

EC 21/11/2023 e 22/07/2024

Su indicazione del settore Assistenza Ospedaliera, qualità dei servizi e reti cliniche, viene ripristinato il controllo sulla data di prenotazione: valori ammessi: ggmmaaaa (datanasc<datapre<dataingr) in luogo di ggmmaaaa (datanasc<datapre<dataingr e datingr-datapre<550gg)

I campi diagnosi (diadim, dia1...dia5) sono stati ripristinati come nella versione 1.1.

Dai campi #dia1-5 è stato eliminato il controllo di univocità.

1 Scheda nosologica (SDO)

Il flusso attiene alla scheda di dimissione degli Istituti di ricovero prevista dal D.M. Sanità 28.12.1991, che istituisce la scheda di dimissione ospedaliera; dal DM sanità del 26.7.1993; dall'art. 4 del DM Sanità 30.6.1997 per quanto riguarda l'introduzione dell'obbligo di compilazione delle schede nosologiche per i neonati sani; dal DM 380 del 27.10.2000 aggiornato dal DM 135 del 8.7.2010 e dal decreto del Ministero della Salute 261 del 7.12.2016, che individuano le informazioni da rilevare, i sistemi di codifica da adottare e le modalità di trasmissione dalle Regioni al Ministero della Sanità; dalla delibera n.10132 dell'11.12.1992 della Giunta Regionale "Istituzione della nuova scheda nosologica e di dimissione" e successive modifiche ed integrazioni.

La presente versione delle Specifiche funzionali stabilisce le regole e le codifiche da utilizzare nel flusso SDO nei rapporti tra Aziende sanitarie e Regione Toscana dal 01/01/2024 e si basa su quanto recepito alla riunione del 29/09/2023 tra Ministero della Salute e Regioni, in cui è stato comunicato che il Decreto per la SDO di riabilitazione è stato firmato ma ad oggi non pubblicato in GU ed è stata redatta sulla base specifiche funzionali dal Ministero della Salute versione 4.0 ottobre 2023 non ancora pubblicata nel portale NSIS, è quindi possibile che possano intervenire delle variazioni.

1.1 Revisione

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
1.0	01/01/2018	Allegato A Delibera Giunta Regionale Toscana n.1514/2017 Errata corrige del 06/05/2019
1.1	01/01/2020	Campi per i quali è cambiata la validazione: Tipologia del codice individuale dell'utente (<i>tipoindu</i>), campo n.6 del tracciato SDO1 – introdotta verifica di coerenza tra <i>tipoindu</i> e scenario di censimento dell'ID utente in anagrafe regionale Campi nuovi: Data di ultima rivalutazione (<i>datariv</i>), campo n.27 tracciato SDO1 Totale giorni sospensione/rinvio (<i>gg_sosp</i>), campo n.154 tracciato SDO1 Campi eliminati: Data di prima disponibilità (<i>datadisp</i>), campo n.27 tracciato SDO1 versione 1.0 Variazioni del tracciato di ritorno da Regione a Aziende sanitarie: Flag errore del campo Totale giorni di sospensione/rinvio (<i>f_gg_sosp</i>), campo n.304: campo nuovo

		Tipologia di scenario di censimento dell'ID universale in anagrafe regionale (<i>scenario_ID</i>), campo n.317: campo nuovo
2.0	01/01/2024	Adeguamento al DM istitutivo della SDO di riabilitazione Il tracciato SDO1 è stato adeguato ai nuovi contenuti informativi e le modifiche sono riportate in forma codificata nella colonna “Modifiche” del tracciato riportato al paragrafo §1.9.1. E' stato re-inserito il controllo sulla data di prenotazione: valori ammessi: ggmmaaaa (datanasc<datapre<dataingr) in luogo di ggmmaaaa (datanasc<datapre<dataingr e datingr-datapre<550gg)

1.2 Modalità di raccolta dei dati

I dati devono essere acquisiti dall'Azienda sanitaria di competenza anche rispetto ai presidi non direttamente gestiti, ma dei quali costituisce riferimento, come ad esempio le strutture private ubicate sul territorio delle Aziende USL.

L'Azienda sanitaria trasmette i dati alla Regione in modo continuo secondo i tracciati indicati nel §1.9.1 e nel §1.9.2 o nel §1.9.5, questi sono sottoposti ad alcune procedure di controllo i cui risultati sono riscontrabili nei dati che la Regione restituisce alle Aziende sanitarie (§1.9.3 e §1.9.4 o nel §1.9.5).

Le Aziende sanitarie sono tenute a comunicare ai presidi non direttamente gestiti, ma dei quali costituiscono riferimento, l'esito dei controlli effettuati a livello regionale, secondo modi e tempi da consentire a tali presidi lo svolgimento degli adempimenti di propria competenza sui dati generati.

1.3 Modalità di messa a disposizione dei dati

I dati devono essere trasmessi mediante il sistema previsto dalla DGR 752/2013 e successive modifiche ed integrazioni.

1.4 Tempi di messa a disposizione dei dati

I dati devono essere messi a disposizione del Sistema Regionale con la minor latenza possibile e comunque entro la fine del mese successivo a quello di erogazione. Nel caso in cui la scadenza sopra indicata rientri in giorni non lavorativi, questa è rimandata al primo giorno lavorativo utile.

I consolidati, ai fini delle compensazioni infraregionali, sono definiti con i dati trasmessi entro il 5 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.

1.5 Contenuti

1.5.1 Da Aziende sanitarie a Regione

Caratteristiche elettroniche:

Coesistono due modalità di trasmissione: tracciato TXT.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nei tracciati riportati nel §1.9.1 e nel §1.9.2 o §1.9.5.

Nessun altro contenuto ammesso.

1.5.2 Da Regione ad Aziende sanitarie

Caratteristiche elettroniche:

Coesistono due modalità di trasmissione: tracciato TXT.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nel §1.9.3 e §1.9.4 o §1.9.5.

I record, scartati e non, sono restituiti alle Aziende sanitarie che hanno provveduto all'invio.

Le Aziende USL ricevono in modo continuo anche le prestazioni rese ai propri residenti ovunque fruiti nell'ambito del territorio regionale (cosiddetta mobilità passiva infraregionale). I record riguardanti la mobilità passiva sono restituiti all'Azienda USL di residenza dell'utente, anche nel caso in cui siano presenti errori gravi (codice "2" §1.7).

Al fine di consentire alle Aziende USL la valutazione massima del volume di prestazioni fruiti dai propri residenti presso strutture di ricovero di altre Aziende sanitarie, la restituzione del passivo alle Aziende USL è effettuata in base ai campi **regint** e **uslint**. Tali campi, ricalcolati dalla Regione secondo quanto specificato nel §1.8.2, contengono rispettivamente le codifiche della regione e dell'USL di residenza dell'utente.

In questo modo si tende a fornire alle Aziende USL il maggior numero possibile di informazioni che si riferiscono ai residenti che hanno fruito di prestazioni presso presidi diversi dai propri. Il dato fornito alle Aziende USL, quindi, tende a configurarsi come quello massimo, salvi gli aggiornamenti conseguenti alle correzioni apportate dai diversi produttori con eventuali invii successivi.

Per le Aziende USL sono, altresì, restituiti i record relativi a prestazioni effettuate dalle Aziende ospedaliere, ubicate sul territorio dell'Azienda USL stessa, a favore di utenti stranieri.

1.6 Organizzazione del sistema informativo

L'Azienda sanitaria di erogazione ed ESTAR, ognuno per quanto di propria competenza, garantiscono la qualità del contenuto informativo e la tempestività della trasmissione. In particolare ESTAR dovrà mettere in atto tutte le azioni necessarie affinché i vari sistemi informativi/gestionali che concorrono a definire i contenuti previsti dal presente manuale siano integrati.

1.6.1 Sistema con tracciato TXT

Le informazioni, rilevate in due archivi collegati relazionalmente, devono essere inviate secondo i tracciati previsti dal presente manuale (§1.9.1 e §1.9.2).

L'archivio denominato SDO1 è l'archivio principale e contiene le informazioni inerenti la struttura erogatrice e i reparti, le caratteristiche del ricovero, l'utente, le informazioni utili per la gestione della compensazione economica. A ogni record di SDO1 corrisponde una scheda di dimissione ospedaliera.

L'archivio denominato SDO2 è l'archivio di dettaglio e contiene le informazioni riguardanti gli interventi e le procedure erogate.

Il collegamento relazionale tra gli archivi SDO1 e SDO2 avviene grazie alla presenza in entrambi di un set di campi (**azist**, **codosp**, **anprat**, **nprat**) che costituiscono la chiave, la cui univocità in SDO1 deve essere garantita per tutto l'anno di riferimento.

I record di SDO2 insieme al record di SDO1, cui sono collegati relazionalmente, sono chiamati di seguito "*scheda di dimissione ospedaliera*".

Nell'archivio SDO2 i record che si riferiscono a un medesimo ricovero sono identificati in maniera univoca attraverso il campo **progressivo**.

Le procedure regionali di controllo e validazione dei dati trasmessi dalle Aziende sanitarie alla Regione individuano le schede scartate e le schede che possono entrare a far parte del database regionale con l'identificazione di eventuali errori e della relativa gravità.

1.6.2 Procedura per la determinazione delle schede da scartare

Motivi che determinano lo scarto dei record:

- errata compilazione del campo **opera**;
- errata compilazione dei campi che compongono la chiave;

1. Scheda nosologica (SDO)

- chiave non univoca;
- solo per tracciato txt: assenza di record in SDO1 per ciascun valore della chiave di SDO2;
- solo per tracciato txt: errata compilazione dei campi con codice 9 nella colonna “Errore” dei tracciati riportati al §1.9.1 e 1.9.2.;
- solo per tracciato xml: secondo le regole riportate al §1.9.5.

Nel caso in cui una delle verifiche sopraindicate dia esito negativo, il record è scartato, ma comunque sottoposto alle successive procedure di controllo, non entra, però, a far parte del database regionale ed è restituito all’Azienda sanitaria inviante.

Si ricorda che i controlli descritti sono eseguiti secondo la sequenza sopra indicata e la generazione di uno degli errori blocca la prosecuzione degli algoritmi successivi di individuazione delle schede da scartare.

1.6.3 Procedure di controllo

I record, scartati e non, sono sottoposti a controlli formali e di congruità:

- ogni singola informazione è sottoposta ai controlli descritti nella colonna denominata “note” dei tracciati riportati ai §1.9.1 e §1.9.2.
L’esito del controllo è segnalato nel corrispondente campo **flag Errore** dei tracciati riportati ai §1.9.3, §1.9.4 e §1.9.5 con il codice 0 e 1, dove 0 indica assenza di errori e 1 indica presenza di errori;
- i campi generati al punto precedente concorrono a definire la qualità del record sintetizzata nel campo **flag stato scheda** del tracciato riportato al §1.9.3 e al §1.9.5. Nella colonna “errore” dei tracciati riportati ai §1.9.1, §1.9.2 è indicato il codice di errore che l’errata compilazione del campo in oggetto genera nel campo **flag stato scheda**. Nel campo **flag stato scheda** sarà presente il codice di errore più alto (vedi §1.7) fra quelli relativi ai campi segnalati come affetti da errori.

Le Aziende sanitarie possono provvedere con un successivo invio, alla correzione e alla cancellazione dei dati già inviati:

- se l’Azienda intende correggere record presenti nel database regionale può trasmettere le correzioni ponendo il campo **opera=2** e mantenendo invariato il contenuto dei campi che costituiscono la chiave. Può quindi rinviare sia schede corrette (**flag stato scheda=0**) sia schede in cui le procedure regionali hanno individuato errori lievi (**flag stato scheda=1**) o gravi (**flag stato scheda=2**). La scheda sarà sottoposta a tutte le procedure regionali di controllo e sostituirà la scheda del database regionale - (sostituzione).
- se l’Azienda intende eliminare schede presenti nell’archivio regionale deve trasmettere nuovamente la scheda in questione mantenendo invariato il contenuto dei campi che costituiscono la chiave ponendo il campo **opera=3** (cancellazione).

Nel caso in cui l’Azienda abbia la necessità di variare il contenuto di uno o più campi che costituiscono la chiave, deve procedere a:

- 1) rinviare il record contenente l’errore mantenendo invariato il contenuto dei campi che costituiscono la chiave e ponendo il campo **opera=3** (cancellazione);
- 2) inviare il record con i campi chiave corretti e il campo **opera=1** (invio).

Oltre la data fissata per il consolidamento degli archivi, le schede scartate non potranno più essere inviate e le schede con errori gravi non potranno più essere corrette.

1.6.4 Tabelle di supporto

I controlli dei valori di alcuni campi vengono effettuati utilizzando gli archivi di supporto contenenti le codifiche predisposte dalla Regione Toscana. Per tutte

le codifiche, necessarie per la compilazione dei tracciati della presente versione, l'Azienda deve fare riferimento esclusivamente a tali archivi che risultano essere il sistema di codifica ufficiale definito a livello regionale.

La necessità di garantire un sistema dinamico di aggiornamento di alcune delle variabili ha indotto la Regione Toscana a mettere a disposizione tali archivi alle Aziende sanitarie mediante l'infrastruttura di cooperazione applicativa, rendendo così i sistemi di codifica indipendenti dai contesti formali tipici della pubblica Amministrazione.

Due sono le modalità di integrazione previste:

1. mediante RFC 178, che prevede una cooperazione applicativa tra i sistemi software;
2. mediante interfaccia di download.

1.7 La qualità dei record: flag stato scheda

Di seguito è riportato l'elenco dei possibili valori presenti nel campo **flag stato scheda** (tracciato §1.9.3 e §1.9.5):

0: scheda esatta, cioè che non presenta errori su nessun campo.

1: segnala l'esistenza di errori lievi su uno o più campi che non pregiudicano la valorizzazione economica della scheda in questione.

2: segnala l'esistenza, su uno o più campi, di "errori gravi", in questo caso la dimissione viene esclusa dalla compensazione finanziaria infraregionale.

9: segnala la presenza, su uno o più campi, di "errori scartanti" in questo caso il record principale e i record di dettaglio sono scartati. I record sono restituiti all'Azienda sanitaria inviante ma non entrano a far parte dell'archivio consolidato regionale.

