e/o interventi secondari: Indica l'ora in cui ha termine l'intervento principale e/o quelli secondari.

30-quinquies e 34) Identificativo Chirurgo intervento principale e/o secondari NB: (Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio): Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ) Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio.

h) Lateralità (interventi): Ove applicabile specificare se l'intervento principale e/o gli interventi secondari si riferiscono al lato destro, sinistro o bilaterale

Valori ammessi:

- 1 = Destra
- 2 = Sinistra
- 3 = Bilaterale

30-sexies) e 35) Identificativo Anestesista intervento principale e/o secondari: Individua l'anestesista dell'intervento principale.

30-septies e 36) Check List Sala Operatoria intervento principale e/o secondari: Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012

Valori ammessi:

- 0 = No
- 1 = Sì
- 9 = Non Applicabile

Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ) Compilare per tutte le procedure effettuate in sala operatoria

37) Rilevazione del dolore: Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010

Valori ammessi:

- 0 = No
- 1 = Sì

38) Stadiazione condensata: Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale o come diagnosi secondarie (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)

Valori ammessi:

- 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine
- 2 = infiltrazione locale extraorgano
- 3 = metastasi ai linfonodi regionali
- 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali
- 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali
- 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6

8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4
9 = ignoto

39) Pressione arteriosa sistolica: Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx)

Riportare il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso.

40) Creatinina serica: 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) e pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Indicare il valore della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale;

3) intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.

41) Frazione di eiezione: Indica la frazione di eiezione pre-operatoria riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x).

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.

Tabella1: CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.

Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere"		
Fonte: Decreto del Ministro della salute 5 dicembre 2006, Allegato 1		
Codice disciplina ospedaliera	Descrizione disciplina ospedaliera	Note
01	Allergologia	
02	Day hospital	Identifica reparti esclusivamente dedicati ad attività di day hospital multispecialistico
03	Anatomia ed istologia patologica	
05	Angiologia	
06	Cardiochirurgia pediatrica	
07	Cardiochirurgia	
08	Cardiologia	Non include i posti letto di unità coronarica, che sono invece attribuiti alla disciplina "50 - Unità coronarica" anche se localizzati in un reparto di cardiologia
09	Chirurgia generale	
10	Chirurgia maxillo facciale	
11	Chirurgia pediatrica	
12	Chirurgia plastica	
13	Chirurgia toracica	
14	Chirurgia vascolare	
15	Medicina sportiva	
18	Ematologia	Include i posti letto di immunoematologia
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	
20	Immunologia	Non include i posti letto di immunoematologia, che sono invece attribuiti alla disciplina "18 - Ematologia"
21	Geriatria	
24	Malattie infettive e tropicali	
25	Medicina del lavoro	
26	Medicina generale	
27	Medicina legale	
28	Unità spinale	
29	Nefrologia	
30	Neurochirurgia	
31	Nido	
32	Neurologia	Non include la psichiatria, a cui è attribuito il codice specifico "40", e la neuropsichiatria infantile, a cui è attribuito il codice specifico "33"
33	Neuropsichiatria infantile	
34	Oculistica	
35	Odontoiatria e stomatologia	
36	Ortopedia e traumatologia	
37	Ostetricia e ginecologia	
38	Otorinolaringoiatria	
39	Pediatria	Non include la neonatologia, a cui è attribuito il codice specifico "62"
40	Psichiatria	Non include la neuropsichiatria infantile, a cui è attribuito il codice specifico "33"
41	Medicina termale	
42	Tossicologia	
43	Urologia	
46	Grandi ustioni pediatriche	
47	Grandi ustioni	
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	
49	Terapia intensiva	Non include i posti letto di unità intensiva cardiologica, che sono invece attribuiti alla disciplina "50 - Unità coronarica"
50	Unità coronarica	Include i posti letto di unità intensiva cardiologica
51	Astanteria	
52	Dermatologia	
54	Emodialisi	
55	Farmacologia clinica	
56	Recupero e riabilitazione funzionale	Non include l'unità spinale, a cui è attribuito il codice specifico "28", e la neuro-riabilitazione, a cui è attribuito il codice specifico "75"
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	
58	Gastroenterologia	
60	Lungodegenti	
61	Medicina nucleare	
62	Neonatologia	
64	Oncologia	
65	Oncoematologia pediatrica	
66	Oncoematologia	
67	Pensionanti	
68	Pneumologia	
69	Radiologia	
70	Radioterapia	
71	Reumatologia	
73	Terapia intensiva neonatale	
74	Radioterapia oncologica	
75	Neuro-riabilitazione	
76	Neurochirurgia pediatrica	
77	Nefrologia pediatrica	
78	Urologia pediatrica	
97	Detenuti	
98	Day surgery	Identifica reparti esclusivamente dedicati ad attività di day surgery multispecialistico
99	Cure palliative	Identifica i reparti utilizzati per i ricoveri in regime diurno per cure palliative, in conformità alle indicazioni contenute nel "Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" allegato all'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012