1.8 Elementi significativi del tracciato

1.8.1 Campi eliminati

21 – Vuoto SDO1 specifiche funzionali versione 1.1

1.8.2 criteri per la determinazione delle quote informative attribuite dalla Regione

1. **DRG attribuito dalla regione (DRGgreg):** dal 01/01/2009 il codice DRG riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper. Dal 01/01/2018 concorrono alla determinazione del DRG tutti gli interventi inviati dalle aziende.
2. **MDC attribuito dalla regione (MDCgreg):** dal 01/01/2009 il valore riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
3. **Importo (imp1reg):** l'importo in Euro è attribuito in relazione al codice DRG riportato nel campo **drgreg**, secondo i criteri e le tariffe definiti dalla normativa regionale in materia di tariffazione dei ricoveri ospedalieri.
4. **Importo oltre soglia (imp2reg):** l'importo in Euro è attribuito in relazione al codice DRG riportato nel campo **drgreg** e alla durata della degenza riportata nel campo **ggdeg**, secondo i criteri e le tariffe definiti dalla normativa regionale in materia di tariffazione dei ricoveri ospedalieri.
5. **Regione e Azienda USL di residenza utente attribuita dalla Regione** (campi **regint** e **uslint**): vista l'importanza dell'informazione della residenza dell'utente le procedure regionali restituiscono questi due campi cercando di effettuare la massima attribuzione secondo i seguenti criteri:
 - a) utente coperto da anonimato:
se **regresu**=090 (*toscano*) e **uslresu**∈201-203 →**regint**=090 e **uslint**=**uslresu**,

se **regresu**=090 (*toscano*) e **uslresu**≠201-203 →**regint**=090 e **uslint**=000 (non attribuibile)

se **regresu** contiene un codice di regione italiana e **uslresu**∈000-999→**regint**=**regresu** e **uslint**=**uslresu**

se **regresu** contiene un codice di regione italiana e **uslresu**≠000-999→**regint**=**regresu** e **uslint**=000 (non attribuibile)

se **regresu**=999 (*straniero*) e **ulsresu**=codice di Stato estero→**regint**=999 e **uslint**=**uslresu**

se **regresu**=999 (*straniero*) e **ulsresu**≠codice di Stato estero→**regint**=999 e **uslint**=000 (non attribuibile)

se **regresu**≠999 e da un codice di regione italiana→**regint**=000 (non attribuibile) e **uslint**=000 (non attribuibile).

b) utente residente in Italia (primi 3 caratteri del campo **lures**≠999):

se **lures**=codice di comune italiano→**regint** e **uslint** da tabella **AZIENDE_COMUNI**

se **lures**≠codice di comune italiano → vedi punto a.

c) utente non residente in Italia (prime 3 posizioni del campo **lures**=999)

se le ultime 3 posizioni di **lures**=codice di Stato estero→**regint**=999 e **uslint**=ultime 3 posizioni di **lures**

se le ultime 3 posizioni di **lures**≠codice di Stato estero →vedi punto a.

6. **Età alla dimissione del paziente (eta)**: le procedure regionali calcolano l'età del paziente alla dimissione (in anni compiuti). L'età è calcolata come differenza fra data di dimissione e data di nascita.

7. **Giornate di degenza (ggdeg)**: le giornate di degenza vengono determinate in modo diverso a seconda della tipologia di ricovero. Infatti per ricoveri di day hospital la durata coincide con il valore posto nella variabile preposta a contenere il numero di accessi, mentre in tutti gli altri casi si effettua la differenza fra data di ingresso e data di dimissione se non ci sono trasferimenti alla specialità fittizia PT.

Poiché nel calcolo delle giornate di degenza ci sono molte eccezioni da tenere in considerazione è opportuno fare i seguenti controlli:

- se **regimric**=1 (ordinario)→

se **datingr**= **datdim**→**ggdeg**=1;

se **rep1-rep15**≠PT→**datdim-datingr**;

se almeno uno dei reparti **rep1-rep15**=PT→le giornate di degenza saranno ottenute sottraendo da (**datdim-datingr**) i giorni intercorsi dalla data di trasferimento in specialità in PT alla data di riammissione in un'altra specialità. Se quest'ultima data non è presente allora i giorni da sottrarre sono pari alla differenza fra la data di trasferimento in specialità PT e la data di dimissione. Non saranno calcolate le giornate di degenza se non è specificata o è incongrua la data di trasferimento alla specialità PT;

- se **regimric**=2 (DH)→ **ggdeg**=**ndh**, fatte salve le seguenti eccezioni:

se **datdim-datingr**+1<**ndh**→**datdim-datingr**+1;

se **ndh**=000 o blank→1.

8. **Tipologia di ricovero (tiporic)**: le informazioni contenute in questo campo sono un'espansione dell'informazione contenuta nel **regime di ricovero**, utili principalmente per la tariffazione e classificazione più dettagliata del ricovero; i valori assunti da tale variabile sono:

1=ordinario con durata superiore o uguale a due giorni

2=ordinario con durata inferiore a due giorni senza trasferimento
 3=ordinario con durata inferiore a due giorni con trasferimento
 5=day hospital medico
 6=day hospital chirurgico
 7=riabilitazione ordinaria
 8=riabilitazione day hospital
 9=lungodegenza
 0=non attribuibile

La procedura di calcolo di tale campo si sviluppa come segue:

- se **regimric**≠1 o 2→0
- se **repdim**=60xx→9
- se **regimric**=1
 - se **repdim**=28xx o 56xx o 75xx→7
 - se **ggdeg**≥2→1
 - se **ggdeg**<2
 - se **modim**=01 o 06 →3
 - altrimenti 2
- se **regimric**=2
 - se **repdim**=28xx o 56xx o 75xx→8
 - se **DRGreg** è di tipo medico o non specificato→5
 - se **DRGreg** è di tipo chirurgico→6

9. **Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (certMEF)**: il campo può assumere i seguenti valori: 0=IDutente da sottoporre al MEF; 1=IDutente certificato MEF; 2=IDutente non certificato MEF; 9=IDutente non presente in anagrafe regionale o non corrispondente a CF.
10. **Tipologia di scenario di censimento dell'ID universale in anagrafe regionale (scenario_ID)**: il campo può assumere i seguenti valori: 1=scenario di censimento per utente che si presenta con CF; 2=scenario di censimento per utente di altro Stato UE con TEAM; 3=scenario di censimento per utente di altro Stato UE con tessera ENI; 4=scenario di censimento per utente di Stato extra UE con tessera STP; 5=scenario di censimento per utente di Stato extra UE no STP; 9=IDutente non presente in anagrafe regionale.

1.9 Contenuti e tracciati delle prestazioni di ricovero in vigore dal 01/01/2024

La struttura dei tracciati record da trasmettere alla Regione Toscana fornisce per ciascun campo una serie di informazioni che di seguito presentiamo: nella colonna, denominata **Campo**, è presente un numero progressivo, indicante l'ordine di presentazione dello specifico campo.

Nella colonna seguente, denominata **Nome**, si fornisce nome sintetico ed univoco del campo all'interno dell'archivio.

Nella colonna **Descrizione** si fornisce una denominazione descrittiva del contenuto del campo.

Nella colonna **Tipo** si indica la natura del campo con le seguenti lettere:

- C=campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a sinistra con eventuali blank a destra
- N=campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a destra con eventuali zeri non significativi a sinistra
- D=campi data che devono rispettare il formato ggmmaaaa
- E=campi euro che devono rispettare il formato euro con eventuali zeri non significativi a sinistra: eeeee,ee
- T=campi orario che devono rispettare il formato HH:mm o null

Nella colonna **Lung.** è indicata la lunghezza del campo.

Nella colonna **Note** si forniscono le modalità di compilazione di ciascun campo contenuto nel tracciato record ed i controlli effettuati dal validatore.

Nella colonna **Errore** si fornisce il tipo di errore attribuibile al **flagsk** nel caso in cui il campo non sia corretto.

Nella colonna **Modifiche** si indica il tipo di modifiche effettuate rispetto alla precedente versione:

- 0=assenza di modifiche
- 1=precisazioni
- 2=nuovo
- 3=modificato il controllo
- 4=valori ammessi e/o lunghezza campo
- 5=cambiato errore
- 6=valori ammessi spostati in tabella
- 7=cambiata tabella

Nella colonna **Ministero** con X e S sono indicate le informazioni che costituiscono un debito informativo verso il Ministero della Sanità, S indica che l'errata compilazione del campo comporta lo scarto da parte del Ministero.

Nella colonna **Codifica Ministero/Note** l'eventuale mappatura tra codici regionali e ministeriali e/o altri algoritmi per definire l'informazione secondo quanto previsto dal livello centrale.

La validazione dei campi viene effettuata verificando che il contenuto corrisponda a uno dei valori ammessi. Per i campi sottoposti a compilazione condizionata (es. fraz_eiez, priorità, ecc.) l'informazione viene considerata obbligatoria soltanto al verificarsi delle condizioni esplicitate; nel caso in cui il campo sia compilato al di fuori delle condizioni di obbligatorietà viene comunque verificato che il contenuto corrisponda a uno dei valori ammessi. Lo stesso vale per i campi facoltativi (es. dia2, dia3, rep1, rep2, ecc.): se il campo è compilato deve contenere uno dei valori ammessi, altrimenti viene attribuito l'errore.

1.9.1 Tracciato TXT della Scheda di Dimissione ospedaliera inviato dall'Azienda Sanitaria alla Regione Toscana: archivio principale (SDO1)

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
1	opera	Tipo operazione	C	1	Valori ammessi: 1=invio; 2=sostituzione; 3=eliminazione. Per le specifiche di compilazione vedi §1.6.3	9	0		
2	azist	Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	3	<u>Campo chiave</u> Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale. Valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_azienda . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla dimissione (datdim).	9	0		
3	codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	8	<u>Campo chiave:</u> valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla dimissione (datdim).	9	0	S	tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura_MS
4	anprat	Anno pratica	N	4	<u>Campo chiave:</u> anno solare di apertura della cartella. Validazione: anprat =anno di datingr .	9	0	S	ultime due posizioni di anprat+nprat
5	nprat	N° pratica	N	6	<u>Campo chiave:</u> il valore deve essere univoco, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o Day Hospital), all'interno dell'anno solare e rispetto al presidio ospedaliero (primi 6 caratteri di codosp). Valori ammessi: >000000.	9	0	S	
6	tipoindu	Tipologia del codice individuale dell'utente	C	1	Valori ammessi: tabella SPA_TIPOINDU colonna cod_tipoindu con flag_spa=1 . Viene verificata anche la coerenza tra tipoindu e lo scenario di censimento in anagrafe regionale collegato all' IDutente utilizzato.	2	0	X	
7	IDutente	Identificativo Univoco dell'utente	C	24	In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri. Tale identificativo è quello attribuito dalla Regione Toscana per i soggetti già presenti nell'anagrafe sanitaria. Nel caso di soggetti non presenti nel DB anagrafico regionale, il soggetto deve essere censito tramite la RFC 248 (residualmente tramite RFC 85 fin quando attiva). Se l'utente ha codice fiscale questo deve corrispondere ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Le regole di compilazione di questo campo in relazione alle varie modalità di compilazione di tipoindu sono esplicitate nella tabella di supporto SPA_TIPOINDU colonna compilazione_IDutente per i record con flag_SPA=1 .	9	1	S	ID→CF e criptazione secondo quanto disposto dal ministero inviare null per i neonati

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
8	sexu	Sesso dell'utente	C	1	Valori ammessi: 1=maschio, 2=femmina, 9=non definito	9	0	S	
9	datanasc	Data di nascita dell'utente	D	8	Valori ammessi: <u>ggmmaaaa</u> Validazione: 0<(datingr-datanasc)<124 anni.	9	0	S	ggmmaaaa→aaaa-mm-gg
10	lunasc	Luogo di nascita	C	6	Sistema di codifica ISTAT. Valori ammessi: <u>se nato in Italia</u> →codice del comune di nascita valido alla data di nascita, colonna cod_comune tabella COMUNI_NEW ; <u>se nato all'estero</u> →999xxx, dove xxx è il codice dello stato di nascita valido alla data di nascita, tabella STATI colonna cod_stato .	2	7	S	se non compilato→000000
11	statociv	Stato civile	C	1	Valori ammessi tabella STATO_CIVILE (dove colonna SDO =1)	9	0	S	tabella STATO_CIVILE colonna MS_codice
12	lures	Residenza utente	C	6	Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente alla ammissione. Sistema di codifica ISTAT. <u>Se residente in Italia</u> →codice del comune di residenza, tabella COMUNI_NEW colonna cod_comune ; <u>se STP o ENI</u> →999xxx, dove xxx è il codice dello stato di nazionalità del soggetto rilevabile dal tesserino STP o ENI, tabella STATO colonna cod_stato (≠100); <u>se residente in altro stato</u> →999xxx, dove xxx è il codice dello stato di residenza, tabella STATI colonna cod_stato (≠100). Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla L.127/97 e successive modifiche od integrazioni. Non viene effettuata la validazione del campo nel caso in cui l'utente sia coperto da anonimato (tipoindu compilato con un codice riferibile ad anonimo). Validazione: comune attivo alla data di ingresso in ospedale (datingr).	2	7	S	se residente all'estero (999xxx) e ludom è un comune italiano→ ludom se con compilato→000000 altrimenti → lures
13	uslresu	Azienda sanitaria di residenza utente	C	3	Valori ammessi: <u>se utenti residenti in Italia</u> →codice ministeriale della USL di residenza (DM 05/12/2006 e successive modifiche e/o integrazioni), tabella AZIENDE_COMUNI colonna cod_azienda <u>se utenti non residenti in Italia</u> , compresi STP e ENI→codice ISTAT dello stato di residenza, tabella STATI colonna cod_stato . Validazione: verifica di congruenza con lures .	2	0	S	se lures =999xxx e ludom è un comune italiano→ codice dell'azienda USL corrispondente se lures =999xxx e ludom non è un comune italiano→ 999 altrimenti → uslint
14	regresu	Regione di residenza	C	3	Sistema di codifica ISTAT.	2	0	S	se lures =999xxx e

Specifiche funzionali versione 2.0

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
		dell'utente			Valori ammessi: <u>se utenti residenti in Italia</u> →codice delle regioni italiane, tabella AZIENDE_COMUNI colonna cod_regione . <u>se utenti non residenti in Italia</u> , compreso STP ed ENI→999. Validazione: verifica di congruenza con lures .				ludom è un comune italiano→ codice regione corrispondente se lures =999xxx e ludom non è un comune italiano→ultime tre posizioni campo lures altrimenti→ regint
15	cittu	Cittadinanza dell'utente	C	3	Sistema di codifica ISTAT. Valori ammessi: <u>se cittadino italiano</u> →100; <u>se cittadino non italiano</u> →codice dello stato di cittadinanza, tabella STATI ; <u>se non rilevato</u> →000.	2	0	S	se vuoto→000
16	titstu	Titolo di studio	C	1	Valori ammessi: tabella TITOLO_STUDIO colonna cod_titolo_studio (dove colonna F_SDO =1)	9	0	S	colonna MS_titolo_studio della tabella RCT
17	ludom	Luogo di domicilio	C	6	Da compilare con il codice ISTAT del comune di domicilio per gli stranieri non residenti ma iscritti al SSN. Valori ammessi: <u>se cittu=100 o lures≠999xxx</u> →000000 <u>se cittu≠100 e lures=999xxx</u> → codice del comune di domicilio, come da tabella COMUNI_NEW e colonna cod_comune oppure 000000 se non domiciliato in Italia	1	7		
18	datingr	Data di ricovero	D	8	Valori ammessi: ggmmaaaa. Validazione: datanasc≤datingr≤datdim <u>se regimric=2</u> →indicare il primo giorno del ciclo di contatti con la struttura nell'anno (anno di datingr =anno di datdim). Per i nati nella struttura relativamente al ricovero contingente la nascita (neonat =1 o 2) datingr=datanasc .	9	0	S	ggmmaaaa→aaaa-mm-gg
19	ora_ingr	Ora di ricovero	T	5	Per i ricoveri urgenti disposti dal pronto soccorso e inviati direttamente in sala operatoria, in emodinamica, o ad altro servizio analogo, l'ora di ricovero corrisponde all'ora di ingresso in sala operatoria o emodinamica o altro servizio analogo, negli altri casi l'ora di ricovero corrisponde all'assegnazione del posto letto. Per i nati nella struttura relativamente al ricovero contingente la nascita, l'ora di ricovero coincide con l'ora di nascita. Valori ammessi HH:mm datingr+ora_ingr<datdim+ora_dim	2	0	S	se regimric =2→null
20	provza	Provenienza del paziente	C	2	La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che	9	0	S	MS_PROVZA della

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					ha proposto il ricovero. Valori ammessi e validazione: come da tabella PROVENIENZA_PAZIENTE inoltre viene verificato che: - per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi, neonat =1 o 2 e datanasc=datingr -per i pazienti che accedono all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico tiporico ≠1 o 3 o 5 -ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura, tiporico =1 o 5 - ricovero disposto dal pronto soccorso, tiporico =2				tabella RCT
21	regimric	Regime ricovero	C	1	Valori ammessi: 1=ricovero ordinario, 2=ricovero in Day-Hospital (DPR 20 ottobre 1992, L 229/1999 e successive modifiche ed integrazioni). In caso di DH devono essere compilati anche i campi finaldh , ndh .	9	0	S	
22	codospingr	Codice ospedale/sede ospedale di ingresso	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla ammissione (datingr) e riferito al medesimo presidio di codosp (prime 6 posizioni)	9	0	S	
23	repingr	Reparto di ammissione	C	4	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. Valori ammessi: primi quattro caratteri identificativi dell'unità operativa nei modelli HSP.12/13 ¹ (i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera, gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta la divisione nell'ambito della stessa disciplina) Valori ammessi nelle prime due posizioni: tabella SPECIALITA ultime due posizioni della colonna cod_specialita ad eccezione del codice PT. Inoltre se datingr è valida: <u>per le strutture che compilano il modello HSP12</u> , si verifica che il codice del reparto (quattro caratteri) sia presente nella tabella STRUTTURE_SPECIALITA ; <u>per le strutture che compilano il modello HSP13</u> (posti letto autorizzati), si verifica che la specialità (prime due posizioni) sia presente nella tabella STRUTTURE_SPECIALITA .	9	0	S	tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura_MS+repingr
24	tiporico	Tipo di ricovero	C	1	Il tipo di ricovero 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,	2	0	S	se regimric =2→blank. 0→blank;

¹ rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende sanitarie
1. Scheda nosologica (SDO)

Specifiche funzionali versione 2.0

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					n. 833. Valori ammessi: 0=neonati limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi (datanasc=datingr e neonat=1 o 2) 1=ricovero programmato, non urgente; 2=ricovero urgente; 3=ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO); 5=ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art.1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662), in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione. 6=parto non urgente				5→4; 6→5.
25	percorso	Tipo percorso	C	1	Al fine di monitorare compiutamente le attività di ricovero programmato, il presente campo sarà utilizzato per analizzare i tempi di attesa per specifiche linee di ricovero. Il tipo percorso deve essere compilato per tutti i ricoveri in regime diurno (regimric=2) e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (regimric=1 e tiporico=1 o 5). Valori ammessi tabella SDO_PERCORSO colonna cod_percorso .	2	0		
26	datariv	Data di ultima rivalutazione	D	8	La rivalutazione si verifica quando l'assistito effettua una nuova visita valutativa all'interno del medesimo percorso chirurgico e/o quando viene effettuata una ulteriore valutazione documentale del caso da parte dello specialista. Tipicamente si ha una rivalutazione in conseguenza di una motivazione di tipo clinico: per mutate condizioni cliniche, dopo una sospensione intervenuta per malattie intercorrenti e/o in conseguenza degli esiti della preospedalizzazione. In caso di ricovero programmato (regimric=2 o regimric=1 e tiporico=1 o 5) inserire l'ultima data di rivalutazione. Non compilare per ricoveri urgenti oppure se non si sono verificate rivalutazioni nel percorso. Valori ammessi: gmmmaaaa (datanasc≤datariv≤dataingr) <u>Fonte informazione: da integrazione con il sistema informativo di gestione liste di programmazione.</u>	1	0		
27	datapre	Data di prenotazione	D	8	La data di prenotazione corrisponde alla data di inserimento del paziente nel registro di prenotazione (agenda di prenotazione). Si deve intendere come la data in cui viene confermata dallo specialista la necessità reale e attuale di ricovero/intervento, a seguito di eventuale completamento diagnostico/terapeutico, e si provvede contestualmente all'inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione. La prenotazione avviene quindi con l'inserimento nella lista di attesa attraverso procedura informatizzata a livello di singola azienda/istituzione privata accreditata, con riferimento ai criteri di appropriatezza e di priorità clinica segnalati (PRGLA 2019-2021 approvato con DGR 604/2019 e successive modifiche e/o integrazioni). Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della	2	3	S	se regimric=1 e tiporico≠1 o 5→null se non valida→null altrimenti gmmmaaaa→ aaaa-mm-gg

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					L.724/94 e successive modifiche e/o integrazioni. La data di prenotazione <u>deve</u> essere compilata: - per tutti i ricoveri in regime diurno (regimric=2) e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (regimric=1 e tiporico=1 o 5). - nei casi in cui tra la data di prenotazione e la data del ricovero programmato interviene una urgenza per la stessa patologia, pertanto l'utente viene ricoverato prima del giorno programmato sebbene tiporico≠1 e 5. La data di prenotazione <u>può</u> essere compilata in caso di ricovero non programmato (regimric=1 e tiporico≠1 e 5). In caso di trasferimenti da altri presidi di ricovero la data di prenotazione è la data in cui il trasferimento è stato concordato tra le due strutture. Valori ammessi: ggmmaaaa (datanasc<datapre<dataingr) in luogo di ggmmaaaa (datanasc<datapre<dataingr e datingr-datapre<550gg). Fonte informazione: da integrazione con il sistema informativo di gestione liste di programmazione.				
28	priorità	Classe di priorità del ricovero	C	1	Per tutti i ricoveri per i quali è inserita la data di prenotazione dovrà essere compilata la classe di priorità. Le modalità di compilazione di questo campo sono quelle previste dal PRGLA 2019-2021, approvato con DGR 604/2019, e successive modifiche e/o integrazioni. La compilazione di questo campo deve essere effettuata in caso di ricovero programmato (regimric=2 o regimric=1 e tiporico=1 o 5) e deve essere coerente con il valore inserito in percorso. I valori ammessi sono riportati nella tabella SDO_CLASSI_PRIORITA. <u>Fonte informazione: da integrazione con il sistema informativo di gestione liste di programmazione.</u>	2	0	S	se regimric=1 e tiporico≠1 o 5→null se f_priorità=1→null altrimenti→tabella SDO_CLASSI_PRIORITA colonna cod_classe_MS
29	finaldh	Finalità del Day-Hospital	C	1	Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in DH. Valori ammessi: <u>se regimric=2→</u> 1=terapeutico, da utilizzare in caso di DH medico per fini terapeutici 2=riabilitativo 3=diagnostico, da utilizzare in caso di DH medico, per fini diagnostici. 4=di controllo periodico, da usare in caso di DH medico (compreso follow up) 5=psichiatrico 8=chirurgico (day surgery), da utilizzare in caso di interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive <u>se regimric=1→0.</u>	2	0	S	<u>se regimric=2</u> 1→ 3 2→ 4 3→ 1 4→ 1 5→ 3 8→2 0→ null altrimenti null
30	ndh	Numero presenze in Day-	N	3	Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in DH e indica il numero	2	0	S	se regimric =1→null

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
		Hospital			complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto accessi presso la struttura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale. 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. Valori ammessi: <u>se regimric=2</u> →000 <ndh<(datdim-datingr+1); <u>se regimric=1</u> →000.				
31	Neonat	Neonato	C	1	Valori ammessi e validazione: 0=non neonato→ datanasc ≠ datingr 1=neonato sano→ datanasc = datingr 2=neonato non sano→ datanasc = datingr e DRGreg ≠391 3=neonato proveniente da altro istituto di ricovero e cura o dal luogo di nascita, trasferito quindi da altro ospedale o dal luogo di nascita il giorno stesso della nascita→ datanasc = datingr e DRGreg ≠391.	2	0		
32	skmadre	Numero scheda della puerpera	N	10	Nel caso si tratti della SDO di un neonato relativa all'evento della sua nascita, il campo va compilato con il numero progressivo della scheda SDO della puerpera. Valori ammessi e validazione: <u>se SDO relativa a non neonato (neonat =0 o 3)</u> →0000000000; <u>se SDO relativa a neonato sano o se neonato non sano (neonat=1 o 2)</u> → anprat + nprat della SDO della madre; <u>se la puerpera richiede l'anonimato o il neonato viene dato in adozione</u> →9999999999.	2	0	X	se 00000000000→null altrimenti dalla 3° posizione
33	pesonasc	Peso alla nascita	N	4	Questa informazione identifica il peso alla nascita e va riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero contingente alla nascita dello stesso. Valori ammessi e validazione: <u>se ricovero non contingente la nascita</u> →0000. <u>se ricovero contingente la nascita (datanasc=datingr e neonat=1 o 2)</u> →peso in grammi:>0099. Il valore riportato deve essere coerente con i codici diagnosi appartenenti alle categorie ICD9CM 764-766 (problemi di crescita fetale, prematurità ecc.).	2	0	S	0000→null se f_pesonasc=1→null
34	codosp1	Codice ospedale/sede ospedale di 1° trasferimento	C	8	In caso di ricovero ordinario, i trasferimenti interni descrivono il percorso che il paziente ha seguito durante il ricovero all'interno di uno presidio ospedaliero. Il trasferimento interno si ha quando il paziente viene trasferito da un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto ad un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto diversi all'interno dello stesso presidio ospedaliero. In questo caso deve essere inserito il codice dello stabilimento ospedaliero di appartenenza dell'unità operativa in cui è stato trasferito il paziente. Nel caso di ricoveri ordinari e se l'intervento chirurgico o procedura diagnostica e terapeutica	2	0	X	se regimric =2→null altrimenti tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura_MS+rep 1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					è stato effettuato in modalità “service” presso un Istituto di cura diverso da quello di ricovero (quindi senza chiusura della SDO) deve essere indicato lo stabilimento in cui vengono eseguite le procedure. Valori ammessi: se l'ospedale è toscano (primi tre caratteri =090) →tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura (il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras1)) <u>altrimenti</u> si controlla che i primi 3 caratteri sino corrispondenti ad una Regione italiana valida (tabella REGIONI) se codchi_est=1→uno dei trasferimenti deve avere i primi 6 caratteri del codice dell'ospedale<>dai primi 6 caratteri di codosp. se regimric=1 il campo può essere vuoto solo se anche rep1 e tras1 sono vuoti				
35	rep1	Reparto trasferimento 1	C	4	In caso di trasferimenti interni in questo campo deve essere inserito il codice dell'unità operativa presso cui è stato trasferito il paziente. Nel caso di interventi in “service” presso un Istituto di cura diverso da quello di ricovero (quindi senza chiusura della SDO) deve essere indicato il reparto in cui vengono eseguite le procedure. Nel caso di interventi in “service” eseguiti presso un'unità operativa senza posti letto, compilare le prime due posizioni con il codice specialità, seguito dal suffisso predefinito "SC" (es.08SC). Valori ammessi: se regimric=2→non compilare se regimric=1 e tras1 è compilato→ si verifica che le prime due posizioni corrispondano ai valori riportati nella tabella SPECIALITA, ultime 2 posizioni della colonna cod_specialita. Inoltre, se tras1 è valido: <u>per le strutture che compilano il modello HSP12</u>, si verifica che il codice del reparto (quattro caratteri) sia presente, per la struttura di trasferimento codosp1, nella tabella STRUTTURE_SPECIALITA; <u>per le strutture che compilano il modello HSP13</u> (posti letto autorizzati), si verifica che la specialità (prime due posizioni) sia presente, per la struttura di trasferimento codosp1, nella tabella STRUTTURE_SPECIALITA; <u>se ultime due posizioni di rep1=SC</u>, si verifica che sia presente un trasferimento esterno (primi sei caratteri di codosp1 ≠ primi sei caratteri di codosp).	2	0	X	
36	tras1	Data trasferimento 1	D	8	In questo campo deve essere inserita la data in cui il paziente è stato preso in carico dal reparto riportato in rep1. se regimric=2→non compilare	2	0	X	se regimric=2→blank altrimenti: ggmmaaaa→aaaa-mm-gg

Specifiche funzionali versione 2.0

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					se regimric=1 e rep1 compilato→ggmmaaaa. Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1< datdim+ora_dim				
37	ora_tras1	Ora trasferimento 1	T	5	In questo campo deve essere inserita l'ora in cui il paziente è stato preso in carico dal reparto riportato in rep1 . Valori ammessi e validazione: se regimric=1 e rep1 compilato→HH:mm <u>altrimenti non compilare</u> Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<datdim+ora_dim	2	0	X	se regimric=2 →blank
38	codosp2	Codice ospedale/sede ospedale di 2° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras2). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
39	rep2	Reparto trasferimento 2	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
40	tras2	Data trasferimento 2	D	8	Come tras1 . Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1< tras2+ora_tras2< datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
41	ora_tras2	Ora trasferimento 2	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2< datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
42	codosp3	Codice ospedale/sede ospedale di 3° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras3). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
43	rep3	Reparto trasferimento 3	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
44	tras3	Data trasferimento 3	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
45	ora_tras3	Ora trasferimento 3	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
46	codosp4	Codice ospedale/sede ospedale di 4° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras4). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
47	rep4	Reparto trasferimento 4	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
48	tras4	Data trasferimento 4	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
49	ora_tras4	Ora trasferimento 4	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<	2	0	X	Come ora_tras1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					tras4+ora_tras4<datdim+ora_dim				
50	codosp5	Codice ospedale/sede ospedale di 5° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras5). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
51	rep5	Reparto trasferimento 5	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
52	tras5	Data trasferimento 5	D	8	Come tras1 . Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
53	ora_tras5	Ora trasferimento 5	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
54	codosp6	Codice ospedale/sede ospedale di 6° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras6). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
55	rep6	Reparto trasferimento 6	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
56	tras6	Data trasferimento 6	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
57	ora_tras6	Ora trasferimento 6	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
58	codosp7	Codice ospedale/sede ospedale di 7° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras7). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
59	rep7	Reparto trasferimento 7	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
60	tras7	Data trasferimento 7	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<datdim+ora_dim	2	0	X	Come rep1 .
61	ora_tras7	Ora trasferimento 7	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
62	codosp8	Codice ospedale/sede ospedale di 8° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras8). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
63	rep8	Reparto trasferimento 8	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
64	tras8	Data trasferimento 8	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<	2	0	X	Come tras1 .

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7< tras8+ora_tras8<datdim+ora_dim				
65	ora_tras8	Ora trasferimento 8	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7< tras8+ora_tras8<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
66	codosp9	Codice ospedale/sede ospedale di 9° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras9). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1.
67	rep9	Reparto trasferimento 9	C	4	Come rep1.	2	0	X	
68	tras9	Data trasferimento 9	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8< tras9+ora_tras9<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1.
69	ora_tras9	Ora trasferimento 9	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8< tras9+ora_tras9<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
70	codosp10	Codice ospedale/sede ospedale di 10° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras10). Come campo 35.		0	X	Come rep1.
71	rep10	Reparto trasferimento 10	C	4	Come rep1.		0	X	
72	tras10	Data trasferimento 10	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8< tras9+ora_tras9<< tras10+ora_tras10<datdim+ora_dim		0	X	
73	ora_tras10	Ora trasferimento 10	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8< tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10<datdim+ora_dim		0	X	Come ora_tras1
74	codosp11	Codice ospedale/sede ospedale di 11° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras11). Come campo 35.		0	X	Come rep1.
75	rep11	Reparto trasferimento 11	C	4	Come rep1.		0	X	
76	tras11	Data trasferimento 11	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<		0	X	Come tras1.

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10< tras11+ora_tras11<datdim+ora_dim				
77	ora_tras11	Ora trasferimento 11	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11<datdim+ora_dim	0	X		Come ora_tras1
78	codosp12	Codice ospedale/sede ospedale di 12° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras12). Come campo 35.	0	X		Come rep1.
79	rep12	Reparto trasferimento 12	C	4	Come rep1.	0	X		
80	tras12	Data trasferimento 12	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10< tras11+ora_tras11<tras12+ora_tras12<datdim+ora_dim	0	X		Come tras1.
81	ora_tras12	Ora trasferimento 12	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11<tras12+ora_tras12<datdim+ora_dim	0	X		Come ora_tras1
82	codosp13	Codice ospedale/sede ospedale di 13° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras13). Come campo 35.	0	X		Come rep1.
83	rep13	Reparto trasferimento 13	C	4	Come rep1.	0	X		
84	tras13	Data trasferimento 13	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10< tras11+ora_tras11< tras12+ora_tras12<tras13+ora_tras13<datdim+ora_dim	0	X		Come tras1.
85	ora_tras13	Ora trasferimento 13	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11< tras12+ora_tras12<tras13+ora_tras13<datdim+ora_dim	0	X		Come ora_tras1
86	codosp14	Codice ospedale/sede ospedale di 14° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras14). Come campo 35.	0	X		Come rep1.
87	rep14	Reparto trasferimento 14	C	4	Come rep1.	0	X		

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
88	tras14	Data trasferimento 14	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10< tras11+ora_tras11< tras12+ora_tras12<tras13+ora_tras13< tras14+ora_tras14<datdim+ora_dim	0	X		Come tras1 .
89	ora_tras14	Ora trasferimento 14	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11< tras12+ora_tras12<tras13+ora_tras13< tras14+ora_tras14<datdim+ora_dim	0	X		Come ora_tras1
90	codosp15	Codice ospedale/sede ospedale di 15° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras15). Come campo 35.	0	X		Come rep1 .
91	rep15	Reparto trasferimento 15	C	4	Come rep1 .	0	X		
92	tras15	Data trasferimento 15	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10< tras11+ora_tras11< tras12+ora_tras12<tras13+ora_tras13< tras14+ora_tras14< tras15+ora_tras15<datdim+ora_dim	0	X		Come tras1 .
93	ora_tras15	Ora trasferimento 15	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11< tras12+ora_tras12<tras13+ora_tras13< tras14+ora_tras14< tras15+ora_tras15<datdim+ora_dim	0	X		Come ora_tras1
94	traumat	Traumatismi o intossicazioni	C	1	Questa informazione deve essere fornita 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). Valori ammessi: Se regimric=1 e diadim ∈800-904 o 910-995.89 e repamm ≠28 o 56 o 60 o 75→ 1=incidento sul lavoro 2=incidento in ambiente domestico 3=incidento stradale 4=violenza altrui (indipendentemente dal luogo di accadimento) 5=autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo di accadimento) 6=morso animale o insetto 7=incidento sportivo 9=altro tipo di incidente o di intossicazione.	2	0	S	Se regimric=1 e diadim ∈800-904 o 910-995.89 e repamm ≠28 o 56 o 60 o 75 e f_traumat=0 → traumat ad eccezione di 6→9 7→9 altrimenti null

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					altrimenti→0.				
95	causest	Causa esterna	C	5	Il campo, introdotto con il D.M. n. 135 del 8 luglio 2010 per poter svolgere analisi epidemiologiche sulla prevenzione di incidenti ed infortuni, deve essere compilato con i <u>codici E</u> della classificazione ICD9CM 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). Se regimric=1 e diadim ∈800-904 o 910-995.89 e repamm ≠28 o 56 o 60 o 75→ <u>codici E</u> della classificazione ICD9CM <u>altrimenti</u> →00000.	2	0	S	Se regimric=1 e diadim ∈ 800-904 o 910-995.89 e repamm ≠28 o 56 o 60 o 75 e f_traumat=0 → causest altrimenti→null.
96	diadim	Diagnosi principale di dimissione	C	5	Per la rilevazione deve essere fatto riferimento a quanto disposto dalla DGR 1217/2014 e successive modifiche e/o integrazioni. Valori ammessi: codici ICD9CM in uso alla dimissione (datdim) e congruenti con sexu ed eta , come da tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_diagnosi	9	0	S	
97	diadim_pres	Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	C	1	Indicare se la diagnosi principale (diadim) rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero. Valori ammessi: 0=no, è insorta durante il ricovero; 1=sì, era presente al ricovero o preesistente nel paziente. La verifica dei valori ammessi viene effettuata rispetto al contenuto della tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_poa .	9	0	S	
98	diadim_lat	Diagnosi principale di dimissione, laterialità	C	1	Ove applicabile, indicare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale. Valori ammessi: 1=destra; 2=sinistra; 3=bilaterale; 9=non applicabile La verifica dei valori ammessi viene effettuata rispetto al contenuto della tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_lateralita .	2	0	S	9 →null o se f_diadim_lat=1 →null
99	diadim_st	Diagnosi principale di dimissione, stadiazione condensata	C	1	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	2	0	S	se diadim ∈ 140.0-190.9 e 193-199.1 e f_diadim_st=0 → diadim_st altrimenti null

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					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				
100	dia1	1° Diagnosi secondaria	C	5	Per la rilevazione deve essere fatto riferimento a quanto disposto dalla DGR 1217/2014 e successive integrazioni e modifiche. Si precisa comunque che 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. Valori ammessi: - codici ICD9CM in uso alla dimissione (datdim) e congruenti con sexu ed eta , come da tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_diagnosi ; - vuoto.	2	0	X	se f_dia1 =1 o se f_dia1_pre =1→null
101	dia1_pres	1° diagnosi secondaria, presente al ricovero	C	1	Indicare se la 1° diagnosi secondaria (dia1) rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero. Valori ammessi: <u>se dia1 compilata</u> →0=no, è insorta durante il ricovero 1= sì, era presente al ricovero o preesistente nel paziente. <u>altrimenti</u> →vuoto La verifica dei valori ammessi viene effettuata rispetto al contenuto della tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_poa .	2	0	X	se flag_dia1 =1 o se f_dia1_pre =1→null
102	dia1_lat	1° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	Ove applicabile, indicare se la 1° diagnosi secondaria (dia1) si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale. Valori ammessi: 1=destra – 2=sinistra – 3=bilaterale – 9=non applicabile La verifica dei valori ammessi viene effettuata rispetto al contenuto della tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_lateralita .	2	0	X	se f_dia1 o f_dia1_lat =1→null
103	dia1_st	1° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	Il campo deve essere compilato in presenza di 1° secondaria (dia1) 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	2	0	X	se dia1 ∈140.0-190.9 e 193-199.1 e f_dia1_st =0→ dia1_st altrimenti null

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					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 blank= se non rilevato o diagnosi secondaria non per neoplasia maligna				
104	dia2	2° diagnosi secondaria	C	5	come dia1	2	0	X	
105	dia2_pres	2° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	come dia1_pres	2	0	X	
106	dia2_lat	2° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	come dia1_lat	2	0	X	
107	dia2_st	2° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	come dia1_st	2	0	X	
108	dia3	3° diagnosi secondaria	C	5	come dia1	2	0	X	
109	dia3_pres	3° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	come dia1_pres	2	0	X	
110	dia3_lat	3° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	come dia1_lat	2	0	X	
111	dia3_st	3° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	come dia1_st	2	0	X	
112	dia4	4° diagnosi secondaria	C	5	come dia1	2	0	X	
113	dia4_pres	4° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	come dia1_pres	2	0	X	
114	dia4_lat	4° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	come dia1_lat	2	0	X	
115	dia4_st	4° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	come dia1_st	2	0	X	
116	dia5	5° diagnosi secondaria	C	5	come dia1	2	0	X	
117	dia5_pres	5° diagnosi secondari,a presente al ricovero	C	1	come dia1_pres	2	0	X	
118	dia5_lat	5° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	come dia1_lat	2	0	X	
119	dia5_st	5° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	come dia1_st	2	0	X	
120	repdim	Reparto di dimissione	C	4	Indica l’unità operativa presso cui è ricoverato il paziente al momento della dimissione: il	9	0	S	tabella

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					campo deve essere sempre compilato, anche nel caso in cui l'unità operativa coincida con quella di ammissione o con quella relativa all'ultimo trasferimento interno. Valori ammessi: vedi reparto di ammissione. Se regimric=2 → repdim=repingr Se regimric=1 e se repdim≠repingr → repdim deve coincidere con l'unità operativa dell'ultimo trasferimento				STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura_MS corrispondente al valore del campo codosp+repdim
121	datdim	Data di dimissione	D	8	Valori ammessi: ggmmaaaa. se regimric=2 →inserire il giorno dell'ultimo accesso in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente con l'ultimo accesso avvenuto nell'anno e comunque non può essere successiva al 31 dicembre. datdim>datingr	9	0	S	ggmmaaaa→aaaa-mm-gg
122	ora_dim	Ora di dimissione	T	5	Inserire l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora di morte. Nel campo deve essere indicata l'ora di dimissione dall'ospedale. Valori ammessi HH:mm datingr+ora_ingr<datdim+ora_dim	1	0	S	se regimric=1 → ora_dim altrimenti null
123	modim	Modalità dimissione	C	2	La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dimesso dall'istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture. Valori ammessi: valori ammessi: tabella MOD_DIMISSIONE colonna cod_modim .	9	0	S	tabella MOD_DIMISSIONE colonna cod_MS
124	risaut	Riscontro autoptico	C	1	Nel caso in cui il paziente sia deceduto, questa informazione consente di rilevare se è stata eseguita o meno l'autopsia. Valori ammessi: se modim≠01 →0 se modim=01 →1=si, è stata eseguita l'autopsia; 2=no, non è stata eseguita l'autopsia.	1	0	X	0→null
125	modero	Modalità di erogazione	C	1	Valori ammessi: tabella ONERE colonna cod_modero 0=ordinaria 1=attività libero professionale a pagamento "intra moenia" 2=attività libero professionale a pagamento "intra moenia" + differenza alberghiera 4=differenza alberghiera 5=attività libero professionale di dipendenti della struttura privata accreditata 6=attività libero professionale di dipendenti della struttura privata accreditata+ differenza alberghiera I codici 1 e 2 sono ammessi solo per i presidi pubblici; i codici 5 e 6 sono ammessi solo per le case di cura accreditate.	9	0	S	tabella ONERE colonna cod_MS
126	onere	Onere della degenza	C	1	Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade	9	0	S	

Specifiche funzionali versione 2.0

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero. Se durante il ricovero cambia il soggetto su cui ricade l'onere della degenza, nella SDO sarà riportato il codice relativo all'onere della degenza alla dimissione del paziente. Valori ammessi: tabella ONERE colonna cod_onere Validazione: tabella ONERE colonna cod_modero , se la struttura erogatrice è una casa di cura non accreditata unico valore ammesso 4; se tipoindu è riferibile ad un paziente STP unici valori ammessi 8 e A; se tipoindu è riferibile ad un paziente ENI unici valori ammessi 8; se onere =7, 8, A, B o C → lures =999+codice ISTAT stato estero.				
127	autpror	Autorizzazione proroga	C	1	Valori ammessi: 0=nessuna autorizzazione; 1=autorizzazione per il superamento dei tetti massimi di durata di degenza previsti per le dimissioni dalla specialità 56 (riabilitazione) e dalla specialità 60 (lungodegenza). Nel caso in cui autpror =0 e ggpror >0, si procede a valorizzare il ricovero come se non ci fosse proroga.	2	0		
128	ggpror	Giornate di proroga autorizzate	N	2	Indicare le giornate di proroga autorizzate effettivamente consumate dalla struttura ai sensi della deliberazione 208/96 il campo deve essere utilizzato solo in presenza di dimissioni dalla specialità 56 (riabilitazione) o 60 (lungodegenza). Valori ammessi: - 00 se non è prevista autorizzazione alla proroga e se la dimissione non è avvenuta dalla specialità 56 o 60; - numero giorni di proroga: >00 e <61 Nel caso in cui ggpror =00 o vuoto e autpror =1, la valorizzazione del ricovero verrà effettuata come se non ci fosse proroga.	2	0		
129	noteDRG	Note ai DRG	C	2	Per alcuni DRG questo campo serve per identificare il tipo di casistica e quindi la tariffazione da applicare. Valori ammessi: tabella NOTE_DRG colonna note_DRG . Per i DRG che non prevedono una differenziazione tariffaria (non presenti nella tabella NOTE_DRG) compilare con 00.	2	0		
130	drgazie	DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	3	Valori ammessi: codici DRG (grouper versione in uso alla dimissione). Validazione: drgazie = DRGreg , è ammessa la differenza degli zeri non significativi a sinistra.	1	0		
131	impazie	Importo Aziendale	E	9	Importo in euro valorizzato a livello aziendale, formato 000000,00. In caso di rapporto convenzionale o con regolamentazione da contratti tra azienda sanitaria e struttura privata accreditata (convenz =1 o 3), inserire il valore previsto dagli accordi. Validazione: se convenz =1 → impazie <= imp1reg + imp2reg	2	0		

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					se convenz=3 e esito_int_10=0 e esito_int_appr=0 e esito_esterno=0 → impazie<=imp1reg+imp2reg se convenz=3 e (esito_int_10=1 o esito_int_appr=1 o esito_esterno=1) → impazie <= imp_finale; se modero=1, 2, 5 o 6→inserire solo la quota a carico del SSR definita dalla Regione Toscana ed in particolare per le strutture private accreditate devono essere stati stipulati gli accordi con le Aziende USL secondo i criteri stabiliti dalla DGR 283/2001 e successive modifiche ed integrazioni, <=imp1reg+imp2reg altrimenti impazie=imp1reg+imp2reg.				
132	impprof	Importo per prestazioni libero professionali	E	9	Importo in euro. In tale campo deve essere inserita, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate, la quota versata direttamente dall'utente. Per le strutture private accreditate devono essere stati stipulati gli accordi con le Aziende USL secondo i criteri stabiliti dalla DGR 283/2001 e successive modifiche ed integrazioni. Se modero=1, 2, 5 o 6→>00000,00 altrimenti→000000,00.	1	0		
133	impcomf	Importo per comfort alberghiero	E	9	Importo in Euro. La cifra da inserire è quella versata direttamente dall'utente per le prestazioni di comfort alberghiero. se modero=2, 4 o 6→>000000,00 altrimenti→000000,00.	1	0		
134	convenz	Convenzione	C	1	Valori ammessi: 0=ricovero non soggetto a rapporto convenzionale fra soggetti erogatori 1=ricovero oggetto di rapporto convenzionale 3=ricovero il cui importo è stato valutato in relazione ai contratti tra azienda sanitaria e struttura privata accreditata. Si ricorda che in questo ambito, con rapporto convenzionale si fa riferimento a forme pattizie caratterizzate dal pagamento diretto delle prestazioni tra strutture senza quindi l'assoggettamento alle ordinarie forme di compensazione gestite a livello regionale. Il codice 3, ammesso solo per le case di cura private, è una certificazione da parte della Azienda USL competente che l'importo calcolato dall'azienda (impazie) tiene conto dell'applicazione dei contratti in essere con le strutture private accreditate, pertanto impazie, nel caso in cui f_impazie=0, è il valore da utilizzare nelle compensazioni infraregionali. E' inteso pertanto che le dimissioni erogate da case di cura con convenz≠3 non saranno considerate nelle compensazioni infraregionali. Per le strutture tipo Fondazioni o S.P.A. a compartecipazione pubblica, nel caso in cui venga utilizzato il codice 3, questo deve essere utilizzato per tutte le dimissioni effettuate dalla	2	0		

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					struttura.				
135	compens	Compensazione	C	1	Valori ammessi: 0=non soggetto a compensazione (unico valore ammesso per le strutture non accreditate); 1=soggetto a compensazione. Validazione: se 0→ onere =4 o convenz =1 o regresu =999; se 1→ onere ≠4 e convenz ≠1 e regresu ≠999 e codosp ≠struttura non accreditata	2	0		
136	crl_int_10	Controllo campionario interno del 10%	C	1	Indica se la scheda è stata campionata per il controllo del 10%. Valori ammessi: 0=no, 1=si	2	0		
137	esito_int_10	Esito controllo campionario interno del 10%	C	1	indica l'esito del controllo del 10%. Se crl_int_10 =1, valori ammessi: 0=esito positivo; 1=esito negativo, se crl_int_10 =0 unico valore ammesso 0	2	0		
138	imp_pre_10	Importo precedente controllo interno del 10%	E	9	Importo in Euro. In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario nell'ambito dei controlli di congruità delle informazioni tra cartella clinica e SDO (adempimento LEA), dovrà essere riportato l'importo della SDO precedente il controllo interno del 10%. se crl_int_10 =0 unico valore ammesso 000000,00	2	0		
139	imp_post_10	Importo successivo controllo interno del 10%	E	9	Importo in Euro. In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario nell'ambito dei controlli di congruità delle informazioni tra cartella clinica e SDO (adempimento LEA), dovrà essere riportato l'importo della SDO successivo al controllo interno del 10%. se crl_int_10 =0 unico valore ammesso 000000,00	2	0		
140	crl_int_app	Controllo interno di appropriatezza	C	2	Indica se la scheda è stata campionata per il controllo di appropriatezza. Valori ammessi: 0=no, 1=si Campo di lunghezza 2 con valore atteso di lunghezza 1. .Nel controlli i spazi non saranno considerati (trim).	2	0		
141	esito_int_app_r	Esito controllo interno di appropriatezza	C	1	Indica l'esito del controllo di appropriatezza. Se crl_int_app =1, valori ammessi: 0=esito positivo; 1=esito negativo, se crl_int_app =0 unico valore ammesso 0	2	0		
142	imp_pre_app_r	Importo precedente controllo interno di	E	9	Importo in Euro. In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario	2	0		

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
		appropriatezza			nell'ambito dei controlli di congruità delle informazioni tra cartella clinica e SDO (adempimento LEA), dovrà essere riportato l'importo della SDO precedente il controllo interno di appropriatezza. se crl_int_app =0 unico valore ammesso 000000,00				
143	imp_post_app_r	Importo successivo al controllo interno di appropriatezza	E	9	Importo in Euro. In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario nell'ambito dei controlli di congruità delle informazioni tra cartella clinica e SDO (adempimento LEA), dovrà essere riportato l'importo della SDO successivo al interno di appropriatezza. se crl_int_app =0 unico valore ammesso 000000,00	2	0		
144	crl_esterno	Controllo esterno team AV	C	2	Indicare se la scheda è stata campionata per il controllo esterno (DGR 222/2016 e successive modifiche ed integrazioni). Valori ammessi: 0=no, 1=sì Campo di lunghezza 2 con valore atteso di lunghezza 1..Nei controlli i spazi non saranno considerati (trim).	2	0		
145	esito_esterno	Esito controllo esterno team AV	C	1	Indicare l'esito del controllo esterno Se crl_esterno =1, valori ammessi: 0=esito positivo; 1=esito negativo, se crl_esterno =0 unico valore ammesso 0	2	0		
146	imp_pre_esterno	Importo precedente al controllo esterno team AV	E	9	Importo in Euro. In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario, dovrà essere riportato l'importo della SDO precedente il controllo esterno. se crl_esterno =0 unico valore ammesso 000000,00	2	0		
147	imp_post_est	Importo successivo al controllo esterno team AV	E	9	Importo in Euro. In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario, dovrà essere riportato l'importo della SDO successivo al controllo esterno. se crl_esterno =0 unico valore ammesso 000000,00	2	0		
148	imp_finale	Importo finale	E	9	Importo in Euro. In questo campo deve essere riportato l'importo "finale" della SDO ovvero l'importo dopo il controllo o i controlli effettuati sulla SDO. Tale importo deve essere inferiore o uguale a imp1reg+imp2reg . In caso di esito negativo del controllo esterno (esito_esterno =1) si ammette che l'importo finale sia uguale a zero. Per le strutture pubbliche, nel caso in cui flag_scheda =0, tale importo sarà quello considerato per la determinazione delle compensazioni economiche, mentre per le strutture private accreditate farà sempre riferimento impazie .	2	0		

Specifiche funzionali versione 2.0

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE	
					Se esito_int_10 =0 e esito_int_app =0 e esito_esterno =0 per le strutture pubbliche l'importo considerato per la determinazione delle compensazioni economiche è imp1reg+imp2reg , mentre per le strutture private accreditate farà sempre riferimento impazie .					
149	DRG_prec	DRG precedente	C	3	Nel caso in cui il controllo del 10% o il controllo esterno abbiano determinato l'attribuzione di un nuovo DRG in questo campo deve essere riportato il DRG precedente il controllo. Se esito_int_10 =1 o esito_esterno =1, valori ammessi: codici DRG (grouper versione in uso alla dimissione) altrimenti→non compilare	1	0			
150	dolore	Rilevazione del dolore	C	1	Riportare se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla L. 38/ 2010. 0=no, non è stata rilevata 1=sì, è stata rilevata	9	0	S		
151	pressione	Pressione arteriosa sistolica	N	3	Il campo deve essere compilato solo se in un qualsiasi campo di diagnosi (principale o secondarie) è riportato il codice dell'infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx). 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. Valori ammessi: 030< pressione <300 Precisazione: questo campo può essere valorizzato anche per diagnosi diversa da 410.xx. Se compilato deve contenere dati validi.	2	0	S	se diadim ≠410.xx e dia1 ≠410.xx e dia2 ≠410.xx e dia3 ≠410.xx e dia4 ≠410.xx e dia5 ≠410.xx e →null	
152	creatinina	Creatinina serica	N	5	Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) ed in particolare: se codchi =36.1x (by-pass aortocoronarico) o codchi =35.1x,-35.2x (valvole cardiache) o codchi =81.51, 81.52 (sostituzione protesica totale o parziale) e paziente di età≥65 anni o codchi =79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55 (riduzione di frattura) e paziente di età≥65 anni → valore pre-operatorio , riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento; se diadim o dia1 o dia2 o dia3 o dia4 o dia5 =820.xx (frattura del collo del femore) e paziente di età≥65 anni→valore riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale; altrimenti→non compilare. Valori ammessi: 00,00< creatinina <99,99 Precisazione: questo campo può essere valorizzato anche per casistiche diverse da quelle elencate. Se compilato deve contenere dati validi.	2	0	S	se codchi ≠36.1x e codchi ≠35.1x-35.2x e (codchi ≠81.51, 81.52 e codchi ≠79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55 e paziente di età<65) e se diadim e dia1 e dia2 e dia3 e dia4 e dia5 ≠820.xx e se diadim o dia1 o dia2 o dia3 o dia4 o dia5 =820.xx e paziente di età<65→null	
153	gg_sosp	Totale	giorni	N	3	In caso di ricovero programmato (regimric =2 o regimric =1 e tiporico =1 o 5) inserire il	1	0		

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
		sospensione/rinvio			numero totale di giorni di sospensione e/o rinvio che hanno interrotto il percorso di attesa del paziente. Valori ammessi: in caso di ricoveri non programmati (regimric=1 e tiporico≠1 e 5) oppure se non si sono verificate sospensioni/rinvii nel percorso, inserire: 000 . altrimenti: gg_sosp>000 <u>Fonte informazione: da integrazione con il sistema informativo di gestione liste di programmazione.</u>				
I campi di seguito riportati vanno compilati solo per i ricoveri di riabilitazione									
154	d_provza	Dettaglio inerente la provenienza del paziente	C	1	Se provza contiene 04,05,06,07, valori ammessi: 1=acuti 2=riabilitazione 3=lungodegenza Se provza=10 , valori ammessi: 4=residenze socio-assistenziali 5=hospice 6=strutture psichiatriche 7=strutture residenziali di riabilitazione (anche ex art. 26) 8=altro Altrimenti unico valore ammesso 0.	9	2	S	0→blank
155	RANKIN	Scala di Rankin	C	1	Dimensione indagata: funzionalità premorbosa. Valutazione anamnestica della funzionalità pre-evento acuto (evento indice). In caso di ricovero non correlato ad evento acuto (ricovero dal domicilio), andrà valutata la funzionalità prericovery riabilitativo Inserire il valore acquisito all'ingresso nel reparto di riabilitazione (repingr=28* , 56*, 75*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEIDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO=1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
156	BI-e	Indice di Barthel in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	C	3	Dimensione indagata: disabilità. Inserire il valore dell'indice di Barthel a punteggi scomposti, versione italiana 2015, acquisito all'ingresso nel reparto di riabilitazione (repingr=28* , 56*, 75*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEIDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO=1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per	9	2	S	non rilevato→blank

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					F_18ePiu'				
157	BI-u	Indice di Barthel in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	C	3	Dimensione indagata: disabilità. Inserire il valore dell'indice di Barthel a punteggi scomposti, versione italiana 2015, acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione (repdim =28*, 56*, 75*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
158	BID-e	Indice Barthel – Dispnea in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	C	3	Dimensione indagata: disabilità. Inserire il valore dell'indice Barthel – Dispnea acquisito all'ingresso nel reparto 56 (repingr =56*) solo per riabilitazione cardiologica e pneumologica (MDC 4 e 5) compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
159	BID-u	Indice Barthel – Dispnea in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	C	3	Dimensione indagata: disabilità. Inserire il valore dell'indice Barthel – Dispnea acquisito all'uscita dal reparto 56 (repingr =56*) solo per riabilitazione cardiologica e pneumologica (MDC 4 e 5) compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
160	6MWT-e	Test del cammino dei 6 minuti in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	C	3	Dimensione indagata: disabilità. Inserire il valore del test del cammino dei 6 minuti acquisito all'ingresso nel reparto 56 (repingr =56*) solo per riabilitazione cardiologica e pneumologica (MDC 4 e 5) compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
161	6MWT-u	Test del cammino dei 6 minuti in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	C	3	Dimensione indagata: disabilità. Inserire il valore del test del cammino dei 6 minuti acquisito all'uscita dal reparto 56 (repingr =56*) solo per riabilitazione cardiologica e pneumologica (MDC 4 e 5) compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa	9	2	S	non rilevato→blank

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'				
162	GCS-e	Glasgow Coma Scale in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	C	2	Dimensione indagata: menomazione (stato di coscienza). Inserire il valore del Glasgow Coma Scale acquisito all'ingresso in reparto 75 (repingr =75*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
163	GCS-u	Glasgow Coma Scale in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	C	2	Dimensione indagata: menomazione (stato di coscienza). Inserire il valore del Glasgow Coma Scale acquisito all'uscita dal reparto 75 (repdim =75*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
164	GOSE-e	Glasgow Coma Scale Extended in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	C	1	Dimensione indagata: disabilità. Inserire il valore del Glasgow Coma Scale Extended acquisito all'ingresso in reparto 75 (repingr =75*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
165	GOSE-u	Glasgow Coma Scale Extended in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	C	1	Dimensione indagata: disabilità. Inserire il valore del Glasgow Coma Scale Extended acquisito all'uscita dal reparto 75 (repdim =75*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
166	LCF-e	Level of cognitive functioning in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	C	1	Dimensione indagata: menomazione (stato di coscienza). Indicare il valore della scala Level of cognitive functioning acquisito all'ingresso in reparto 75 (repingr =75*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
167	LCF-u	Level of cognitive functioning in <u>uscita</u> dal	C	1	Dimensione indagata: menomazione (stato di coscienza). Indicare il valore della scala Level of cognitive functioning acquisito all'uscita dal reparto 75	9	2	S	non rilevato→blank

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
		reparto di riabilitazione			(repdim =75*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'				
168	ASIA-e	American Spinal Injury Association in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	C	4	Dimensione indagata: menomazione. Inserire il valore della scala American Spinal Injury Association, versione 2019, acquisito all'ingresso in reparto 28 (repingr =28*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Formato CNNC (CNN livello neurologico, C livello completezza/incompletezza) Valori ammessi: se paziente di età <18 anni → 1° posizione: C, T, L, S 2° e 3° posizione: da 01 a 12 4° posizione: A, B, C, D, E o 9999 altrimenti → 1° posizione: C, T, L, S 2° e 3° posizione: da 01 a 12 4° posizione: A, B, C, D, E	9	2	S	non rilevato→blank
169	ASIA-u	American Spinal Injury Association in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	C	4	Dimensione indagata: menomazione. Inserire il valore della scala American Spinal Injury Association, versione 2019, acquisito all'uscita dal reparto 28 (repdim archivio SDO1 =28*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Formato CNNC (CNN livello neurologico, C livello completezza/incompletezza) Valori ammessi: se paziente di età <18 anni → 1° posizione: C, T, L, S 2° e 3° posizione: da 01 a 12 4° posizione: A, B, C, D, E o 9999 altrimenti → 1° posizione: C, T, L, S 2° e 3° posizione: da 01 a 12 4° posizione: A, B, C, D, E	9	2	S	non rilevato→blank
170	SCIM-e	Spinal Cord Independence Measure in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	C	3	Dimensione indagata: disabilità. Inserire il valore della scala Spinal Cord Independence Measure, versione 3 del 2002, acquisito all'ingresso in reparto 28 (repingr archivio SDO1 =28*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa	9	2	S	non rilevato→blank

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'				
171	SCIM-u	Spinal Cord Independence Measure in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	C	3	Dimensione indagata: disabilità. Inserire il valore della scala Spinal Cord Independence Measure, versione 3 del 2002, acquisito all'uscita dal reparto 28 (repdim archivio SDO1 =28*), compilazione facoltativa per pazienti di età inferiore a 18 anni. Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
172	RCS-e	Rehabilitation Complexity Scale in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	C	2	Dimensione indagata: complessità. Inserire il valore della scala Rehabilitation Complexity Scale, versione 13, acquisito all'ingresso in reparto di riabilitazione (repingr archivio SDO1 =28*, 56*, 75*) Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2	S	non rilevato→blank
173	RCS-u	Rehabilitation Complexity Scale in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	C	2	Dimensione indagata: complessità. Inserire il valore della scala Rehabilitation Complexity Scale, versione 13, acquisito all'uscita dal reparto di riabilitazione (repdim archivio SDO1 =28*, 56*, 75*) Valori ammessi: tabella SPR_SCLAEDIS dove colonna acronimo =nome campo (esclusa parte dopo -) e F_SDO =1 colonne MIN , MAX e nrSDO con valori diversificati per F_18ePiu'	9	2		non rilevato→blank
174	d_modim	Dettaglio inerente la modalità di dimissione	C	1	Se modim archivio SDO1 =02, valori ammessi: 1=senza prosecuzione riabilitazione 2=con attivazione di riabilitazione ambulatoriale 3=con attivazione di riabilitazione domiciliare 4=con attivazione di altro regime di ricovero Se modim archivio SDO1 =07, valori ammessi: 5=senza riabilitazione domiciliare 6=con riabilitazione domiciliare Altrimenti, unico valore ammesso 0	9	2	S	0→blank
175	#dia1	Cardinalità di dia1	N	1	Inserire la cardinalità del codice ICD9CM presente in dia1 archivio SDO1 , se compilata, secondo quanto previsto dalle Linee Guida di codifica in riabilitazione. Valori ammessi: se dia1 archivio SDO1 non compilata →0	9	2	S	0→null tabella SDO_CARDINALITA_DIAGNOSI colonna

Specifiche funzionali versione 2.0

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	Modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					altrimenti →tabella SDO_CARDINALITA_DIAGNOSI colonna cod_posizion .				cod_MS
176	#dia2	Cardinalità di dia2	N	1	Inserire la cardinalità del codice ICD9CM presente in dia2 archivio SDO1 , se compilata, secondo quanto previsto dalle Linee Guida di codifica in riabilitazione. Valori ammessi: se dia2 archivio SDO1 non compilata →0 altrimenti →tabella SDO_CARDINALITA_DIAGNOSI colonna cod_posizioe .	9	2	S	0→null bella SDO_CARDINALITA_DIAGNOSI colonna cod_MS
177	#dia3	Cardinalità di dia3			Inserire la cardinalità del codice ICD9CM presente in dia3 archivio SDO1 , se compilata, secondo quanto previsto dalle Linee Guida di codifica in riabilitazione. Valori ammessi: se dia3 archivio SDO1 non compilata →0 altrimenti →tabella SDO_CARDINALITA_DIAGNOSI colonna cod_posizione .	9	2	S	0→null tabella SDO_CARDINALITA_DIAGNOSI colonna cod_MS
178	#dia4	Cardinalità di dia4	N	1	Inserire la cardinalità del codice ICD9CM presente in dia4 archivio SDO1 , se compilata, secondo quanto previsto dalle Linee Guida di codifica in riabilitazione. Valori ammessi: se dia4 archivio SDO1 non compilata →0 altrimenti →tabella SDO_CARDINALITA_DIAGNOSI colonna cod_posizione .	9	2	S	0→null 0→null tabella SDO_CARDINALITA_DIAGNOSI colonna cod_MS
179	#dia5	Cardinalità di dia5	N	1	Inserire la cardinalità del codice ICD9CM presente in dia5 archivio SDO1 , se compilata, secondo quanto previsto dalle Linee Guida di codifica in riabilitazione. altrimenti →tabella SDO_CARDINALITA_DIAGNOSI colonna cod_posizione .	9	2	S	0→null 0→null tabella SDO_CARDINALITA_DIAGNOSI colonna cod_MS

1.9.2 Tracciato TXT della Scheda di Dimissione Ospedaliera inviato dall'Azienda Sanitaria alla Regione Toscana: archivio di dettaglio (SDO2)

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
-------	------	-------------	------	-------	------	--------	-----------	-----------	--------------------

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
1	azist	Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	3	Campo chiave (come azist del tracciato SDO1)	9	0		
2	codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	8	Campo chiave (come codosp del tracciato SDO1)	9	0	S	
3	anprat	Anno pratica	N	4	Campo chiave (come anprat del tracciato SDO1)	9	0	S	
4	nprat	N° pratica	N	6	Campo chiave (come nprat del tracciato SDO1)	9	0	S	
5	progressivo	Progressivo SDO2	C	6	Campo chiave Valore univoco rispetto a codosp&anprat&nprat . Validazione: >000000 Si precisa che al progressivo 000001 deve corrispondere l'intervento o procedura principale e che i record con progressivo <000007 saranno trasmessi al Ministero dalle salute (il tracciato ministeriale prevede infatti 1 intervento chirurgico/procedura principale ed al massimo 5 secondari).	9	0		se progressivo >000001 e f_codchi =1 → tutte le informazioni inerenti codchi devono essere impostati a null. Inoltre nell'invio al ministero deve essere rispettata la sequenzialità, per cui se progressivo =000002 ha f_codchi =1 e progressivo =000003 ha f_codchi =0 nel tracciato ministeriale quest'ultimo deve essere riportato come primo intervento o procedura dopo la principale, e così via
6	codchi	Codice intervento chirurgico o procedura	C	4	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. Qualora nella cartella clinica siano indicate procedure in numero superiore alle 6 previste dal tracciato record della SDO ministeriale, la scelta degli interventi chirurgici/procedure da	2	0	S	

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
					riportare con progressivo da 2 a 5 segue le priorità stabilite nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni rep. atti 64/CSR del 29/06/2010 e successive modifiche o integrazioni. Valori ammessi: -codici ICD9CM in uso alla dimissione (datdim) e congruenti con sexu , come da tabella INTERVENTI colonna cod_intervento .				
7	later	Lateralità	C	1	Ove applicabile specificare se l'intervento si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale. Valori ammessi: 1=destra; 2=sinistra; 3=bilaterale; 9=non applicabile La verifica dei valori ammessi viene effettuata rispetto al contenuto della tabella INTERVENTI colonna cod_lateralita .	2	0	X	9 → null
8	robot	Utilizzo robot	C	1	In questo campo deve essere indicato se l'intervento è stato eseguito con chirurgia robotica. 0=intervento eseguito con metodica tradizionale 1=intervento eseguito con metodica robotica.	2	0		
9	datchi	Data inizio codchi	D	8	Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento. Valori ammessi: ggmmaaaa Validazione: <u>se tiporico≠5 → datingr<datchi<datdim</u> <u>se tiporico=5 → datchi<datdim</u> .	2	0	X	ggmmaaaa → aaaa-mm-gg
10	ora_codchi	Ora inizio codchi	T	5	Inserire l'ora di inizio dell'intervento chirurgico intesa come il momento 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 per tutte la medesima ora di inizio. Valori ammessi: <u>se codchi individua un intervento chirurgico → HH:mm</u> <u>altrimenti → non compilare.</u> Validazione: <u>Se tiporico≠5 → datingr+ora_amm<=datchi+ora_chi<datdim+ora_dim</u> <u>Se tiporico=5 → datchi+ora_chi<datdim+ora_dim</u> .	2	0	X	se f_ora_codchi = 0 → ora_codchi altrimenti → null
11	codchi_est	Codchi in service	C	1	Nel caso di ricoveri ordinari, indicare se l'intervento chirurgico o procedura diagnostica e terapeutica è stato effettuato in modalità "service" presso un Istituto di cura diverso da quello di ricovero (quindi senza chiusura della SDO). Valori ammessi: <u>se regimric=1 →</u> 0= l'intervento chirurgico o procedura diagnostica e terapeutica è stato effettuato all'interno della struttura di ricovero 1= l'intervento chirurgico o procedura diagnostica e terapeutica è stato effettuato in	2	0	X	se regimric =2 → 0 altrimenti → codchi_est

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
					modalità “service” presso un Istituto di cura diverso da quello di ricovero se regimric=2 → non compilare				
12	ID_chirurgo_codchi_I	I ID chirurgo/operatore	C	24	Inserire ID universale del chirurgo/operatore responsabile dell'intervento. E' possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio. La rilevazione è richiesta per gli interventi chirurgici indentificati da specifico codice del campo operatore della tabella INTERVENTI In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.	2	0	X	ID→procedura di criptazione secondo quanto disposto dal ministero
13	ID_chirurgo_codchi_II	II ID chirurgo/operatore	C	24	Inserire ID universale del II chirurgo/operatore se presente all'intervento. E' possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio. La rilevazione è richiesta per gli interventi chirurgici indentificati da specifico codice del campo operatore della tabella INTERVENTI In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.	2	0	X	ID→procedura di criptazione secondo quanto disposto dal ministero
14	ID_chirurgo_codchi_III	III ID chirurgo	C	24	Inserire ID universale del III chirurgo/operatore se presente all'intervento. E' possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio. La rilevazione è richiesta per gli interventi chirurgici indentificati da specifico codice del campo operatore della tabella INTERVENTI In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.	2	0	X	ID→ procedura di criptazione secondo quanto disposto dal ministero
15	ID_anest_codchi	ID anestesista	C	24	Inserire ID universale dell'anestesista dell'intervento se presente all'intervento. La rilevazione è richiesta per gli interventi chirurgici indentificati da specifico codice del campo operatore della tabella INTERVENTI In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.	2	0	X	ID→ procedura di criptazione secondo quanto disposto dal ministero
16	checklist_codchi	Check list sala operatoria	C	1	Riportare se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Provincie autonome nel documento recante “Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento” del 20 dicembre 2012 e successive modifiche ed integrazioni. Valori ammessi: se codchi è un intervento chirurgico maggiore (col. ICM=1 della tabella INTERVENTI)→ 0=no, non è presente in cartella clinica la check list 1=sì, è presente in cartella clinica la check list 9=non applicabile	2	0	X	se codchi intervento maggiore (ICM=1)→ checklist_codchi altrimenti→null

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
					altrimenti →non compilare.				
17	fraz_eiez	Frazione eiezione	N	2	se <u>codchi=36.1x</u> (by-pass aortocoronarico) o <u>codchi=35.1x-35.2x</u> (valvole cardiache)→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; altrimenti →non compilare. valori ammessi: compresi fra 01 e 99 Precisazione: questo campo può essere valorizzato anche per interventi diversi da quelle elencate (sempre che clinicamente abbia un senso). Se riempito deve contenere dati validi.	2	0	X	se <u>codchi=36.1x</u> e <u>codchi=35.1x-35.2x</u> →null

1.9.3 Tracciato TXT della Scheda di Dimissione Ospedaliera messo a disposizione da Regione alle Aziende sanitarie: archivio principale (SDO1)

Il tracciato dell’archivio che deve essere inviato dalla Regione Toscana alle Aziende sanitarie presenta le medesime informazioni del tracciato che deve essere inviato dalle Aziende alla Regione Toscana fino alla colonna denominata **Lungh**. Nel campo **Note** si forniscono, per le quote informative attribuite dalla regione, le modalità di compilazione.

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
1	opera	Tipo operazione	C	1	vedi §1.9.1
2	azist	Azienda sanitaria di riferimento dell’ospedale	C	3	vedi §1.9.1
3	codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	8	vedi §1.9.1
4	anprat	Anno pratica	N	4	vedi §1.9.1
5	nprat	N° pratica	N	6	vedi §1.9.1
6	tipoindu	Tipologia del codice individuale dell’utente	C	1	vedi §1.9.1
7	IDutente	Identificativo Univoco dell’utente	C	24	vedi §1.9.1
8	sexu	Sesso dell’utente	C	1	vedi §1.9.1
9	datanasc	Data di nascita dell’utente	D	8	vedi §1.9.1
10	lunasc	Luogo di nascita	C	6	vedi §1.9.1
11	statociv	Stato civile	C	1	vedi §1.9.1
12	lures	Residenza utente	C	6	vedi §1.9.1
13	uslresu	Azienda sanitaria di residenza utente	C	3	vedi §1.9.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
14	regresu	Regione di residenza dell'utente	C	3	vedi §1.9.1
15	cittu	Cittadinanza dell'utente	C	3	vedi §1.9.1
16	titstu	Titolo di studio	C	1	vedi §1.9.1
17	ludom	Luogo di domicilio	C	6	vedi §1.9.1
18	datingr	Data di ricovero	D	8	vedi §1.9.1
19	ora_ingr	Ora di ricovero	T	5	vedi §1.9.1
20	provza	Provenienza del paziente	C	2	vedi §1.9.1
21	regimric	Regime ricovero	C	1	vedi §1.9.1
22	codospingr	Codice ospedale/sede ospedale di ingresso	C	8	vedi §1.9.1
23	repingr	Reparto di ammissione	C	4	vedi §1.9.1
24	tiporico	Tipo di ricovero	C	1	vedi §1.9.1
25	percorso	Tipo percorso	C	1	vedi §1.9.1
26	datariv	Data di ultima rivalutazione	D	8	vedi §1.9.1
27	datapre	Data di prenotazione	D	8	vedi §1.9.1
27	priorità	Classe di priorità del ricovero	C	1	vedi §1.9.1
28	finaldh	Finalità del Day-Hospital	C	1	vedi §1.9.1
29	ndh	Numero presenze in Day-Hospital	N	3	vedi §1.9.1
30	Neonat	Neonato	C	1	vedi §1.9.1
31	skmadre	Numero scheda della madre	N	10	vedi §1.9.1
32	pesonasc	Peso alla nascita	N	4	vedi §1.9.1
33	codosp1	Codice ospedale/sede ospedale di 1° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
34	rep1	Reparto trasferimento 1	C	4	vedi §1.9.1
35	tras1	Data trasferimento 1	D	8	vedi §1.9.1
36	ora_tras1	Ora trasferimento 1	T	5	vedi §1.9.1
37	codosp2	Codice ospedale/sede ospedale di 2° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
38	rep2	Reparto trasferimento 2	C	4	vedi §1.9.1
39	tras2	Data trasferimento 2	D	8	vedi §1.9.1
40	ora_tras2	Ora trasferimento 2	T	5	vedi §1.9.1
41	codosp3	Codice ospedale/sede ospedale di 3° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
42	rep3	Reparto trasferimento 3	C	4	vedi §1.9.1
43	tras3	Data trasferimento 3	D	8	vedi §1.9.1
44	ora_tras3	Ora trasferimento 3	T	5	vedi §1.9.1
45	codosp4	Codice ospedale/sede ospedale di 4° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
46	rep4	Reparto trasferimento 4	C	4	vedi §1.9.1
47	tras4	Data trasferimento 4	D	8	vedi §1.9.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
48	ora_tras4	Ora trasferimento 4	T	5	vedi §1.9.1
49	codosp5	Codice ospedale/sede ospedale di 5° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
50	rep5	Reparto trasferimento 5	C	4	vedi §1.9.1
51	tras5	Data trasferimento 5	D	8	vedi §1.9.1
52	ora_tras5	Ora trasferimento 5	T	5	vedi §1.9.1
53	codosp6	Codice ospedale/sede ospedale di 6° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
54	rep6	Reparto trasferimento 6	C	4	vedi §1.9.1
55	tras6	Data trasferimento 6	D	8	vedi §1.9.1
56	ora_tras6	Ora trasferimento 6	T	5	vedi §1.9.1
57	codosp7	Codice ospedale/sede ospedale di 7° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
58	rep7	Reparto trasferimento 7	C	4	vedi §1.9.1
59	tras7	Data trasferimento 7	D	8	vedi §1.9.1
60	ora_tras7	Ora trasferimento 7	T	5	vedi §1.9.1
61	codosp8	Codice ospedale/sede ospedale di 8° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
62	rep8	Reparto trasferimento 8	C	4	vedi §1.9.1
63	tras8	Data trasferimento 8	D	8	vedi §1.9.1
64	ora_tras8	Ora trasferimento 8	T	5	vedi §1.9.1
65	codosp9	Codice ospedale/sede ospedale di 9° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
66	rep9	Reparto trasferimento 9	C	4	vedi §1.9.1
67	tras9	Data trasferimento 9	D	8	vedi §1.9.1
68	ora_tras9	Ora trasferimento 9	T	5	vedi §1.9.1
69	codosp10	Codice ospedale/sede ospedale di 10° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
70	rep10	Reparto trasferimento 10	C	4	vedi §1.9.1
71	tras10	Data trasferimento 10	D	8	vedi §1.9.1
72	ora_tras10	Ora trasferimento 10	T	5	vedi §1.9.1
73	codosp11	Codice ospedale/sede ospedale di 11° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
74	rep11	Reparto trasferimento 11	C	4	vedi §1.9.1
75	tras11	Data trasferimento 11	D	8	vedi §1.9.1
76	ora_tras11	Ora trasferimento 11	T	5	vedi §1.9.1
77	codosp12	Codice ospedale/sede ospedale di 12° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
78	rep12	Reparto trasferimento 12	C	4	vedi §1.9.1
79	tras12	Data trasferimento 12	D	8	vedi §1.9.1
80	ora_tras12	Ora trasferimento 12	T	5	vedi §1.9.1
81	codosp13	Codice ospedale/sede ospedale di 13° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
82	rep13	Reparto trasferimento 13	C	4	vedi §1.9.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
83	tras13	Data trasferimento 13	D	8	vedi §1.9.1
84	ora_tras13	Ora trasferimento 13	T	5	vedi §1.9.1
85	codosp14	Codice ospedale/sede ospedale di 14° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
86	rep14	Reparto trasferimento 14	C	4	vedi §1.9.1
87	tras14	Data trasferimento 14	D	8	vedi §1.9.1
88	ora_tras14	Ora trasferimento 14	T	5	vedi §1.9.1
89	codosp15	Codice ospedale/sede ospedale di 15° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
90	rep15	Reparto trasferimento 15	C	4	vedi §1.9.1
91	tras15	Data trasferimento 15	D	8	vedi §1.9.1
92	ora_tras15	Ora trasferimento 15	T	5	vedi §1.9.1
93	traumat	Traumatismi o intossicazioni	C	1	vedi §1.9.1
94	causest	Causa esterna	C	5	vedi §1.9.1
95	diadim	Diagnosi principale di dimissione	C	5	vedi §1.9.1
96	diadim_pres	Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1
97	diadim_lat	Diagnosi principale di dimissione, lateralità	C	1	vedi §1.9.1
98	diadim_st	Diagnosi principale di dimissione, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1
99	dia1	1° Diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.9.1
100	dia1_pres	1° diagnosi secondaria, presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1
101	dia1_lat	1° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	vedi §1.9.1
102	dia1_st	1° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1
103	dia2	2° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.9.1
104	dia2_pres	2° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1
105	dia2_lat	2° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	vedi §1.9.1
106	dia2_st	2° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1
107	dia3	3° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.9.1
108	dia3_pres	3° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1
109	dia3_lat	3° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	vedi §1.9.1
110	dia3_st	3° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1
111	dia4	4° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.9.1
112	dia4_pres	4° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1
113	dia4_lat	4° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	vedi §1.9.1
114	dia4_st	4° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1
115	dia5	5° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.9.1
116	dia5_pres	5° diagnosi secondaria, presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
117	dia5_lat	5° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	vedi §1.9.1
118	dia5_st	5° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1
119	repdim	Reparto di dimissione	C	4	vedi §1.9.1
120	datdim	Data di dimissione	D	8	vedi §1.9.1
121	ora_dim	Ora di dimissione	T	5	vedi §1.9.1
122	modim	Modalità dimissione	C	2	vedi §1.9.1
123	risaut	Riscontro autoptico	C	1	vedi §1.9.1
124	modero	Modalità di erogazione	C	1	vedi §1.9.1
125	onere	Onere della degenza	C	1	vedi §1.9.1
126	autpror	Autorizzazione proroga	C	1	vedi §1.9.1
127	ggpror	Giornate di proroga autorizzate	N	2	vedi §1.9.1
128	noteDRG	Note ai DRG	C	2	vedi §1.9.1
129	drgazie	DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	3	vedi §1.9.1
130	impazie	Importo Aziendale	E	9	vedi §1.9.1
131	impprof	Importo per prestazioni libero professionali	E	9	vedi §1.9.1
132	impcomf	Importo per comfort alberghiero	E	9	vedi §1.9.1
133	convenz	Convenzione	C	1	vedi §1.9.1
134	compens	Compensazione	C	1	vedi §1.9.1
135	crl_int_10	Controllo campionario interno del 10%	C	1	vedi §1.9.1
136	esito_int_10	Esito controllo campionario interno del 10%	C	1	vedi §1.9.1
137	imp_pre_10	Importo precedente al controllo interno del 10%	E	9	vedi §1.9.1
138	imp_post_10	Importo successivo al controllo interno del 10%	E	9	vedi §1.9.1
139	crl_int_app	Controllo interno di appropriatezza	C	2	vedi §1.9.1
140	esito_int_appr	Esito controllo interno di appropriatezza	C	1	vedi §1.9.1
141	imp_pre_appr	Importo precedente al controllo interno di appropriatezza	E	9	vedi §1.9.1
142	imp_post_appr	Importo successivo al controllo interno di appropriatezza	E	9	vedi §1.9.1
143	crl_esterno	Controllo esterno team AV	C	2	vedi §1.9.1
144	esito_esterno	Esito controllo esterno team AV	C	1	vedi §1.9.1
145	imp_pre_esterno	Importo precedente al controllo esterno team AV	E	9	vedi §1.9.1
146	imp_post_est	Importo successivo al controllo esterno team AV	E	9	vedi §1.9.1
147	imp_finale	Importo finale	E	9	vedi §1.9.1
148	DRG_prec	DRG precedente	C	3	vedi §1.9.1
149	dolore	Rilevazione del dolore	C	1	vedi §1.9.1
150	pressione	Pressione arteriosa sistolica	N	3	vedi §1.9.1
151	creatinina	Creatinina serica	N	5	vedi §1.9.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
152	gg_sosp	Totale giorni sospensione/rinvio	N	3	vedi §1.9.1
153	d_provza	Dettaglio inerente la provenienza del paziente	C	1	vedi §1.9.1
154	RANKIN	Scala di Rankin	N	1	vedi §1.9.1
155	BI-e	Indice di Barthel in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	N	3	vedi §1.9.1
156	BI-u	Indice di Barthel in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	N	3	vedi §1.9.1
157	BID-e	Scala Barthel – Dispnea in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	N	3	vedi §1.9.1
158	BID-u	Scala Barthel – Dispnea in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	N	3	vedi §1.9.1
159	6MWT-e	Test del cammino dei 6 minuti in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	C	3	vedi §1.9.1
160	6MWT-u	Test del cammino dei 6 minuti in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	C	3	vedi §1.9.1
161	GCS-e	Glasgow Coma Scale in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	N	2	vedi §1.9.1
162	GCS-u	Glasgow Coma Scale in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	N	2	vedi §1.9.1
163	GOSE-e	Glasgow Coma Scale Extended in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	N	1	vedi §1.9.1
164	GOSE-u	Glasgow Coma Scale Extended in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	N	1	vedi §1.9.1
165	LCF-e	Scala Level of cognitive functioning in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	N	1	vedi §1.9.1
166	LCF-u	Scala Level of cognitive functioning in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	N	1	vedi §1.9.1
167	ASIA-e	American Spinal Injury Association in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	C	4	vedi §1.9.1
168	ASIA-u	American Spinal Injury Association in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	C	4	vedi §1.9.1
169	SCIM-e	Spinal Cord Independence Measure in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	N	3	vedi §1.9.1
170	SCIM-u	Spinal Cord Independence Measure in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	N	3	vedi §1.9.1
171	RCS-e	Rehabilitation Complexity Scale in <u>entrata</u> nel reparto di riabilitazione	N	2	vedi §1.9.1
172	RCS-u	Rehabilitation Complexity Scale in <u>uscita</u> dal reparto di riabilitazione	N	2	vedi §1.9.1
173	d_modim	Dettaglio inerente la modalità di dimissione	C	1	vedi §1.9.1
174	#dia1	Cardinalità di dia1	N	1	vedi §1.9.1
175	#dia2	Cardinalità di dia2	N	1	vedi §1.9.1
176	#dia3	Cardinalità di dia3			vedi §1.9.1
177	#dia4	Cardinalità di dia4	N	1	vedi §1.9.1
178	#dia5	Cardinalità di dia5	N	1	vedi §1.9.1
179	flag_sk	Flag stato scheda	C	1	Valori: 0= scheda esatta 1=segnala l'esistenza di errori lievi su uno o più campi 2=segnala l'esistenza di errori gravi su uno o più campi 9=segnala l'esistenza di errori bloccanti, in questo caso la scheda viene scartata.
180	f_tipoindu	Flag errore campo Tipologia del codice individuale dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
155	f_IDutente	Flag errore campo Identificativo Univoco dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
156	f_sexu	Flag errore campo Sesso dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
157	f_datanasc	Flag errore campo Data di nascita dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
158	f_lunasc	Flag errore campo Luogo di nascita	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
159	f_statociv	Flag errore campo Stato civile	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
160	f_lures	Flag errore campo Residenza utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
161	f_uslresu	Flag errore campo Azienda sanitaria di residenza utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
162	f_regresu	Flag errore campo Regione di residenza dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
163	f_cittu	Flag errore campo Cittadinanza dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
164	f_titstu	Flag errore campo Titolo di studio	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
165	f_ludom	Flag errore campo Luogo di domicilio	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
166	f_datingr	Flag errore campo Data di ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
167	f_ora_ingr	Flag errore campo Ora di ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
168	f_provza	Flag errore campo Provenienza del paziente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
170	f_regimric	Flag errore campo Regime ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
171	f_codospingr	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di ingresso	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
172	f_repingr	Flag errore campo Reparto di ammissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
173	f_tiporico	Flag errore campo Tipo di ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
174	f_percorso	Flag errore campo Tipo percorso	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
175	f_datariv	Flag errore campo Data di ultima rivalutazione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
176	f_datapre	Flag errore campo Data di prenotazione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
177	f_priorità	Flag errore campo Classe di priorità del ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
178	f_finaldh	Flag errore campo Finalità del Day-Hospital	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
179	f_ndh	Flag errore campo Numero presenze in Day-Hospital	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
180	f_Neonat	Flag errore campo Neonato	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
181	f_skmadre	Flag errore campo Numero scheda della madre	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
182	f_pesonasc	Flag errore campo Peso alla nascita	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
183	f_codosp1	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 1° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
184	f_rep1	Flag errore campo Reparto trasferimento 1	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
185	f_tras1	Flag errore campo Data trasferimento 1	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
186	f_ora_tras1	Flag errore campo Ora trasferimento 1	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
187	f_codosp2	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 2° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
188	f_rep2	Flag errore campo Reparto trasferimento 2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
189	f_tras2	Flag errore campo Data trasferimento 2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
190	f_ora_tras2	Flag errore campo Ora trasferimento 2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
191	f_codosp3	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 3° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
192	f_rep3	Flag errore campo Reparto trasferimento 3	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
193	f_tras3	Flag errore campo Data trasferimento 3	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
194	f_ora_tras3	Flag errore campo Ora trasferimento 3	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
195	f_codosp4	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 4° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
196	f_rep4	Flag errore campo Reparto trasferimento 4	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
197	f_tras4	Flag errore campo Data trasferimento 4	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
198	f_ora_tras4	Flag errore campo Ora trasferimento 4	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
199	f_codosp5	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 5° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
200	f_rep5	Flag errore campo Reparto trasferimento 5	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
201	f_tras5	Flag errore campo Data trasferimento 5	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
202	f_ora_tras5	Flag errore campo Ora trasferimento 5	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
203	f_codosp6	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 6° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
204	f_rep6	Flag errore campo Reparto trasferimento 6	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
205	f_tras6	Flag errore campo Data trasferimento 6	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
206	f_ora_tras6	Flag errore campo Ora trasferimento 6	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
207	f_codosp7	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 7° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
208	f_rep7	Flag errore campo Reparto trasferimento 7	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
209	f_tras7	Flag errore campo Data trasferimento 7	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
210	f_ora_tras7	Flag errore campo Ora trasferimento 7	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
211	f_codosp8	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 8° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
212	f_rep8	Flag errore campo Reparto trasferimento 8	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
213	f_tras8	Flag errore campo Data trasferimento 8	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
214	f_ora_tras8	Flag errore campo Ora trasferimento 8	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
215	f_codosp9	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 9° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
216	f_rep9	Flag errore campo Reparto trasferimento 9	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
217	f_tras9	Data trasferimento 9	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
218	f_ora_tras9	Flag errore campo Ora trasferimento 9	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
219	f_codosp10	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 10° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
220	f_rep10	Flag errore campo Reparto trasferimento 10	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
221	f_tras10	Flag errore campo Data trasferimento 10	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
222	f_ora_tras10	Flag errore campo Ora trasferimento 10	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
223	f_codosp11	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 11° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
224	f_rep11	Flag errore campo Reparto trasferimento 11	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
225	f_tras11	Flag errore campo Data trasferimento 11	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
226	f_ora_tras11	Flag errore campo Ora trasferimento 11	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
227	f_codosp12	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 12° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
228	f_rep12	Flag errore campo Reparto trasferimento 12	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
229	f_tras12	Flag errore campo Data trasferimento 12	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
230	f_ora_tras12	Flag errore campo Ora trasferimento 12	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
231	f_codosp13	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 13° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
232	f_rep13	Flag errore campo Reparto trasferimento 13	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
233	f_tras13	Flag errore campo Data trasferimento 13	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
234	f_ora_tras13	Flag errore campo Ora trasferimento 13	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
235	f_codosp14	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 14° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
236	f_rep14	Flag errore campo Reparto trasferimento 14	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
237	f_tras14	Flag errore campo Data trasferimento 14	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
238	f_ora_tras14	Flag errore campo Ora trasferimento 14	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
239	f_codosp15	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 15° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
240	f_rep15	Flag errore campo Reparto trasferimento 15	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
241	f_tras15	Flag errore campo Data trasferimento 15	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
242	f_ora_tras15	Flag errore campo Ora trasferimento 15	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
243	f_traumat	Flag errore campo Traumatismi o intossicazioni	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
244	f_causest	Flag errore campo Causa esterna	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
245	f_diadim	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
246	f_diadim_pres	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
247	f_diadim_lat	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione, laterialità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
248	f_diadim_st	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
249	f_dia1	Flag errore campo 1° Diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
250	f_dia1_pres	Flag errore campo 1° diagnosi secondaria, presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
251	f_dia1_lat	Flag errore campo 1° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
252	f_dia1_st	Flag errore campo 1° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
253	f_dia2	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
254	f_dia2_pres	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
255	f_dia2_lat	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
256	f_dia2_st	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
257	f_dia3	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
258	f_dia3_pres	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
259	f_dia3_lat	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
260	f_dia3_st	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
261	f_dia4	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
262	f_dia4_pres	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
263	f_dia4_lat	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
264	f_dia4_st	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
265	f_dia5	Flag errore campo 5° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
266	f_dia5_pres	Flag errore campo 5° diagnosi secondari,a presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
267	f_dia5_lat	Flag errore campo 5° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
268	f_dia5_st	Flag errore campo 5° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
269	f_repdim	Flag errore campo Reparto di dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
270	f_datdim	Flag errore campo Data di dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
271	f_ora_dim	Flag errore campo Ora di dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
272	f_modim	Flag errore campo Modalità dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
273	f_risaut	Flag errore campo Riscontro autoptico	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
274	f_modero	Flag errore campo Modalità di erogazione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
275	f_onere	Flag errore campo Onere della degenza	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
276	f_autpror	Flag errore campo Autorizzazione proroga	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
277	f_ggpror	Flag errore campo Giornate di proroga autorizzate	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
278	f_noteDRG	Flag errore campo Note ai DRG	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
279	f_drgazie	Flag errore campo DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
280	f_impazie	Flag errore campo vImporto Aziendale	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
281	f_impprof	Flag errore campo Importo per prestazioni libero professionali	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
282	f_impcomf	Flag errore campo Importo per comfort alberghiero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
283	f_convenz	Flag errore campo Convenzione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
284	f_compens	Flag errore campo Compensazione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
285	f_crl_int_10	Flag errore campo Controllo campionario interno del 10%	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
286	f_esito_int_10	Flag errore campo Esito controllo campionario interno del 10%	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
287	f_imp_pre_10	Flag errore campo Importo precedente al controllo interno del 10%	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
288	f_imp_post_10	Flag errore campo Importo successivo al controllo interno del 10%	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
289	f_crl_int_app	Flag errore campo Controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
290	f_esito_int_appr	Flag errore campo Esito controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
291	f_imp_pre_appr	Flag errore campo Importo precedente al controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
292	f_imp_post_appr	Flag errore campo Importo successivo al controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
293	f_crl_esterno	Flag errore campo Controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
294	f_esito_esterno	Flag errore campo Esito controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
295	f_imp_pre_esterno	Flag errore campo Importo precedente al controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
296	f_imp_post_est	Flag errore campo Importo successivo al controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
297	f_imp_finale	Flag errore campo Importo finale	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
298	f_DRG_prec	Flag errore campo DRG precedente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
299	f_dolore	Flag errore campo Rilevazione del dolore	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
300	f_pressione	Flag errore campo Pressione arteriosa sistolica	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
301	f_creatinina	Flag errore campo Creatinina serica	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
302	f_gg_sosp	Flag errore campo Totale giorni sospensione/rinvio	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
303	f_d_provza	Flag errore campo Dettaglio inerente la provenienza del paziente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
304	f_RANKIN	Flag errore campo Scala di Rankin	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
305	f_BI-e	Flag errore campo Indice di Barthel in <u>entrata</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
306	f_BI-u	Flag errore campo Indice di Barthel in <u>uscita</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
307	f_BID-e	Flag errore campo Scala Barthel – Dispnea in <u>entrata</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
308	f_BID-u	Flag errore campo Scala Barthel – Dispnea in <u>uscita</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
309	f_6MWT-e	Flag errore campo Test del cammino dei 6 minuti in <u>entrata</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
310	f_6MWT-u	Flag errore campo Test del cammino dei 6 minuti in <u>uscita</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
311	f_GCS-e	Flag errore campo Glasgow Coma Scale in <u>entrata</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
312	f_GCS-u	Flag errore campo Glasgow Coma Scale in <u>uscita</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
313	f_GOSE-e	Flag errore campo Glasgow Coma Scale Extended in <u>entrata</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
314	f_GOSE-u	Flag errore campo Glasgow Coma Scale Extended in <u>uscita</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
315	f_LCF-e	Flag errore campo Scala Level of cognitive functioning in <u>entrata</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
316	f_LCF-u	Flag errore campo Scala Level of cognitive functioning in <u>uscita</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
317	f_ASIA-e	Flag errore campo American Spinal Injury Association in <u>entrata</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
318	f_ASIA-u	Flag errore campo American Spinal Injury Association in <u>uscita</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
319	f_SCIM-e	Flag errore campo Spinal Cord Independence Measure in <u>entrata</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
320	f_SCIM-u	Flag errore campo Spinal Cord Independence Measure in <u>uscita</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
321	f_RCS-e	Flag errore campo Rehabilitation Complexity Scale in <u>entrata</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
322	f_RCS-u	Flag errore campo Rehabilitation Complexity Scale in <u>uscita</u>	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
323	f_d_modim	Flag errore campo Dettaglio inerente la modalità di dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
324	f_#dia1	Flag errore campo Cardinalità di dia1	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
325	f_#dia2	Flag errore campo Cardinalità di dia2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
326	f_#dia3	Flag errore campo Cardinalità di dia3	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
327	f_#dia4	Flag errore campo Cardinalità di dia4	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
328	f_#dia5	Flag errore campo Cardinalità di dia5	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
329	drgreg	DRG attribuito dalla Regione	C	3	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 24 (valori come da archivio regionale DRG: per esempio DRG Interventi sul Cristallino con o senza Vitrectomia il valore sarà 039).

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
330	mdcreg	MDC attribuito dalla Regione	C	2	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 24 (valori come da archivio regionale DRG: per esempio MDC malattie e disturbi dell'occhio il valore sarà 02).
331	imp1reg	Importo	E	9	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione al campo drgreg .
332	imp2reg	Importo oltre soglia	E	9	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione ai campi drgreg e ggdeg : applicazione della tariffa giornate di degenza oltre soglia.
333	DRG_19	DRG 19 attribuito dalla Regione	C	3	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 19: il valore è riportato esclusivamente al fine di effettuare analisi di tipo comparativo.
334	classe	Classe Istituto	C	1	Attribuito dalla Regione.
335	regint	Regione di residenza dell'utente riattribuita dalla Regione	C	3	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) Se residente in Italia codici delle regioni italiane Se residente all'estero 999 Se non attribuibile 000
336	uslint	Azienda sanitaria di residenza utente riattribuita dalla Regione	C	3	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) Se residente in Italia codice dell'Azienda USL di residenza. Se residente all'estero codice dello Stato estero Se non attribuibile 000
337	Eta	Età alla dimissione del paziente calcolata dalla Regione	N	3	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1)
338	ggdeg	Giornate di degenza calcolate dalla Regione	N	4	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1)
339	tiporic	tipologia di ricovero riattribuita dalla Regione	C	1	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) 1=ordinario con durata >= 2 giorni 2=ordinario con durata < 2 giorni senza trasferimento 3=ordinario con durata < 2 giorni con trasferimento 5=day hospital medico 6=day hospital chirurgico 7=riabilitazione ordinaria 8=riabilitazione day hospital 9=lungodegenza 0=non attribuibile
340	certMEF	Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze	C	1	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) 0=IDutente da sottoporre al MEF 1=IDutente certificato MEF 2=IDutente non certificato MEF 9=IDutente non presente in anagrafe regionale o non corrispondente a CF
341	scenario_ID	Tipologia di scenario di censimento dell>ID universale in anagrafe regionale	C	1	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1)

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
					Scenario utilizzato per censire il paziente in anagrafe regionale. Ovvero il servizio utilizzato per ottenere l'ID universale del paziente (IDutente): 1=scenario di censimento per utente che si presenta con CF 2=scenario di censimento per utente di altro Stato UE con TEAM 3=scenario di censimento per utente di altro Stato UE con tessera ENI 4=scenario di censimento per utente di Stato extra UE con tessera STP 5=scenario di censimento per utente di Stato extra UE no STP 9=IDutente non presente in anagrafe regionale

1.9.4 Tracciato TXT della Scheda di Dimissione Ospedaliera messo a disposizione da Regione alle Aziende sanitarie: archivio di dettaglio (SDO2)

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
1	azist	Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	3	vedi §1.9.2
2	codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	8	vedi §1.9.2
3	anprat	Anno pratica	N	4	vedi §1.9.2
4	nprat	N° pratica	N	6	vedi §1.9.2
5	progressivo	Progressivo SDO2	C	6	vedi §1.9.2
6	codchi	Codice intervento chirurgico o procedura	C	4	vedi §1.9.2
7	later	Lateralità	C	1	vedi §1.9.2
8	robot	Utilizzo robot	C	1	vedi §1.9.2
9	datchi	Data inizio codchi	D	8	vedi §1.9.2
10	ora_codchi	Ora inizio codchi	T	5	vedi §1.9.2
11	codchi_est	Codchi in service	C	1	vedi §1.9.2
12	ID_chirurgo_codchi_I	I ID chirurgo	C	24	vedi §1.9.2
13	ID_chirurgo_codchi_II	II ID chirurgo	C	24	vedi §1.9.2
14	ID_chirurgo_codchi_III	III ID chirurgo	C	24	vedi §1.9.2
15	ID_anest_codchi	ID anestesista	C	24	vedi §1.9.2
16	checklist_codchi	Check list sala operatoria	C	1	vedi §1.9.2
17	fraz_eiez	Frazione elezione	N	2	vedi §1.9.2
18	f_azist	Flag errore campo Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
19	f_codosp	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
20	f_anprat	Flag errore campo Anno pratica	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
21	f_nprat	Flag errore campo N° pratica	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
22	f_progressivo	Flag errore campo Progressivo SDO2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
23	f_codchi	Flag errore campo Codice intervento chirurgico o procedura	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
24	f_later	Flag errore campo Lateralità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
25	f_robot	Flag errore campo Utilizzo robot	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
26	f_datchi	Flag errore campo Data inizio codchi	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
27	f_ora_codchi	Flag errore campo Ora inizio codchi	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
28	f_codchi_est	Flag errore campo Codchi in service	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
29	f_ID_chirurgo_codchi_I	Flag errore campo I ID chirurgo	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
30	f_ID_chirurgo_codchi_II	Flag errore campo II ID chirurgo	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
31	f_ID_chirurgo_codchi_III	Flag errore campo III ID chirurgo	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
32	f_ID_anest_codchi	Flag errore campo ID anestesista	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
33	f_checklist_codchi	Flag errore campo Check list sala operatoria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
34	f_fraz_eiez	Flag errore campo Frazione eiezione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato