

## **1. Scheda nosologica**

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; dai D.M. sanità del 26.7.1993, n. 380 del 27.10.2010 aggiornato dal D.M. n. 135 del 8 luglio 2010, 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"; dall'art. 4 del D.M. Sanità 30.6.1997 per quanto riguarda l'introduzione dell'obbligo di compilazione delle schede nosologiche per i neonati sani; dal D.M. sanità n. 380 del 27.10.2000 "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituto di Ricovero pubblici e privati" che adegua il contenuto informativo della scheda di dimissione ospedaliera nonché i principi e le regole di compilazione e di codifica delle informazioni. La presente versione del Manuale dei Flussi DOC stabilisce le regole e le codifiche da utilizzare nel flusso SKNO, in conformità anche a quanto indicato dal D.M. 8 luglio 2010, nei rapporti tra Aziende sanitarie e Regione Toscana.

### **1.1 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 trasmette i dati alla Regione in modo continuativo secondo il tracciato indicato nel §1.8.1.

I risultati delle procedure di controllo sono riscontabili nei dati in restituzione della Regione alle Aziende sanitarie invianti (tracciato record §1.8.2). Le Aziende sanitarie sono tenute a comunicare ai presidi non direttamente gestiti ma dei quali costituiscono riferimento, l'esito dei controlli di congruità effettuati a livello regionale, secondo modalità e tempi da consentire a tali presidi lo svolgimento degli adempimenti di propria competenza sui dati generati.

### **1.2 Modalità di trasmissione dei dati**

I dati devono essere trasmessi mediante il sistema di Comunicazione e Cooperazione (C&C) e quindi tramite i nodi applicativi locali (NAL).

### **1.3 Tempi di trasmissione dei dati**

Nel sistema C&C è possibile un invio continuativo dei dati, in ogni caso i dati devono essere inviati 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 vengono definiti con i dati trasmessi entro il 5 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.

## 1.4 Contenuti della trasmissione elettronica dei dati

### 1.4.1 Da Aziende sanitarie a Regione

Caratteristiche elettroniche: flat file formato ASCII.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nel tracciato riportato nel §1.8.1.

**Nessun altro contenuto ammesso.**

### 1.4.2 Da Regione ad Aziende sanitarie

Caratteristiche elettroniche: flat file formato ASCII.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nel tracciato riportato nel §1.8.2.

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

Le Aziende USL riceveranno in modo continuativo anche le prestazioni rese ai propri residenti, ovunque fruite nell'ambito del territorio regionale (cosiddetta mobilità passiva infraregionale). I record relativi alla mobilità passiva sono restituiti alla Azienda USL di residenza dell'utente, anche nel caso in cui siano presenti errori gravi (codici "2" §1.6) e siano quindi privi della valorizzazione economica.

Al fine di consentire alle Aziende USL la valutazione massima del volume di prestazioni fruite dai propri residenti presso altre strutture di ricovero, la restituzione del passivo alle Aziende USL è effettuata in base ai campi **regint** (campo n.173 §1.8.2) e **uslint** (campo n.174 §1.8.2). Tali campi, ricalcolati dalla Regione secondo quanto specificato nel §1.7, contengono rispettivamente le codifiche della regione e della USL di residenza dell'utente.

In questo modo si tende a fornire alle Aziende USL il maggior numero possibile di informazioni relative agli ipotetici 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 della USL stessa, a favore di utenti stranieri.

**Nessun altro contenuto ammesso.**

## 1.5 Organizzazione del flusso

Le informazioni della Scheda di Dimissione Ospedaliera sono organizzate secondo il tracciato riportato al §1.8.1 e ad ogni record corrisponde una scheda di dimissione.

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

E' in fase di implementazione l'RFC (Request For Comment) che definisce lo standard dell'invio dei messaggi relativi ai ricoveri ospedalieri e che a regime sostituirà il presente flusso.

Di seguito si riportano le principali informazioni introdotte nella RFC:

- per ciascuna fase (ammissione – dimissione – degenza) l'intensità di cura secondo i livelli critico/acuto/bassa intensità (campo Carattere di lunghezza 1)
- oltre ai trasferimenti di reparto saranno rilevati anche i trasferimenti di intensità anche all'interno del medesimo reparto di cura corredati dalla data e dall'ora (campo Carattere di lunghezza 1)
- la diagnosi di ammissione (sia descrittiva che in codice ICD9CM)
- le date di ammissione/dimissione/trasferimento saranno corredate anche da ora e minuti
- per ciascun intervento/procedura dovrà essere indicata l'Unità operativa che la esegue
- ciascun accesso di DH sarà caratterizzato dalla data e dall'ora di accesso e di dimissione e dagli interventi/procedure(ICD9CM) eseguite
- lettera di dimissione secondo un format strutturato.

### 1.5.1 Procedura per la determinazione delle schede da scartare

Motivi che determinano lo scarto dei record:

- presenza di schede doppie: nel database regionale non possono esistere più schede con la stessa chiave: se **tipo operazione** (pos. 251) "1" viene controllato che nel database regionale non vi siano già record che presentino i medesimi valori nei campi che costituiscono la chiave. Si ricorda che la chiave è composta dai seguenti campi **azist** (pos. 241-243), **codosp** (pos. 1-8), **anprat** (pos. 9-12), **nprat** (pos. 13-18); in caso di schede duplicate inviate simultaneamente si accetta la scheda che è arrivata per prima.
- 1. presenza di codici non ammessi o non congruenti nei campi che identificano il presidio erogatore: nei campi relativi alla **Azienda sanitaria di appartenenza dell'Istituto di ricovero** (**azist** pos.241-243) e al **codice ospedale/sede ospedale** (**codosp** pos. 1-8) devono essere presenti valori ammessi e quindi viene verificato che l'Azienda e lo stabilimento indicato esistano e siano in attività alla data di dimissione come da tabella dei presidi ospedalieri messa a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali)
- presenza di valori ammessi nei campi che identificano la SDO: nel campo **n°pratica** (**nprat** pos. 13-18) viene verificato che il valore riportato sia univoco all'interno dell'anno solare e rispetto al presidio ospedaliero, che la numerazione progressiva sia unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o Day Hospital) in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero, inoltre il valore inserito deve essere numerico e maggiore di 0; nel campo **anno pratica** (**anprat** pos. 9-12) - Anno solare di apertura della cartella – viene verificato che il valore riportato coincida con l'anno di ammissione ed inoltre, per le schede con **regime ricovero="2"**, l'anno deve essere uguale a quello di dimissione e, per le schede con **regime ricovero="1"**, l'anno può essere pari o antecedente a quello di dimissione.
- presenza di valori non ammessi nel campo tipo operazione (pos. 251): codici validi "1", "2" e "3".
- La presenza nel database regionale delle schede che l'Azienda dichiara di voler cancellare o sostituire: se **tipo operazione** (pos. 251) "2" – sostituzione o "3" - eliminazione – deve essere presente una scheda con la medesima chiave nel database regionale.

Nel caso in cui una delle verifiche sopradicate dia esito negativo il record viene scartato, ma comunque sottoposto alle successive procedure di controllo, non entra però a far parte del database regionale e viene restituito alla 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.

### 1.5.2 Procedure di controllo

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

- ogni singolo campo viene sottoposto ai controlli descritti nella colonna denominata “note” nel tracciato riportato al §1.8.1; L’esito del controllo viene segnalato nel corrispondente campo **Flag Errore** del tracciato riportato al §1.8.2 con i codici “0” e “1”, dove “0” indica assenza di errori e “1” indica presenza di errori;
- sui campi generati al punto precedente viene poi effettuata una elaborazione che per ogni singolo record fornisce lo stato della scheda presa in esame (**Flag stato scheda** del tracciato riportato al §1.8.2 campo 86). In sostanza lo “stato della scheda” rappresenta la qualità del record. Nella colonna errore del tracciato riportato al §1.8.1 viene assegnato 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 §1.6) fra quelli relativi ai campi segnalati come affetti da errori;
- i dati in restituzione sono corredati sia dei campi flag errore sia del campo flag stato scheda descritti nei punti precedenti.

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

- se l’Azienda intende correggere schede presenti nel database regionale è autorizzata a trasmettere la scheda corretta identificando la scheda variata tramite l’apposizione del valore “2” nel campo **Tipo Operazione** (pos. 251) e mantenendo invariati i campi 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 verrà sottoposta a tutte le procedure regionali di controllo e sostituirà la scheda originale nel 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 chiave sopra individuati e inserendo il valore “3” nel campo **Tipo Operazione** (pos. 251) - (cancellazione);

Nel caso in cui l’Azienda abbia la necessità di variare il contenuto di uno o più campi chiave relativi ad una scheda nosologica può farlo procedendo ad un ulteriore invio ed in particolare deve:

- 1) reinviare il record contenente l’errore, quindi senza cambiare il contenuto dei campi chiave, e con il campo **Tipo di Operazione** compilato con codice “3” (cancellazione);
- 2) inviare il record con i campi chiave corretti e il campo **Tipo di Operazione** compilato con codice “1”,

Oltre la data fissata per il consolidamento degli archivi le schede scartate non potranno più’ essere rinviate; le schede che invece entrano nell’archivio regionale ma recano errori gravi sono acquisite ma non valorizzate ovvero non è più possibile procedere ad ulteriori correzioni e quindi le schede che presentano errori gravi sono restituite alle Aziende sanitarie senza valorizzazione dei campi importo.

### 1.5.2.1 Tabelle di supporto

I controlli dei valori di alcuni campi vengono effettuati utilizzando gli archivi di supporto predisposti dalla Regione Toscana. Le tabelle di supporto contengono le codifiche necessarie per la compilazione di alcuni campi del tracciato riportato al §1.8.1: le Aziende sanitarie devono fare riferimento esclusivamente a tali archivi che sono il sistema di codifica ufficiale definito a livello regionale.

La necessità di garantire un sistema dinamico di aggiornamento di alcune delle variabili di supporto al sistema rende necessaria l'adozione di modalità tali da garantire l'aggiornamento in tempi rapidi e con forme flessibili. Tale esigenza, necessaria per rendere una serie di informazioni indipendenti dai contesti formali tipici della pubblica amministrazione, ha indotto la Regione Toscana a mettere a disposizione tali archivi alle Aziende sanitarie mediante i NAL (nodi applicativi locali).

Attraverso tale sistema di consultazione è possibile attingere direttamente alle basi dati relative ad informazioni di supporto per l'implementazione dei flussi DOC mediante un semplice recupero degli archivi di appoggio.

Il sistema, ovviamente, non è abilitato ad apportare modificazioni alle regole previste nei provvedimenti deliberativi afferenti al sistema dei flussi D.O.C., ma esclusivamente a fornire una metodologia di consultazione e di trasferimento di informazioni aggiuntiva a quella tipica degli atti deliberativi, né costituisce uno strumento alternativo alle procedure di comunicazione degli atti amministrativi (comunicazione della copia del provvedimento, pubblicazione sul BURT o altro).

## 1.6 La codifica degli errori

Di seguito viene riportato l'elenco dei possibili valori presenti nel campo **Flag stato scheda** pos. 365 tracciato §1.8.2

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

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

**codice "2"**: segnala l'esistenza, su uno o più campi, di "errori gravi", in questo caso la dimissione non viene valorizzata (i campi **imp1reg** e **imp2reg** riportano 000000,00).

**codice "9"**: segnala la presenza di errori su almeno uno dei campi chiave (§1.5.1), in questo caso il record viene scartato. Il record in oggetto viene restituito all'Azienda sanitaria inviante ma non entra a far parte dell'archivio consolidato regionale.

## 1.7 Elementi significativi del tracciato

Si richiama l'attenzione sulle principali variazioni apportate rispetto alla versione precedente (delibera G.R.T n. 1069 / 2008) del Manuale Flussi D.O.C..

### 1.7.1 Campi nuovi

Causa esterna: campo 86 del tracciato riportato al §1.8.1: il campo è stato introdotto con il D.M. n. 135 del 8 luglio 2010 per poter svolgere analisi epidemiologiche sulla prevenzione di incidenti ed infortuni. Il campo deve essere compilato con il codice “E” della classificazione ICD9CM 2007. La compilazione è prevista solo nel caso in cui in almeno una delle diagnosi (principale e/o secondarie) sia presente un codice ICD9CM 2007 compreso tra 800 e 999 (estremi compresi).

### 1.7.2 Campi per i quali è cambiata la modalità di compilazione o di validazione e/o maggior dettaglio nella descrizione della finalità

**Titolo di studio (Titstu):** campo 79 del tracciato riportato al §1.8.1C: Per le schede relative a neonati (data di nascita = data di ricovero) e per tutti i soggetti che in base all’età non possono aver conseguito nemmeno il titolo di licenza elementare, è ammesso solo il valore “0”.

Per tutte le altre schede sono ammessi i seguenti valori:

“1” = nessun titolo o licenza di scuola elementare (per “nessun titolo” si intende il caso di soggetti che per età potrebbero avere conseguito almeno un titolo di studio, ma che non ne posseggono alcuno)

“2” = licenza di scuola media inferiore

“3” = diploma e maturità di scuola media superiore

“4” = diploma universitario o laurea breve

“5” = laurea

“9” = non rilevato

**Data di prenotazione (datapre):** campo 81 del tracciato riportato al §1.8.1: il concetto di prenotazione fa riferimento al momento in cui il cittadino esprime la sua volontà rispetto al ricovero, ovvero è la data in cui la richiesta di ricovero programmato perviene all’operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94 (D.M. n. 135 del 08/07/2010).

In caso di ricovero programmato (codice “1” e “5” del campo tipo di ricovero) la data di prenotazione deve essere sempre compilata ed antecedente alla data di ricovero, ma comunque inferiore a 550 giorni (18 mesi). In caso di ricovero non programmato (codici del campo tipo di ricovero diversi da “1” e “5”) il campo può essere compilato. Ovvero nel caso 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, il campo tipo di ricovero deve contenere codici diversi da “1” e “5” e il campo data di prenotazione deve essere compilato. L’indicazione della data di prenotazione e l’informazione della data di ricovero, con la relativa determinazione del tempo di attesa, consentono di dare attuazione alle disposizioni normative che prevedono l’attivazione del registro dei ricoveri ospedalieri.

### 1.7.3 Campi di particolare attenzione

**Data di prima disponibilità (datadisp):** campo 82 del tracciato riportato al §1.8.1: In caso di ricovero chirurgico programmato (codice “1” e “5” del campo **tipo di ricovero**) questo campo deve essere compilato con la prima data che la struttura propone per il ricovero. Tale data può essere

coincidente con quella di ammissione nel caso in cui non ci siano stati impedimenti clinici o personali da parte dell'utente. Tale campo deve essere sempre compilato nel caso in cui sia compilata la data di prenotazione”.

**Convenz:** campo 68 del tracciato riportato al §1.8.1: più che un cambiamento della modalità di compilazione si tratta di un recepimento di una regola di compilazione già in uso da alcuni anni. 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 ed struttura privata accreditata.

Si ricorda che in questo caso 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.

Se il campo contiene codice “1” importo aziendale (pos. 283-291) dovrà essere inferiore o uguale alla somma di importo+importo oltre soglia.

Il codice 3, ammesso solo per le case di cura private, è una certificazione da parte della Azienda USL competente dell'applicazione dei contratti in essere con le strutture private accreditate, e che il valore riportato nel campo impazie (campo 65 del presente tracciato), nel caso in cui f\_impazie (campo 146 del tracciato §1.8.2) sia valorizzato a 0, tiene conto di questa applicazione ed e quello da utilizzare 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 struttura.

**provenienza del paziente-medico inviante (provza)** campo 17 del tracciato riportato al §1.8.1: Valori ammessi: “0” per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi (data di nascita = data di ricovero); “1”=paziente che accede all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico; “2”=paziente inviato all'Istituto di cura dal medico di base; “3”= ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura; “4”= paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura pubblico; “5”= paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato accreditato; “6”= paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato non accreditato; “7”= paziente trasferito da altra modalità di ricovero (ricovero diurno, ordinario, riabilitazione, lungodegenza) nello stesso istituto; “8” =paziente trasportato con elisoccorso; “9”= altro. Utilizzare il codice “2” anche qualora il paziente acceda alla struttura su proposta della guardia medica (continuità assistenziale). Inoltre si verifica che: se codice “1” il campo **tiporico** (campo18) sia diverso da “1”, “3”, “5”; se codice “3” il campo **tiporico** (campo18) sia uguale “1” o “5”; Se codice “8” il campo **tiporico** (campo18) sia uguale “2”; se codice “0” il campo **neonat** (campo.72) sia uguale a “1” o a “2” e il campo **datanasc** (campo5) sia uguale a **datigr** (campo 14).

**reparto di ammissione (repamm)** e **reparto di dimissione (repdim)** campi 15 e 27 del tracciato riportato al §1.8.1: Valori ammessi: il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende Sanitarie ed in particolare nel modello HSP.12: 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.

Per le prime due posizioni viene verificato che i codici siano congruenti con le indicazioni dettagliate per le specialità (vedi §1.8.2) e, in aggiunta, non viene accettato il codice “PT”: tabella di supporto sui NAL

Per le case di cura si controlla che la specialità sia autorizzata e convenzionata alla data di ammissione (questo controllo viene effettuato solo se la data di ammissione è valida) : tabella di supporto sui NAL

Le ultime due cifre devono essere coerenti con i dati trasmessi nei flussi ministeriali.

**reparti di trasferimento (rep1, rep2 e rep3)** campi 22, 24 e 26 del tracciato riportato al §1.8.1: Valori ammessi: vedi reparto di ammissione

Da compilare solo per **regime ricovero** (pos. 66) = “1” (ordinario)

Se il campo è compilato, o è compilato il relativo campo della data di trasferimento, si controllano le prime due posizioni. valori ammessi: tabella a disposizione sui NAL.

Per le Case di Cura si controlla che la specialità sia autorizzata e convenzionata alla data di trasferimento (questo controllo viene effettuato solo se la data di trasferimento è valida).

Le ultime due cifre devono essere coerenti con i dati trasmessi nei flussi ministeriali.

**Note ai DRG (noteDRG):** campo 76 del tracciato riportato al §1.8.1: il cambiamento consiste non nel riportare dentro il manuale i codici ammessi ma di rimandare ad una tabella di supporto: Per alcuni DRG questo campo serve per identificare il tipo di casistica e quindi la tariffazione giusta da applicare.

Valori ammessi: come da tabella di supporto presente nei NAL. Nel caso di DRG non presenti nella specifica tabella di supporto unico valore ammesso “00”

**regime di ricovero (regimric):** campo 13 del tracciato riportato al §1.8.1: Valori ammessi: “1”= ricovero ordinario, “2”= ricovero in Day-Hospital. Quando si utilizza il codice “2” devono essere compilati anche i campi ricdh, finaldh, ndh. Le prestazioni chirurgiche che prevedono un solo pernottamento, la cosiddetta “one day surgery”, devono essere indicate nella SDO come prestazioni in regime ordinario (codice “1”)

**Finalità del DH (Finaldh):** campo 52 del tracciato riportato al §1.8.1: Valori ammessi: se ricovero in DH (regime ricovero campo 13=“2”) “1”=terapeutico, da utilizzare in caso di DH medico per fini terapeutici; “2”=riabilitativo; “3”=diagnostico (ivi compreso follow up), da utilizzare in caso di DH medico, per fini diagnostici; “4”= di controllo periodico, da utilizzare 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. Se il regime di ricovero è ordinario (regime di ricovero campo 13 =“1”) unico valore ammesso: “0”. E’ stato eliminato il codice “9”= one day surgery.

**onere della degenza (onere):** campo 16 del tracciato riportato al §1.8.1: valori ammessi: “1” = ricovero a totale carico del SSN; “2” = ricovero a parziale carico del SSN; “3” = ricovero in casa di cura non convenzionata, con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN; “4” = ricovero a totale carico del paziente ovvero senza oneri per il SSN; “5” = presunta responsabilità di terzi; “7”= ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con il SSN; “8”= ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; “A”= ricovero a carico del Ministero dell’interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; “B” = ricoveri nell’ambito di iniziative regionali di cooperazione internazionale; “C”= ricovero per aiuti umanitari; “9”= altro.

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.

Si verifica che: se onere=“1” la **modalità di erogazione** (pos.244) non sia pari a “1” , “2” , “4” , “5” o “6”; se onere=“4” la **modalità di erogazione** (pos.244) non sia pari a “1” , “2” , “5” o “6”; se onere=“2” la **modalità di erogazione** (pos.244) sia pari a “1” , “2” , “4” , “5” o “6”; se la struttura erogatrice è una casa di cura non accreditata unici valori ammessi “3” e “4”; se nelle prime tre posizioni del campo **codfiscu** è presente il codice STP e, o nella quarta o quinta o sesta posizione del campo **codfiscu** è presente almeno un valore numerico, unici valori ammessi “8” e “A”; se codici “7”, “8”, “A”, “B” e “C” nel campo **lures** (pos.35-40) deve essere presente “999” seguito dal codice dello stato estero.

**traumatismi o intossicazioni (traumat) :** campo 20 del tracciato riportato al §1.8.1: valori ammessi: “0” = se regime di ricovero (regimric) =“2” è day hospital, o se ricovero non è causato da un trauma/incidente o da una intossicazione, o se non si tratta del primo ricovero per quel per

trauma/incidente o intossicazione (es. postumi di traumatismi, rimozione gesso, ecc...); “1” = infortunio sul lavoro; “2” = infortunio in ambiente domestico; “3” = incidente stradale; “4” = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta); “5” = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto); “6” = morso animale o insetto; “7” = incidente sportivo; “9” = altro tipo di incidente o di intossicazione. Se codice diverso da “0”, in diagnosi principale o nelle patologie concomitanti deve essere presente un codice ICD9CM compreso da 800-9049 o da 910-995.

**Peso alla nascita (pesonasc)** campo 74 del tracciato riportato al §1.8.1: inserire il peso in grammi alla nascita e va riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero contingente alla nascita dello stesso. In caso di non neonato riempire con 0.

Si controlla che la data di nascita sia uguale alla data di ricovero e che nel campo neonat sia inserito valore “1” o “2”.

Il valore riportato deve essere coerente con i codici diagnosi appartenenti alle categorie ICD9CM 2007 764-766 (problemi di crescita fetale, prematurità ecc..)

### 1.7.3 Criteri per la determinazione delle quote informative attribuite dalla Regione

1. **DRG attribuito dalla regione** campo 166 del tracciato riportato al §1.8.2: dal 01/01/2009 il codice DRG riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
2. **MDC attribuito dalla regione** campo 167 del tracciato riportato al §1.8.2: dal 01/01/2009 il valore riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
3. **Importo** campo 168 del tracciato riportato al §1.8.2: dal 01/01/2009 l'importo in Euro è attribuito il relazione al codice DRG riportato nel campo 166 (**drgreg**) è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
- 4.
5. **Importo oltre soglia** campo 169 del tracciato riportato al §1.8.2: dal 01/01/2009 l'importo in Euro è attribuito il relazione al codice DRG riportato nel campo 166 (**drgreg**) è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
6. **DRG 19 attribuito dalla regione** campo 170 del tracciato riportato al §1.8.2: codice DRG attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 19. Si sottolinea che il valore è riportato esclusivamente al fine di effettuare analisi di tipo comparativo.
7. **regione di residenza dell'utente riattribuita dalla regione e Azienda sanitaria di residenza utente riattribuita dalla regione** campi **regint** (n. 173) e **uslint** (n. 174) tracciato riportato al §1.8.2: vista l'importanza dell'informazione della residenza dell'utente le procedure regionali restituiscono questi due campi cercando di effettuare la massima riattribuzione secondo i seguenti criteri:

A) utente coperto da anonimato (campo **anonimo** = “1”):

se **regresu** = “090” (*toscano*) e **uslresu** = ad un valore compreso tra “101” e “112” allora **regint** = ”090” e **uslint**=**uslresu**,

se **regresu** = “090” (*toscano*) e **uslresu** = ad un valore non compreso tra “101” e “112” allora **regint**=”090” e **uslint** =“000” (tre zeri, non attribuibile)

se **regresu** contiene un codice relativo ad una regione italiana e **uslresu** =ad un valore compreso tra “000” e “999” allora **regint** = **regresu** e **uslint** =**uslresu**

se **regresu** contiene un codice relativo ad una regione italiana e **uslresu** = ad un valore non compreso tra “000” e “999” allora **regint** = **regresu** e **uslint**= “000” (tre zeri, non attribuibile)

se **regresu** = “999” (*straniero*) e **ulsresu** = contiene un codice ammesso per gli Stati esteri allora **regint**=”999” e **uslint**=**ulsresu**  
se **regresu** = “999” (*straniero*) e **ulsresu** = non contiene un codice ammesso per gli Stati esteri allora **regint**=”999” e **uslint**=“000” (tre zeri, non attribuibile)  
se **regresu** è diverso da “999” ed è diverso da un codice relativo ad una regione italiana **regint**=“000” (tre zeri, non attribuibile) e **uslint**=“000” (tre zeri, non attribuibile).

- B) utente non straniero (primi 3 caratteri del campo **lures** <> “999”):  
se **lures** = codice relativo ad un comune italiano allora **regint** = “*codice regione*” da tabella di supporto dei comuni per il comune indicato nel campo **lures** e **uslint**= “*codice usl*” da tabella di supporto dei comuni per il comune indicato nel campo **lures**  
se **lures** <> codice relativo ad un comune italiano allora l’attribuzione viene fatta come per la gestione di anonimo (vedi punto A).
- C) utente straniero (prime 3 posizioni del campo **lures** = “999”)  
se le ultime 3 posizioni di **lures** contengono un codice ammesso per gli Stati esteri allora **regint**=”999” e **uslint** = ultime 3 posizioni di **lures**  
se le ultime 3 posizioni di **lures** contengono un codice non ammesso per gli Stati esteri allora l’attribuzione viene fatta come per la gestione di utente coperto da anonimato (vedi punto A).

2. **età alla dimissione del paziente** campo **eta** (n. 175) tracciato riportato al §1.8.2: 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 secondo il seguente algoritmo:

- se è nulla la data di dimissione o quella di nascita allora l’età sarà posta a 999;
- se l’anno di nascita è uguale all’anno di dimissione l’età è pari a zero;
- se l’anno di nascita è precedente all’anno di dimissione:

A) se il mese di nascita è precedente al mese di dimissione oppure se il mese di nascita è uguale al mese di dimissione ed il giorno di nascita è antecedente al giorno di dimissione allora si effettua la differenza fra l’anno di nascita e quello di dimissione. Si attribuirà valore 999 all’età se la differenza in questione risulta essere inferiore a 0 o superiore a 124;

B) se il mese di nascita è successivo al mese di dimissione oppure se il mese di nascita è uguale al mese di dimissione ed il giorno di nascita è successivo al giorno di dimissione allora si effettua la differenza fra l’anno di nascita e quello di dimissione meno uno. Si attribuirà valore 999 all’età se la differenza in questione risulta essere inferiore a 0 o superiore a 124.

- ovviamente se anno di nascita è successivo all’anno di dimissione il campo sarà compilato con 999.
- 

3. **giornate di degenza** campo **ggdeg** (n. 176) tracciato riportato al §1.8.2: 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 **regime di ricovero** è pari a 1 allora

- A) se la data di ingresso e quella di dimissione coincidono, le giornate sono pari a 1 altrimenti;
  - B) se non ci sono trasferimenti alla specialità PT, si calcola la differenza fra le date di ingresso e di dimissione;
  - C) se invece almeno uno dei reparti di trasferimento contiene il codice della specialità pari a PT allora le giornate di degenza saranno ottenute sottraendo alla differenza fra la data di ammissione e quella di dimissione 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;
  - D) non saranno calcolate le giornate di degenza se non è specificata o è incongrua la data di trasferimento alla specialità PT
- se **regime di ricovero** è pari a 2 allora le giornate di degenza coincidono con il valore presente nel campo **numero di presenze in DH** , fatte salve le seguenti eccezioni:
- A) le giornate di degenza coincidono con la differenza fra la data di dimissione e la data di ricovero + 1, se tale differenza è inferiore al valore segnato nel campo **numero di presenze in DH** ;
  - B) le giornate di degenza saranno pari a 1 se il **numero di presenze in DH** è pari a 0 o nullo;
4. **tipologia di ricovero** campo **tiporic** (n. 177) tracciato riportato al §1.8.2: 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 il **regime di ricovero** è diverso da 1 o da 2 allora **Tipologia di ricovero** = “0”;
- se la specialità di dimissione è pari a 60 allora **Tipologia di ricovero** = “9”
- se il **regime di ricovero** è pari ad 1 e la specialità di dimissione è pari o a “28” o a “56” o a “75”, **Tipologia di ricovero** = “7”, altrimenti si passa al controllo sulle giornate di degenza:
  - A) se le giornate di degenza sono superiori o uguali a 2 giorni allora **tipologia di ricovero** = “1”;
  - B) se le giornate di degenza sono inferiori a 2 giorni e se modalità di dimissione è pari a 1 o a 6 allora **tipologia di ricovero** = “3”, altrimenti **tipologia di ricovero** = “2”;

- se il **regime di ricovero** è pari a 2 e la specialità di dimissione è pari o a “28” o a “56” o a “75”, **tipologia di ricovero =”8”**; altrimenti se il DRG attribuito dalla Regione è di tipo medico o non specificato allora **tipologia di ricovero = “5”**, se il DRG attribuito dalla Regione è di tipo chirurgico **tipologia di ricovero =”6”**.

## 1.8- Contenuti e tracciati delle prestazioni di ricovero (SKNO) in vigore dal 01/01/2011

### 1.8.1- Tracciato record delle prestazioni di ricovero (SKNO) inviato dall’Azienda Sanitaria alla Regione Toscana - 348 byte

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 all’interno dell’archivio del campo. Per ragioni legate alle elaborazioni informatiche, che devono essere effettuate sugli archivi, tale nome ha una lunghezza minore o uguale ad otto caratteri.

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:

- con la lettera C si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a sinistra con eventuali blank a destra
- con la lettera N si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a destra con eventuali zeri non significativi a sinistra
- con la lettera D si indicano i campi data che devono rispettare un il formato ggmmaaaa
- con la lettera E si indicano i campi euro che devono rispettare il formato euro con eventuali zeri non significativi a sinistra: eeeee,ee

nella colonna **Pos.** si fornisce la posizione occupata dal campo all’interno del tracciato.

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

nella colonna **Note** si forniscono in modo sintetico le modalità di compilazione di ciascun campo contenuto nel tracciato record.

nella colonna **Errore** si fornisce il tipo di errore attribuibile al campo nel caso in cui il valore in esso contenuto non fosse corretto.

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
1	Codosp	codice ospedale/sede ospedale	C	1-8	8	Campo chiave: archivio dei presidi ospedalieri della Toscana comprensivo della sede ospedaliera messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali). Il Codice istituto deve essere esistente e in attività alla data di dimissione.	9	
2	anprat	anno pratica	N	9-12	4	Campo chiave. Anno solare di apertura della cartella. Il valore riportato deve coincidere con l’anno di ammissione. Per le schede con <b>regime ricovero=”2”</b> l’anno deve essere uguale a quello di dimissione. Per le schede con <b>regime ricovero=”1”</b> l’anno può essere o pari o	9	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						antecedente a quello di dimissione.		
3	nprat	n° pratica	N	13-18	6	Campo chiave: univoco a livello di presidio. Il valore deve essere univoco all'interno dell'anno solare e rispetto al presidio ospedaliero; la numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o Day Hospital) in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero. Il valore inserito deve essere numerico e maggiore di 0.	9	
4	sexu	Sesso dell'utente	C	19-19	1	Valori ammessi: "1" = maschio, "2" = femmina.	2	
5	datanasc	Data di nascita dell'utente	D	20-27	8	Valori ammessi: ggmmaaaa La data di nascita deve essere tale che l'età dell'utente all'ammissione o, se la data di ammissione è invalida, all'elaborazione, non possa essere superiore a 124 anni.	2	
6	lunasc	Luogo di nascita	C	28-33	6	Se Comune italiano: Codice ISTAT dell'archivio anagrafico dei Comuni d'Italia, come da archivi messi a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali) se Comune estero: i primi tre caratteri "999" e i successivi tre caratteri i codici dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno per l'anagrafe della popolazione, come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali)	1	
7	statociv	stato civile	C	34-34	1	Valori ammessi: "1"=celibe/nubile; "2"=coniugato/a, "3"=separato/a, "4"=divorziato/a, "5"=vedovo/a, "6"=non dichiarato.	1	
8	lures	residenza utente	C	35-40	6	Se Comune italiano: codice ISTAT dell'archivio anagrafico dei Comuni d'Italia; come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali) se Comune estero: i primi tre caratteri "999" e i successivi tre caratteri i codici dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione, come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali); per gli stranieri temporaneamente presenti con dichiarazione di indigenza (STP) inserire nelle prime 3 posizioni 999 e nelle ultime 3 posizioni il codice dello stato estero che individua la nazionalità del soggetto ricavata dal tesserino rilasciato allo straniero temporaneamente presente; per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla L.127/97. Non si effettua il controllo nel caso in cui l'utente sia coperto da anonimato (campo <b>anonimo</b> ="1")	2	
9	cittu	cittadinanza dell'utente	C	41-43	3	Valori ammessi: "100"= se l'utente ha cittadinanza italiana;	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						nel caso di utenti con cittadinanza straniera porre il codice dello Stato Estero definito dal Ministero dell'interno, come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali); "000"= non rilevato.		
10	codfiscu	codice fiscale dell'utente	C	44-59	16	Valori ammessi: Codice fiscale dell'utente. Per gli stranieri temporaneamente presenti con dichiarazione di indigenza inserire il codice regionale a sigla STP a 16 caratteri (ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n.394, e della circolare del Ministero della Sanità 24 aprile 2000, n. 5). Si controlla, solo per le schede con <b>comune di residenza</b> (pos. 35-40) e/o <b>comune di nascita</b> (pos. 28-33) italiano, che: i primi sei caratteri siano alfabetici, il settimo e l'ottavo siano numerici, il nono sia alfabetico e sia uno dei valori ammessi per l'identificazione del mese di nascita, il decimo e l'undicesimo siano numerici e che, se il sesso dell'utente (campo sexu pos. 19) ="1", riportino valori compresi tra 01 e 31, mentre, se il sesso dell'utente (campo sexu pos. 19) ="2", riportino valori compresi tra 41 e 71 il dodicesimo ed il sedicesimo alfabetici. Non si effettua tale controllo nel caso in cui l'utente sia coperto da anonimato (campo <b>anonimo</b> ="1")	2	
11	regiscu	Regione di iscrizione sanitaria dell'utente	C	60-62	3	Valori ammessi: - nel caso di iscritti al Sistema Sanitario Nazionale: codice ministeriale a tre cifre D.M. 17/09/86 e successive modifiche, come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali); - nel caso di stranieri non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (compreso gli STP): codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno, come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali).	1	
12	usliscu	Azienda USL di iscrizione sanitaria dell'utente	C	63-65	3	Valori ammessi: - nel caso di iscritti al Sistema Sanitario Nazionale: codice ministeriale a tre cifre (D.M. 17/09/86, D.M. 21/11/88, D.M. 21/12/90 e successive modifiche) come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali) - nel caso di stranieri non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (compreso gli STP): "000". Si controlla che: se la Regione di iscrizione è italiana il campo deve essere diverso da "000"; se la Regione di iscrizione è toscana, campo <b>regiscu</b> = "090", il valore	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						dell'Azienda Usl di iscrizione deve essere un valore compreso "101" - "112"; nel caso di stranieri non iscritti al SSN (compreso gli STP): codice "000".		
13	<b>regimric</b>	<b>regime ricovero</b>	C	66-66	1	Valori ammessi: "1"= ricovero ordinario, "2"= ricovero in Day-Hospital. Quando si utilizza il codice "2" devono essere compilati anche i campi <b>ricdh, finaldh, ndh</b> . Le prestazioni chirurgiche che prevedono un solo pernottamento, la cosiddetta "one day surgery", devono essere indicate nella SDO come prestazioni in regime ordinario (codice "1")	2	
14	<b>datingr</b>	<b>data di ricovero</b>	D	67-74	8	Valori ammessi: ggmmaaaa. Nel caso di <b>regimric="2"</b> deve essere indicato il primo giorno del ciclo di contatti con la struttura. Per i nati nella struttura la data di ricovero in ospedale deve essere uguale alla data di nascita. Si controlla che: Non sia successiva alla data di dimissione. Non sia anteriore alla data di nascita. Se il campo <b>regime ricovero="2"</b> (DH) l'anno di ricovero sia uguale all'anno di dimissione	2	
15	<b>repamm</b>	<b>reparto di ammissione</b>	C	75-78	4	Valori ammessi: il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende Sanitarie ed in particolare nel modello HSP.12: 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. Per le prime due posizioni viene verificato che i codici siano congruenti con le indicazioni dettagliate per le specialità (vedi §1.8.2) e, in aggiunta, non viene accettato il codice "PT": tabella di supporto sui NAL Per le case di cura si controlla che la specialità sia autorizzata e convenzionata alla data di ammissione (questo controllo viene effettuato solo se la data di ammissione è valida) : tabella di supporto sui NAL Le ultime due cifre devono essere coerenti con i dati trasmessi nei flussi ministeriali.	1	
16	<b>onere</b>	<b>onere della degenza</b>	C	79-79	1	Valori ammessi: "1" = ricovero a totale carico del SSN; "2" = ricovero a parziale carico del SSN; "3" = ricovero in casa di cura non convenzionata, con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN;	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						<p>“4” = ricovero a totale carico del paziente ovvero senza oneri per il SSN;  “5” = presunta responsabilità di terzi;  “7”= ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con il SSN;  “8”= ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;  “A”= ricovero a carico del Ministero dell’interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;  “B” = ricoveri nell’ambito di iniziative regionali di cooperazione internazionale;  “C”= ricovero per aiuti umanitari;  “9”= altro.</p> <p>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.</p> <p>Si verifica che:  se onere=”1” la <b>modalità di erogazione</b> (pos.244) non sia pari a “1” , “2” , “4” , “5” o “6”;  se onere=”4” la <b>modalità di erogazione</b> (pos.244) non sia pari a “1” , “2” , “5” o “6”;  se onere=”2” la <b>modalità di erogazione</b> (pos.244) sia pari a “1” , “2” , “4” , “5” o “6”;  se la struttura erogatrice è una casa di cura non accreditata unici valori ammessi “3” e “4”;  se nelle prime tre posizioni del campo <b>codfiscu</b> è presente il codice STP e, o nella quarta o quinta o sesta posizione del campo <b>codfiscu</b> è presente almeno un valore numerico, unici valori ammessi “8” e “A”;  se codici “7”, “8”, “A”, “B” e “C” nel campo <b>lures</b> (pos.35-40) deve essere presente “999” seguito dal codice dello stato estero.</p>		
17	provza	provenienza del paziente-medico inviante	C	80-80	1	<p>Valori ammessi:  “0” per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi (data di nascita = data di ricovero);  “1”=paziente che accede all’Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico;  “2”=paziente inviato all’Istituto di cura dal medico di base;  “3”= ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura;  “4”= paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura pubblico;  “5”= paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato accreditato;  “6”= paziente trasferito da un altro Istituto di ricovero e cura privato non</p>	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						<p>accreditato;</p> <p>“7”= paziente trasferito da altra modalità di ricovero (ricovero diurno, ordinario, riabilitazione, lungodegenza) nello stesso istituto;</p> <p>“8” =paziente trasportato con elisoccorso;</p> <p>“9”= altro.</p> <p>Utilizzare il codice “2” anche qualora il paziente acceda alla struttura su proposta della guardia medica (continuità assistenziale).</p> <p>Inoltre si verifica che:</p> <p>se codice “1” il campo <b>tiporico</b> (pos.81) sia diverso da “1”, “3”, “5”;</p> <p>se codice “3” il campo <b>tiporico</b> (pos.81) sia uguale “1” o “5”;</p> <p>se codice “8” il campo <b>tiporico</b> (pos.81) sia uguale “2”;</p> <p>se codice “0” il campo <b>neonat</b> (pos.315) sia uguale a “1” o a “2” e il campo <b>datanasc</b> (pos.20-27) sia uguale a <b>datingr</b> (pos. 67-74).</p>		
18	<b>tiporico</b>	<b>tipo di ricovero</b>	C	81-81	1	<p>Per i neonati limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi (data di nascita = data di ricovero) è ammesso solo il valore “0”.</p> <p>Per le schede relative ai ricoveri ordinari e DH sono ammessi i seguenti valori:</p> <p>“1” = ricovero programmato, non urgente;</p> <p>“2” = ricovero urgente;</p> <p>“3” = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);</p> <p>“4”= ricovero per trattamento sanitario volontario (TSV);</p> <p>“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.</p> <p>Nel caso in cui il campo è compilato con “0” viene controllato che la <b>data di nascita</b> sia uguale alla <b>data di ingresso</b> e che il campo <b>neonat</b> sia compilato con 1 o con 2.</p>	2	
19	<b>motivo</b>	<b>motivo ricovero</b>	C	82-82	1	<p>Valori ammessi: codici ministeriali a una cifra D.M. Sanità 26/07/93:</p> <p>“1” = ricovero elettivo per intervento chirurgico</p> <p>“2” = primo ricovero per quella specifica diagnosi</p> <p>“3” = ricovero successivo per la stessa diagnosi</p>	1	
20	<b>traumat</b>	<b>traumatismi o intossicazioni</b>	C	83-83	1	<p>Valori ammessi:</p> <p>“0” = se regime di ricovero (regimric) =”2” è day hospital, o se ricovero non è causato da un trauma/incidente o da una intossicazione, o se non si tratta del primo ricovero per quel per trauma/incidente o intossicazione (es. postumi di traumatismi, rimozione gesso, ecc...).</p> <p>“1” = infortunio sul lavoro</p> <p>“2” = infortunio in ambiente domestico</p> <p>“3” = incidente stradale</p>	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						<p>“4” = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta)</p> <p>“5” = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto)</p> <p>“6” = morso animale o insetto</p> <p>“7” = incidente sportivo</p> <p>“9” = altro tipo di incidente o di intossicazione.</p> <p>Se codice diverso da “0”, in diagnosi principale o nelle patologie concomitanti deve essere presente un codice ICD9CM2007 compreso da 800-9049 o da 910-995.</p>		
21	tras1	data trasferimento 1	D	84-91	8	<p>Da compilare solo se <b>regime ricovero</b> (pos. 66) = “1” (ordinario).</p> <p>Valori ammessi: ggmmaaaa.</p> <p>(Obbligatoria se esiste il reparto di trasferimento relativo).</p> <p>Non deve essere antecedente alla data di ammissione e non può essere successiva alla data di dimissione.</p> <p>Le date devono essere congruenti tra trasferimenti</p>	2	
22	rep1	reparto trasferimento 1	C	92-95	4	<p>Valori ammessi: tabella a disposizione sui NAL.</p> <p>Da compilare solo per <b>regime ricovero</b> (pos. 66) = “1” (ordinario)</p> <p>Se il campo è compilato, o è compilato il relativo campo della data di trasferimento, si controllano le prime due posizioni.</p> <p>Per le Case di Cura si controlla che la specialità sia autorizzata e convenzionata alla data di trasferimento (questo controllo viene effettuato solo se la data di trasferimento è valida).</p> <p>Le ultime due cifre devono essere coerenti con i dati trasmessi nei flussi ministeriali.</p>	2	
23	tras2	data trasferimento 2	D	96-103	8	Come sopra.	2	
24	rep2	reparto trasferimento 2	C	104-107	4	Come sopra.	2	
25	tras3	data trasferimento 3	D	108-115	8	Come sopra.	2	
26	rep3	reparto trasferimento 3	C	116-119	4	Come sopra.	2	
27	repdim	reparto di dimissione	C	120-123	4	<p>Valori ammessi: vedi reparto di ammissione.</p> <p>Per le Case di Cura si controlla che la specialità sia autorizzata e convenzionata alla data di dimissione.</p>	2	
28	afo	AFO	C	124-124	1	<p>Identifica l’area funzionale omogenea relativa al reparto di dimissione.</p> <p>Valori ammessi: codici ministeriali a una cifra D.M. Sanità 26/07/93.</p> <p>I valori ammessi sono i seguenti:</p> <p>“1” = AFO medica;</p> <p>“2” = AFO chirurgica;</p> <p>“3” = AFO delle terapie intensive;</p>	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						<p>“4”= AFO materno infantile;  “5” = AFO della riabilitazione e delle lungodegenze.</p>		
29	<b>datdim</b>	<b>data di dimissione</b>	D	125-132	8	<p>Valori ammessi: ggmmaaaa.</p> <p>Nel caso di ricovero in regime di DH 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.</p>	2	
30	<b>modim</b>	<b>modalità dimissione</b>	C	133-133	1	<p>Valori ammessi:</p> <p>“1“ = deceduto  “2“ = dimissione ordinaria  “3“ = dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA)  “4“ = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare  “5“ = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno dichiara di non volersi ripresentare durante il ciclo programmato)  “6“ = trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti  “7“= dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata  “8“ = trasferimento ad altro regime di ricovero nell’ambito dello stesso istituto  “9“ = trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione</p>	2	
31	<b>risaut</b>	<b>riscontro autoptico</b>	C	134-134	1	<p>Valori ammessi:</p> <p>“0” se <b>modalità di dimissione</b> (pos. 133) contiene codici diversi da “1”.  Se <b>modalità di dimissione</b> (pos. 133) è uguale a “1” (deceduto):  “1”= si (è stata eseguita l’autopsia),  “2”= no (non è stata eseguita l’autopsia).</p>	1	
32	<b>diadim</b>	<b>diagnosi principale di dimissione</b>	C	135-139	5	<p><i>La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come principale quella che è risultata essere responsabile dell’impiego maggiore di risorse.</i></p> <p>Valori ammessi: codici <u>ICD 9 CM '07</u> delle diagnosi, come da tabella messa a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali)..</p> <p>Il controllo, oltre a verificare la presenza di valori ammessi, verifica la congruenza con il campo <b>sexu</b> (pos.19) e con il campo <b>eta</b> (pos.484-486)</p>	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						<i>del tracciato §1.8.2 secondo quanto riportato nella tabella a disposizione sul sito WEB della Regione Toscana.</i>		
33	<i>dia1</i>	<i>diagnosi secondaria 1</i>	C	140-144	<u>5</u>	Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. 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 <u>ICD 9 CM '07</u> delle diagnosi, come da tabella messa a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali) Il controllo, oltre a verificare la presenza di valori ammessi, verifica la congruenza con il campo <b>sexu</b> (pos. 19) e con il campo <b>eta</b> (pos. 484-486) del tracciato §1.8.2 secondo quanto riportato nella tabella messa a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali).	2	
34	<i>dia2</i>	<i>diagnosi secondaria 2</i>	C	145-149	<u>5</u>	Come sopra.	2	
35	<i>dia3</i>	<i>diagnosi secondaria 3</i>	C	150-154	<u>5</u>	Come sopra.	2	
36	<i>dia4</i>	<i>diagnosi secondaria 4</i>	C	155-159	<u>5</u>	Come sopra.	2	
37	<i>dia5</i>	<i>diagnosi secondaria 5</i>	C	160-164	<u>5</u>	Come sopra.	2	
38	<b>datchi</b>	<b>data intervento chirurgico o procedura principale</b>	D	165-172	8	Valori ammessi: ggmmaaaa. (Obbligatoria se compilato il codice intervento relativo). Se <b>tipo di ricovero</b> (pos. 81) diverso da "5", la data non deve essere antecedente alla <b>data di ricovero</b> (pos. 67-74) e non può essere successiva alla <b>data di dimissione</b> (pos.125-132). Se codice "5" in <b>tipo di ricovero</b> allora si controlla solo che sia antecedente o uguale alla <b>data di dimissione</b> e successiva alla <b>data di nascita dell'utente</b> (pos.20-27).	2	
39	<b>codchi</b>	<b>codice intervento chirurgico o procedura principale</b>	C	173-176	4	Valori ammessi: codici ICD 9 CM '07 degli interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche, come da tabella a disposizione nel sito WEB della Regione Toscana. Il controllo, oltre a verificare la presenza di valori ammessi, verifica la congruenza con il campo <b>sexu</b> (pos. 19) secondo quanto riportato nella tabella messa a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali).	2	
40	<b>datchi2</b>	<b>data altro intervento chirurgico o</b>	D	177-	8	Vedi campo <b>datchi</b>	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
		<b>proc2.</b>		184				
41	<b>codchi2</b>	<b>codice altro intervento chirurgico o proc.2.</b>	C	185-188	4	Vedi campo <b>codchi</b>	2	
42	<b>datchi3</b>	<b>data altro intervento chirurgico o proc. 3</b>	D	189-196	8	Vedi campo <b>datchi</b>	2	
43	<b>codchi3</b>	<b>codice altro intervento chirurgico o proc.3</b>	C	197-200	4	Vedi campo <b>codchi</b>	2	
44	<b>datchi4</b>	<b>data altro intervento chirurgico o proc. 4</b>	D	201-208	8	Vedi campo <b>datchi</b>	2	
45	<b>codchi4</b>	<b>codice altro intervento chirurgico o proc.4</b>	C	209-212	4	Vedi campo <b>codchi</b>	2	
46	<b>datchi5</b>	<b>data altro intervento chirurgico o proc. 5</b>	D	213-220	8	Vedi campo <b>datchi</b>	2	
47	<b>codchi5</b>	<b>codice altro intervento chirurgico o proc.5</b>	C	221-224	4	Vedi campo <b>codchi</b>	2	
48	<b>datchi6</b>	<b>data altro intervento chirurgico o proc. 6</b>	D	225-232	8	Vedi campo <b>datchi</b>	2	
49	<b>codchi6</b>	<b>codice altro intervento chirurgico o proc.6</b>	C	233-236	4	Vedi campo <b>codchi</b>	2	
50	<b>ricdh</b>	<b>ricovero in Day-Hospital</b>	C	237-237	1	Valori ammessi: per i ricoveri in regime ordinario ( <b>regime ricovero</b> pos.66 = "1") è ammesso solo il codice "0"; per i ricoveri in Day-Hospital ( <b>regime ricovero</b> pos.66 = "2"): "1"= primo ricovero in ambito ospedaliero effettuato per la specifica diagnosi, "2" = ricovero successivo per la stessa diagnosi.	2	
51	<b>posprof</b>	<b>posizione professionale</b>	C	238-239	2	Valori ammessi: codici regionali da "01" a "26".	1	
52	<b>finaldh</b>	<b>finalità del Day-Hospital</b>	C	240-240	1	Valori ammessi se ricovero in DH ( <b>regime ricovero</b> pos.66 ="2") "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 utilizzare 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 se il regime di ricovero è ordinario ( <b>regime di ricovero</b> pos.66 ="1") unico	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						valore ammesso: "0".		
53	azist	Azienda sanitaria di appartenenza dell'istituto erogatore del ricovero	C	241-243	3	Campo chiave Valori ammessi: codici delle Aziende sanitarie toscane derivati dall'archivio dei presidi ospedalieri della Toscana messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali).	9	
54	modero	modalità di erogazione	C	244-244	1	Valori ammessi: "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.	2	
55	drgazie	DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	245-247	3	Valori ammessi: codici DRG (grouper versione 24) Le procedure di controllo verificano che il contenuto del campo sia uguale al DRG attribuito dalla Regione pos 425-427. Si ammette solo la differenza degli zeri non significativi a sinistra.	1	
56	ndh	numero presenze in Day-Hospital	N	248-250	3	Valori ammessi: - 000 per i ricoveri in regime ordinario ( <b>regime ricovero</b> pos.66 ="1"); - numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di ricovero nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale per i ricoveri in regime di DH (valore "2" nel campo <b>regime ricovero</b> ). Se il regime di ricovero è DH il campo deve contenere un valore superiore allo 0 e inferiore o uguale alla seguente espressione: ( <b>data di dimissione - data di ricovero + 1</b> ).	2	
57	opera	Tipo operazione	C	251-251	1	Valori ammessi: "1" = invio "2" =sostituzione "3" = eliminazione. Per le specifiche di compilazione vedi §1.5.1 e §1.5.2	9	
58	regresu	Regione di residenza dell'utente	C	252-254	3	Valori ammessi: se utenti <i>residenti in Italia</i> , utilizzare il codice ministeriale delle regioni italiane come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali); se utente non residente in Italia (compreso gli STP) utilizzare "999".	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						per gli utenti residenti in Italia si controlla che il codice Regione inserito sia congruente con il comune segnalato nel campo <b>residenza utente</b> pos. 35-40, quando quest'ultimo risulta corretto dal confronto con i codici dell'archivio anagrafico dei comuni d'Italia come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali).		
59	uslresu	Azienda sanitaria di residenza utente	C	255-257	3	Valori ammessi: se utenti <i>residenti in Italia</i> , utilizzare il codice ministeriale delle USL italiane come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali); se utenti <i>non residenti in Italia</i> porre il codice dello stato straniero di residenza definito dal Ministero dell'Interno come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali) (compreso gli STP). per gli utenti residenti in Italia si controlla che il codice Azienda USL inserito sia congruente con il comune segnalato nel campo <b>residenza utente</b> pos. 35-40 quando quest'ultimo risulta corretto dal confronto con i codici dell'archivio anagrafico dei Comuni d'Italia come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali);	2	
60	Regmp	Regione ove opera il medico proponente	C	258-260	3	Valori ammessi: codici ministeriali delle regioni italiane come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali); "000" = non rilevato.	1	
61	Uslmp	Azienda sanitaria ove opera il medico proponente	C	261-263	3	Valori ammessi: codici ministeriali delle Aziende sanitarie italiane come da archivio messo a disposizione nei NAL (nodi applicativi locali); "000" = non rilevato. Se il medico è toscano (campo <b>Regmp</b> pos. 258-260 = "090") i valori ammessi sono: da "101" a "112" e da "901" a "907" e "910".	1	
62	Codfismp	Codice fiscale del medico proponente	C	264-279	16	codice fiscale del medico proponente il ricovero. Si controlla, che i primi sei caratteri siano alfabetici, il settimo e l'ottavo numerici, il nono alfabetico e sia uno dei valori ammessi per l'identificazione del mese di nascita, il decimo e l'undicesimo numerici e siano compresi tra 01 e 31 e tra 41 e 71, il dodicesimo ed il sedicesimo alfabetici.	1	
63	Autpror	autorizzazione proroga	C	280-280	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). Si effettua un controllo incrociato con il campo <b>Giornate di proroga autorizzate</b> : se <b>Autorizzazione proroga</b> = "0" e <b>Giornate di proroga</b>	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						<b>autorizzate</b> contiene un numero maggiore di zero allora si procede a valorizzare il ricovero come se non ci fosse proroga.		
64	Ggpror	Giornate di proroga autorizzate	N	281-282	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. I giorni di proroga non possono essere superiori a 60. Si effettua un controllo incrociato con il campo <b>Autorizzazione proroga</b> : se in <b>giornate di proroga autorizzate</b> non è segnalato alcun valore e <b>Autorizzazione proroga="1"</b> , la valorizzazione del ricovero verrà effettuata come se non ci fosse proroga.	1	
65	Impazie	Importo Aziendale	E	283-291	9	Importo in Euro. Il campo deve contenere l'importo della valorizzazione effettuato a livello Aziendale; tale importo deve corrispondere a quello determinato a livello regionale (sommando il campo <b>Importo</b> pos.450-458 con il campo pos. 459-467 <b>Importo oltre soglia</b> ), Nel caso in cui il ricovero sia soggetto a specifici accordi tra i soggetti erogatori (convenzioni) (valore "1" nel campo <b>convenzione</b> ) deve essere inserito il valore previsto dai suddetti accordi, fermo il tetto massimo rappresentato dalle tariffe regionali Se il campo <b>percentuale abbattimento</b> è maggiore di 0, il valore riportato in tale campo deve essere minore o uguale all'importo determinato a livello regionale altrimenti deve coincidere con quest'ultimo. In caso di attività libero professionale, in tale campo, devono essere inserita esclusivamente 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 n°283 del 19/03/2001.	1	
66	impprof	Importo per prestazioni libero professionali	E	292-299	8	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 n°283 del 19/03/2001. Se la <b>modalità di erogazione</b> (pos. 244) contiene il codice "1", "2", "5" o "6" tale campo deve essere maggiore di "0", altrimenti deve essere pari a "0".	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
67	impcomf	Importo per comfort alberghiero	E	300-307	8	<p>Importo in Euro.</p> <p>La cifra da inserire è quella versata direttamente dall'utente per le prestazioni di comfort alberghiero.</p> <p>Deve essere compilato:</p> <p>a) quando la modalità di erogazione è in regime libero professionale a pagamento 'intra moenia' + differenza alberghiera;</p> <p>b) quando la modalità di erogazione "differenza alberghiera";</p> <p>c) quando la modalità di erogazione è attività libero professionale di dipendenti della struttura privata + differenza alberghiera.</p> <p>Si controlla pertanto che tale campo sia compilato quando <b>modalità di erogazione</b> (pos. 244) è uguale a "2", "4" o "6".</p>	1	
68	convenz	Convenzione	C	308-308	1	<p>Valori ammessi:</p> <p>"0" = ricovero non soggetto a rapporto convenzionale fra soggetti erogatori</p> <p>"1" = ricovero oggetto di rapporto convenzionale.</p> <p>"3" = ricovero il cui importo è stato valutato in relazione ai contratti tra azienda sanitaria e struttura privata accreditata.</p> <p>Si ricorda che in questo caso 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.</p> <p>Se il campo contiene codice "1" <b>importo aziendale</b> (pos. 283-291) dovrà essere inferiore o uguale alla somma di <b>importo+importo oltre soglia</b>.</p> <p>Il codice 3, ammesso solo per le case di cura private, è una certificazione da parte della Azienda USL competente dell'applicazione dei contratti in essere con le strutture private accreditate con l'implicazione che il valore riportato nel campo <b>impazie</b> (campo 65 del presente tracciato), nel caso in cui <b>f_impazie</b> (campo 146 del tracciato §1.8.2) sia valorizzato a 0 tiene conto di questa applicazione ed e quello da utilizzare nelle compensazioni infraregionali.</p> <p>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 struttura.</p>	2	
69	compens	Compensazione	C	309-309	1	<p>Valori ammessi:</p> <p>"0" = non soggetto a compensazione</p> <p>"1" = soggetto a compensazione (erogati ad utenti residenti in Toscana o in altre Regioni italiane che abbiano "onere della degenza" pos. 79 diverso da "4" o "convenzione" pos. 308 diversa da "1").</p> <p>Se valore "0" si controlla che <b>onere della degenza</b> pos.79= "4" o <b>convenzione</b> pos.308= "1" o <b>Regione di residenza dell'utente</b> pos.252-254 = "999".</p>	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						Se la struttura erogatrice è una casa di cura non accreditata unico valore ammesso "0".		
70	percabb	Percentuale abbattimento	N	310-312	3	Da inserire per i ricoveri erogati dalle Case di Cura Private che superano i tetti fissati. Valori ammessi: 000 = nessun abbattimento da 001 a 100 = percentuale di abbattimento praticata. Se il campo viene compilato con un valore diverso da 000 si controlla che il <b>codice ospedale/sede ospedale</b> (pos. 1-8) sia relativo ad una Casa di Cura privata e che <b>importo aziendale</b> pos. 283-291 risulti minore dell'importo determinato a livello regionale ( <b>importo+importo oltre soglia</b> ).	1	
71	contass	Continuità assistenziale	C	313-314	2	Valori ammessi: "00" = altro "01" = dimesso dalla fase acuta per passaggio alla fase riabilitativa "02" = ammesso in riabilitazione (specialità 28, 56, 75) dopo dimissione da ricovero per acuti. Se il campo viene compilato con "02" si controlla che le prime due posizioni del campo <b>reparto di ammissione</b> siano pari o a "28" o a "56" o a "75".	1	
72	Neonat	Neonato	C	315-315	1	Valori ammessi: "0" = non neonato "1" = neonato sano "2" = neonato non sano. "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). Se il campo viene compilato con "0" allora la <b>data di nascita dell'utente</b> (pos. 20-27) deve essere diversa dalla <b>data di ricovero</b> (pos. 67-74). Se il campo viene compilato con "1" allora la <b>data di nascita dell'utente</b> (pos. 20-27) deve essere uguale alla <b>data di ricovero</b> (pos. 67-74). Se il campo viene compilato con "2" o "3" allora la <b>data di nascita dell'utente</b> (pos. 20-27) deve essere uguale alla <b>data di ricovero</b> (pos. 67-74) e il campo <b>DRG attribuito dalla Regione</b> (pos. 445-447) non deve contenere il valore "391".	2	
73	skmadre	Numero scheda della madre	N	316-325	10	Valori ammessi: 0000000000 se relativo a non neonato; anno pratica + numero pratica della scheda della madre se neonato sano o se neonato non sano; 9999999999 se la madre non provvede al riconoscimento sia per il neonato	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						sano che per il neonato non sano. Se il campo viene compilato con 0000000000 si controlla che il campo <b>neonat</b> (pos. 315) sia uguale a "0" o "3".		
74	<b>pesonasc</b>	<b>Peso alla nascita</b>	N	326-329	4	Inserire il peso in grammi alla nascita e va riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero contingente alla nascita dello stesso. In caso di non neonato riempire con 0. Si controlla che la data di nascita sia uguale alla data di ricovero e che nel campo <b>neonat</b> sia inserito valore "1" o "2". Il valore riportato deve essere coerente con i codici diagnosi appartenenti alle categorie ICD9CM '07 764-766 (problemi di crescita fetale, prematurità ecc..)	1	
75	<b>anonimo</b>	<b>Utente coperto da anonimato</b>	C	330-330	1	Valori ammessi: "0"= no (utente non coperto da anonimato) "1"=si (utente coperto da anonimato)	2	
76	<b>noteDRG</b>	<b>Note ai DRG</b>	C	331-332	2	Per alcuni DRG questo campo serve per identificare il tipo di casistica e quindi la tariffazione giusta da applicare. Valori ammessi: come da tabella di supporto presente nei NAL. Nel caso di DRG non presenti nella specifica tabella di supporto unico valore ammesso "00"	2	
77	<b>Control</b>	<b>Controllo campionario</b>	C	333-333	1	Deve essere indicato se la scheda fa parte o meno del campione sottoposto alle procedure di verifica di coerenza tra le prestazioni, le diagnosi e le informazioni anagrafiche registrate nella cartella clinica e quelle riportate nel presente flusso e di coerenza tra gli atti amministrativi relativi alla modalità di regolamentazione dei rapporti finanziari e quelli riportati nel presente flusso informativo. Valori ammessi: "1" = scheda entrata a far parte del campione "2" = scheda non entrata a far parte del campione	1	
78	<b>Vuoto</b>	<b>Campo vuoto</b>	N	334-337	4			
79	<b>Titstu</b>	<b>Titolo di studio</b>	C	338-338	1	Per le schede relative a neonati (data di nascita = data di ricovero) e per tutti i soggetti che in base all'età non possono aver conseguito nemmeno il titolo di licenza elementare, è ammesso solo il valore "0". Per tutte le altre schede sono ammessi i seguenti valori: "1" = nessun titolo o licenza di scuola elementare (per "nessun titolo" si intende il caso di soggetti che per età potrebbero avere conseguito almeno un titolo di studio, ma che non ne posseggono alcuno) "2" = licenza di scuola media inferiore "3" = diploma e maturità di scuola media superiore "4" = diploma universitario o laurea breve	1	x

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						"5" = laurea "9" = non rilevato		
80	Tipomp	Tipologia del medico proponente	C	339-340	2	Valori ammessi: "01" = medico di base convenzionato; "02" = medico pediatra convenzionato; "03" = medico specialista dipendente del SSN; "04" = guardia turistica; "05" = guardia medica; "06" = medico INPS; "07" = medico INAIL; "08" = medico specialista interno; "09" = medico specialista esterno; "00" = nessuna prescrizione; "99" = altro	1	
81	datapre	Data di prenotazione	D	341-348	8	Il concetto di prenotazione fa riferimento al momento in cui il cittadino esprime la sua volontà rispetto al ricovero, ovvero è la data in cui la richiesta di ricovero programmato perviene all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94 (D.M. n. 135 del 08/07/2010). In caso di ricovero programmato (codice "1" e "5" del campo tipo di ricovero) la data di prenotazione deve essere sempre compilata ed antecedente alla data di ricovero, ma comunque inferiore a 550 giorni (18 mesi). In caso di ricovero non programmato (codici del campo tipo di ricovero diversi da "1" e "5") il campo può essere compilato. Ovvero nel caso 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, il campo tipo di ricovero deve contenere codici diversi da "1" e "5" e il campo data di prenotazione deve essere compilato. L'indicazione della data di prenotazione e l'informazione della data di ricovero, con la relativa determinazione del tempo di attesa, consentono di dare attuazione alle disposizioni normative che prevedono l'attivazione del registro dei ricoveri ospedalieri.	1	x
82	datadisp	Data di prima disponibilità	D	349-356	8	In caso di ricovero chirurgico programmato (codice "1" e "5" del campo <b>tipo di ricovero</b> ) questo campo deve essere compilato con la prima data che la struttura propone per il ricovero. Tale data può essere coincidente con quella di ammissione nel caso in cui non ci siano stati impedimenti clinici o personali da parte dell'utente. Tale campo deve essere sempre compilato	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modificato
						nel caso in cui sia compilata la data di prenotazione		
83	<b>priorità</b>	<b>Classe di priorità del ricovero</b>	C	357-357	1	Le modalità di compilazione di questo campo sono quelle previste dall'accordo stato-regioni dell'11 luglio 2002. Valori ammessi: "A": classe A - ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi "B": classe B - ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi "C": classe C - ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi "D": classe D - ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.	1	
84	<b>ricops</b>	<b>Ricovero da Pronto Soccorso</b>	C	358-358	1	In tale campo deve essere rilevato se il paziente accede al ricovero dal pronto soccorso oppure no e quindi è deputato ad identificare i ricoveri disposti da PS/DEA. Valori ammessi: "1" =disposto da PS; "2"=non diposto da PS Per i ricoveri programmati ( <b>tiporico</b> ="1" o "5") unico valore ammesso "2".	1	
85	<b>ludom</b>	<b>Luogo di domicilio</b>	C	359-364	6	Da compilare con il codice ISTAT del comune di domicilio solo per gli stranieri non residenti. Il valore immesso in questo campo deve essere pertanto congruente con i campi <b>cittadinanza</b> e <b>comune di residenza</b> ed in particolare i valori ammessi sono: codice ISTAT dei comuni italiani se il campo <b>cittu</b> è diverso da "100" e "000" e se il campo <b>lures</b> è uguale a "999" seguito da un codice di stato estero, altrimenti il campo deve essere compilato con "000000".	1	
86	<b>causest</b>	<b>Causa esterna</b>	C	365-369	5	il campo è stato introdotto con il D.M. n. 135 del 8 luglio 2010 per poter svolgere analisi epidemiologiche sulla prevenzione di incidenti ed infortuni. Il campo deve essere compilato con i codice "E" della classificazione ICD9CM 2007. La compilazione è prevista solo nel caso in cui in almeno una delle diagnosi (principale e/o secondarie) sia presente un codice ICD9CM 2007 compreso tra 800 e 999 (estremi compresi).	1	x

1.8.2- Tracciato record della scheda prestazioni di ricovero (SKNO) inviato dalla Regione alle Aziende sanitarie - 471 bytes

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.

Di seguito vengono indicate le specialità:

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lungh.	Note
1	codosp	codice ospedale/sede ospedale	C	1-8	8	Vedi tracciato §1.8.1
2	anprat	anno pratica	N	9-12	4	Vedi tracciato §1.8.1
3	nprat	n° pratica	N	13-18	6	Vedi tracciato §1.8.1
4	sexu	Sesso dell'utente	C	19-19	1	Vedi tracciato §1.8.1
5	datanasc	data di nascita dell'utente	D	20-27	8	Vedi tracciato §1.8.1
6	lunasc	luogo di nascita	C	28-33	6	Vedi tracciato §1.8.1
7	statociv	stato civile	C	34-34	1	Vedi tracciato §1.8.1
8	lures	residenza utente	C	35-40	6	Vedi tracciato §1.8.1
9	cittu	cittadinanza dell'utente	C	41-43	3	Vedi tracciato §1.8.1
10	codfiscu	codice fiscale dell'utente	C	44-59	16	Vedi tracciato §1.8.1
11	regiscu	Regione di iscrizione sanitaria dell'utente	C	60-62	3	Vedi tracciato §1.8.1
12	usliscu	Azienda USL di iscrizione sanitaria dell'utente	C	63-65	3	Vedi tracciato §1.8.1
13	regimric	regime ricovero	C	66-66	1	Vedi tracciato §1.8.1
14	datingr	data di ricovero	D	67-74	8	Vedi tracciato §1.8.1
15	repamm	reparto di ammissione	C	75-78	4	Vedi tracciato §1.8.1
16	onere	onere della degenza	C	79-79	1	Vedi tracciato §1.8.1
17	provza	provenienza del paziente-medico inviante	C	80-80	1	Vedi tracciato §1.8.1
18	tiporico	tipo di ricovero	C	81-81	1	Vedi tracciato §1.8.1
19	motivo	motivo ricovero	C	82-82	1	Vedi tracciato §1.8.1
20	traumat	traumatismi o intossicazioni	C	83-83	1	Vedi tracciato §1.8.1
21	tras1	data trasferimento 1	D	84-91	8	Vedi tracciato §1.8.1
22	rep1	reparto trasferimento 1	C	92-95	4	Vedi tracciato §1.8.1
23	tras2	data trasferimento 2	D	96-103	8	Vedi tracciato §1.8.1
24	rep2	reparto trasferimento 2	C	104-107	4	Vedi tracciato §1.8.1
25	tras3	data trasferimento 3	D	108-115	8	Vedi tracciato §1.8.1
26	rep3	reparto trasferimento 3	C	116-119	4	Vedi tracciato §1.8.1
27	repdim	reparto di dimissione	C	120-123	4	Vedi tracciato §1.8.1
28	afo	AFO	C	124-124	1	Vedi tracciato §1.8.1

<b>Campo</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipo</b>	<b>Pos.</b>	<b>Lungh.</b>	<b>Note</b>
29	<b>datdim</b>	<b>data di dimissione</b>	D	125-132	8	Vedi tracciato §1.8.1
30	<b>modim</b>	<b>modalità dimissione</b>	C	133-133	1	Vedi tracciato §1.8.1
31	<b>risaut</b>	<b>riscontro autoptico</b>	C	134-134	1	Vedi tracciato §1.8.1
32	<b>diadim</b>	<b>diagnosi principale di dimissione</b>	C	135-139	5	Vedi tracciato §1.8.1
33	<b>dia1</b>	<b>diagnosi secondaria 1</b>	C	140-144	5	Vedi tracciato §1.8.1
34	<b>dia2</b>	<b>diagnosi secondaria 2</b>	C	145-149	5	Vedi tracciato §1.8.1
35	<b>dia3</b>	<b>diagnosi secondaria 3</b>	C	150-154	5	Vedi tracciato §1.8.1
36	<b>dia4</b>	<b>diagnosi secondaria 4</b>	C	155-159	5	Vedi tracciato §1.8.1
37	<b>dia5</b>	<b>diagnosi secondaria 5</b>	C	160-164	5	Vedi tracciato §1.8.1
38	<b>datchi</b>	<b>data intervento chirurgico o procedura principale</b>	D	165-172	8	Vedi tracciato §1.8.1
39	<b>codchi</b>	<b>codice intervento chirurgico o procedura principale</b>	C	173-176	4	Vedi tracciato §1.8.1
40	<b>datchi2</b>	<b>data altro intervento chirurgico o proc.2.</b>	D	177-184	8	Vedi tracciato §1.8.1
41	<b>codchi2</b>	<b>codice altro intervento chirurgico o proc.2.</b>	C	185-188	4	Vedi tracciato §1.8.1
42	<b>datchi3</b>	<b>data altro intervento chirurgico o proc. 3</b>	D	189-196	8	Vedi tracciato §1.8.1
43	<b>codchi3</b>	<b>codice altro intervento chirurgico o proc.3</b>	C	197-200	4	Vedi tracciato §1.8.1
44	<b>datchi4</b>	<b>data altro intervento chirurgico o proc. 4</b>	D	201-208	8	Vedi tracciato §1.8.1
45	<b>codchi4</b>	<b>codice altro intervento chirurgico o proc.4</b>	C	209-212	4	Vedi tracciato §1.8.1
46	<b>datchi5</b>	<b>data altro intervento chirurgico o proc. 5</b>	D	213-220	8	Vedi tracciato §1.8.1
47	<b>codchi5</b>	<b>codice altro intervento chirurgico o proc.5</b>	C	221-224	4	Vedi tracciato §1.8.1
48	<b>datchi6</b>	<b>data altro intervento chirurgico o proc. 6</b>	D	225-232	8	Vedi tracciato §1.8.1
49	<b>codchi6</b>	<b>codice altro intervento chirurgico o proc.6</b>	C	233-236	4	Vedi tracciato §1.8.1
50	<b>ricdh</b>	<b>ricovero in Day-Hospital</b>	C	237-237	1	Vedi tracciato §1.8.1
51	<b>posprof</b>	<b>posizione professionale</b>	C	238-239	2	Vedi tracciato §1.8.1
52	<b>finaldh</b>	<b>finalità del Day-Hospital</b>	C	240-240	1	Vedi tracciato §1.8.1
53	<b>azist</b>	<b>Azienda sanitaria di appartenenza dell'istituto erogatore del ricovero</b>	C	241-243	3	Vedi tracciato §1.8.1
54	<b>modero</b>	<b>modalità di erogazione</b>	C	244-244	1	Vedi tracciato §1.8.1
55	<b>drgazie</b>	<b>DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice</b>	C	245-247	3	Vedi tracciato §1.8.1
56	<b>ndh</b>	<b>numero presenze in Day-Hospital</b>	N	248-250	3	Vedi tracciato §1.8.1
57	<b>opera</b>	<b>Tipo operazione</b>	C	251-251	1	Vedi tracciato §1.8.1
58	<b>regresu</b>	<b>Regione di residenza dell'utente</b>	C	252-254	3	Vedi tracciato §1.8.1
59	<b>uslresu</b>	<b>Azienda sanitaria di residenza utente</b>	C	255-257	3	Vedi tracciato §1.8.1
60	<b>regmp</b>	<b>Regione ove opera il medico proponente</b>	C	258-260	3	Vedi tracciato §1.8.1
61	<b>uslmp</b>	<b>Azienda sanitaria ove opera il medico proponente</b>	C	261-263	3	Vedi tracciato §1.8.1
62	<b>codfismp</b>	<b>Codice fiscale del medico proponente</b>	C	264-279	16	Vedi tracciato §1.8.1
63	<b>autpror</b>	<b>Autorizzazione proroga</b>	C	280-280	1	Vedi tracciato §1.8.1
64	<b>ggpror</b>	<b>Giornate di proroga autorizzate</b>	N	281-282	2	Vedi tracciato §1.8.1
65	<b>impazie</b>	<b>Importo Aziendale</b>	E	283-291	9	Vedi tracciato §1.8.1

<b>Campo</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipo</b>	<b>Pos.</b>	<b>Lungh.</b>	<b>Note</b>
66	<b>impprof</b>	<b>Importo per prestazioni libero professionali</b>	E	292-299	8	Vedi tracciato §1.8.1
67	<b>impcmf</b>	<b>Importo per comfort alberghiero</b>	E	300-307	8	Vedi tracciato §1.8.1
68	<b>convenz</b>	<b>Convenzione</b>	C	308-308	1	Vedi tracciato §1.8.1
69	<b>compens</b>	<b>Compensazione</b>	C	309-309	1	Vedi tracciato §1.8.1
70	<b>percabb</b>	<b>Percentuale abbattimento</b>	N	310-312	3	Vedi tracciato §1.8.1
71	<b>contass</b>	<b>Continuità assistenziale</b>	C	313-314	2	Vedi tracciato §1.8.1
72	<b>neonat</b>	<b>Neonato</b>	C	315-315	1	Vedi tracciato §1.8.1
73	<b>skmadre</b>	<b>Numero scheda della madre</b>	N	316-325	10	Vedi tracciato §1.8.1
74	<b>pesonasc</b>	<b>Peso alla nascita</b>	N	326-329	4	Vedi tracciato §1.8.1
75	<b>anonimo</b>	<b>Utente coperto da anonimato</b>	C	330-330	1	Vedi tracciato §1.8.1
76	<b>noteDRG</b>	<b>Note ai DRG</b>	C	331-332	2	Vedi tracciato §1.8.1
77	<b>control</b>	<b>Controllo campionario</b>	C	333-333	1	Vedi tracciato §1.8.1
78	<b>vuoto</b>	<b>Vuoto</b>	N	334-337	4	Vedi tracciato §1.8.1
79	<b>Titstu</b>	<b>Titolo di studio</b>	C	338-338	1	Vedi tracciato §1.8.1
80	<b>Tipomp</b>	<b>Tipologia del medico proponente</b>	C	339-340	2	Vedi tracciato §1.8.1
81	<b>datapre</b>	<b>Data di prenotazione</b>	D	341-348	8	Vedi tracciato §1.8.1
82	<b>datadisp</b>	<b>Data di prima disponibilità</b>	D	349-356	8	Vedi tracciato §1.8.1
83	<b>priorità</b>	<b>Classe di priorità del ricovero</b>	C	357-357	1	Vedi tracciato §1.8.1
84	<b>ricops</b>	<b>Ricovero da Pronto Soccorso</b>	C	358-358	1	Vedi tracciato §1.8.1
85	<b>ludom</b>	<b>Luogo di domicilio</b>	C	359-364	6	Vedi tracciato §1.8.1
86	<b>causest</b>	<b>Causa esterna</b>	C	365-369	5	Vedi tracciato §1.8.1
87	<b>flagsk</b>	<b>Flag stato scheda</b>	C	370-370	1	Valori : “0”=scheda esatta “1”=segnala l’esistenza di errori lievi su uno o più campi che non pregiudicano la valorizzazione della scheda “2”=segnala l’esistenza su uno o più campi di errori gravi in questo caso la dimissione non viene valorizzata “9”=segnala l’esistenza di errori bloccanti, in questo caso la scheda viene scartata.
88	<b>F_sexu</b>	<b>Flag errore campo sesso dell’utente</b>	C	371-371	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato
89	<b>F_datanasc</b>	<b>Flag errore campo data di nascita dell’utente</b>	C	372-372	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato
90	<b>F_lunasc</b>	<b>Flag errore campo luogo di nascita</b>	C	373-373	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato
91	<b>F_statociv</b>	<b>Flag errore campo stato civile</b>	C	374-374	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato
92	<b>F_lures</b>	<b>Flag errore campo residenza utente</b>	C	375-375	1	“0”=campo corretto “1”=campo errato

<b>Campo</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipo</b>	<b>Pos.</b>	<b>Lungh.</b>	<b>Note</b>
93	<b>F_cittu</b>	<b>Flag errore campo cittadinanza dell'utente</b>	C	376-376	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
94	<b>F_codfiscu</b>	<b>Flag errore campo codice fiscale dell'utente</b>	C	377-377	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
95	<b>F_regiscu</b>	<b>Flag errore campo Regione di iscrizione sanitaria dell'utente</b>	C	378-378	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
96	<b>F_usliscu</b>	<b>Flag errore campo Azienda USL di iscrizione sanitaria dell'utente</b>	C	379-379	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
97	<b>F_regimric</b>	<b>Flag errore campo regime ricovero</b>	C	380-380	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
98	<b>F_datingr</b>	<b>Flag errore campo data di ricovero</b>	C	381-381	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
99	<b>F_repamm</b>	<b>Flag errore campo reparto di ammissione</b>	C	382-382	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
100	<b>F_onere</b>	<b>Flag errore campo onere della degenza</b>	C	383-383	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
101	<b>F_provza</b>	<b>Flag errore campo provenienza del paziente-medico inviante</b>	C	384-384	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
102	<b>F_tiporico</b>	<b>Flag errore campo tipo di ricovero</b>	C	385-385	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
103	<b>F_motivo</b>	<b>Flag errore campo motivo ricovero</b>	C	386-386	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
104	<b>F_traumat</b>	<b>Flag errore campo traumatismi o intossicazioni</b>	C	387-387	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
105	<b>F_tras1</b>	<b>Flag errore campo data trasferimento 1</b>	C	388-388	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
106	<b>F_rep1</b>	<b>Flag errore campo reparto trasferimento 1</b>	C	389-389	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
107	<b>F_tras2</b>	<b>Flag errore campo data trasferimento 2</b>	C	390-390	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
108	<b>F_rep2</b>	<b>Flag errore campo reparto trasferimento 2</b>	C	391-391	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
109	<b>F_tras3</b>	<b>Flag errore campo data trasferimento 3</b>	C	392-392	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
110	<b>F_rep3</b>	<b>Flag errore campo reparto trasferimento 3</b>	C	393-393	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
111	<b>F_repdim</b>	<b>Flag errore campo reparto di dimissione</b>	C	394-394	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
112	<b>F_Afo</b>	<b>Flag errore campo AFO</b>	C	395-395	1	"0"=campo corretto

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lungh.	Note
						"1"=campo errato
113	F_datdim	Flag errore campo data di dimissione	C	396-396	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
114	F_modim	Flag errore campo modalità dimissione	C	397-397	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
115	F_risaut	Flag errore campo riscontro autoptico	C	398-398	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
116	F_diadim	Flag errore campo diagnosi principale di dimissione	C	399-399	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
117	F_dia1	Flag errore campo diagnosi secondaria 1	C	400-400	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
118	F_dia2	Flag errore campo diagnosi secondaria 2	C	401-401	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
119	F_dia3	Flag errore campo diagnosi secondaria 3	C	402-402	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
120	F_dia4	Flag errore campo diagnosi secondaria 4	C	403-403	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
121	F_dia5	Flag errore campo diagnosi secondaria 5	C	404-404	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
122	F_datchi	Flag errore campo data intervento chirurgico o procedura principale	C	405-405	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
123	F_codchi	Flag errore campo codice intervento chirurgico o procedura principale	C	406-406	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
124	F_datchi2	Flag errore campo data altro intervento chirurgico o proc.2.	C	407-407	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
125	F_codchi2	Flag errore campo codice altro intervento chirurgico o proc.2.	C	408-408	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
126	F_datchi3	Flag errore campo data altro intervento chirurgico o proc. 3	C	409-409	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
127	F_codchi3	Flag errore campo codice altro intervento chirurgico o proc.3	C	410-410	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
128	F_datchi4	Flag errore campo data altro intervento chirurgico o proc. 4	C	411-411	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
129	F_codchi4	Flag errore campo codice altro intervento chirurgico o proc.4	C	412-412	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
130	F_datchi5	Flag errore campo data altro intervento chirurgico o proc. 5	C	413-413	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
131	F_codchi5	Flag errore campo codice altro intervento chirurgico o proc.5	C	414-414	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato

<b>Campo</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipo</b>	<b>Pos.</b>	<b>Lungh.</b>	<b>Note</b>
132	F_datchi6	Flag errore campo data altro intervento chirurgico o proc. 6	C	415-415	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
133	F_codchi6	Flag errore campo codice altro intervento chirurgico o proc.6	C	416-416	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
134	F_ricdh	Flag errore campo ricovero in Day-Hospital	C	417-417	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
135	F_posprof	Flag errore campo posizione professionale	C	418-418	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
136	F_finaldh	Flag errore campo finalità del Day-Hospital		419-419	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
137	F_modero	Flag errore campo modalità di erogazione	C	420-420	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
138	F_drgazie	Flag errore campo DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	421-421	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
139	F_ndh	Flag errore campo numero presenze in Day-Hospital	C	422-422	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
140	F_regresu	Flag errore campo Regione di residenza dell'utente	C	423-423	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
141	F_uslresu	Flag errore campo Azienda sanitaria di residenza utente	C	424-424	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
142	F_regmp	Flag errore campo Regione ove opera il medico proponente	C	425-425	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
143	F_uslmp	Flag errore campo Azienda sanitaria ove opera il medico proponente	C	426-426	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
144	F_codfismp	Flag errore campo Codice fiscale del medico proponente	C	427-427	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
145	F_autpror	Flag errore campo Autorizzazione proroga	C	428-428	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
146	F_ggpror	Flag errore campo Giornate di proroga autorizzate	C	429-429	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
147	F_impazie	Flag errore campo Importo Aziendale	C	430-430	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
148	F_impprof	Flag errore campo Importo per prestazioni libero professionali	C	431-431	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
149	F_impcomf	Flag errore campo Importo per comfort alberghiero	C	432-432	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
150	F_convenz	Flag errore campo Convenzione	C	433-433	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
151	F_compens	Flag errore campo Compensazione	C	434-434	1	"0"=campo corretto

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lungh.	Note
						"1"=campo errato
152	F_percabb	Flag errore campo Percentuale abbattimento	C	435-435	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
153	F_contass	Flag errore campo Continuità assistenziale	C	436-436	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
154	F_neonat	Flag errore campo Neonato	C	437-437	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
155	F_skmadre	Flag errore campo Numero scheda della madre	C	438-438	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
156	F_pesonasc	Flag errore campo Peso alla nascita	C	439-439	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
157	F_anonimo	Flag errore campo Utente coperto da anonimato	C	440-440	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
158	F_NoteDRG	Flag errore campo note DRG	C	441-441	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
159	F_control	Flag errore campo Controllo campionario	C	442-442	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
160	F_tipomp	Flag errore campo Tipologia del medico proponente	C	443-443	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
161	F_datapre	Flag errore campo Data di prenotazione	C	444-444	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
162	F_titstu	Flag errore campo Titolo di studio	C	445-445	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
163	F_datadisp	Flag errore campo Data di prima disponibilità	C	446-446	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
164	F_priorità	Flag errore campo Classe di priorità del ricovero	C	447-447	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
165	F_ricops	Flag errore campo Ricovero da Pronto Soccorso	C	448-448	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
166	F_ludom	Flag errore campo Luogo di domicilio	C	449-449	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
167	F_causest	Flag errore campo Causa Esterna	C	450-450	1	"0"=campo corretto "1"=campo errato
168	drgreg	DRG attribuito dalla Regione	C	451-453	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").
169	mdcreg	MDC attribuito dalla Regione	C	454-455	2	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 24 (valori come da archivio regionale DRG: per esempio MDC

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lungh.	Note
						“malattie e disturbi dell’occhio” il valore sarà “02”).
170	imp1reg	Importo	E	456-464	9	Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione al campo 166 <b>drgreg</b> .
171	imp2reg	Importo oltre soglia	E	465-473	9	Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione al campo 166 <b>drgreg</b> : applicazione della tariffa giornate di degenza oltre soglia
172	DRG_19	DRG 19 attribuito dalla Regione	C	474-476	3	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 19: il valore è riportato esclusivamente al fine di effettuare analisi di tipo comparativo.
173	vuoto	Campo vuoto	C	477-482	6	
174	classe	Classe Istituto	C	483-483	1	Attribuito dalla Regione.
175	regint	Regione di residenza dell’utente riattribuita dalla Regione	C	484-486	3	Se residente in Italia codici delle regioni italiane Se residente all’estero “999” Se non attribuibile “000”
176	uslint	Azienda sanitaria di residenza utente riattribuita dalla Regione	C	487-489	3	Se residente in Italia codice dell’Azienda USL di residenza. Se residente all’estero codice dello Stato estero Se non attribuibile “000”
177	Eta	Età alla dimissione del paziente calcolata dalla Regione	N	490-492	3	Attribuito dalla Regione
178	ggdeg	Giornate di degenza calcolate dalla Regione	N	493-496	4	Attribuito dalla Regione
179	tiporic	tipologia di ricovero riattribuita dalla Regione	C	497-497	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

### 1.8.3- Tracciato record della scheda prestazioni di ricovero (SKNO) inviato dalla Regione a Ministero della Sanità- Anno 2010

Il contenuto dell’archivio è ricavato dalle informazioni trasmesse dalle Aziende Sanitarie secondo le specifiche del tracciato riportato al §1.8.1 ricodificate per allinearsi a quanto riportato nel DM 380 del 27/10/00:

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
1	Codosp	Codice istituto	C	1 – 8	8	
1	Codosp	Codice istituto	C	1 – 8	8	Nel caso di presidi non organizzati in più stabilimenti gli ultimi 2 caratteri devono essere valorizzati con “00”
2	Anprat/nprat	Numero della scheda	C	9 – 16	8	Ultimi due caratteri del campo anprat +campo nprat
3	Sexu	Sesso	C	17 – 17	1	
4	Datanasc	Data di nascita	D	18 – 25	8	
5	Lunasc	Comune di nascita	C	26 – 31	6	
6	Statociv	Stato civile	C	32 – 32	1	
7	Lures	Luogo di residenza	C	33 – 38	6	se Comune estero (primi tre caratteri =“999”) → <b>ludom</b>
8	Cittu	Cittadinanza	C	39 – 41	3	Ricodifica del codice “000” i n blank
9	Codfiscu	Codice sanitario individuale	C	42 – 57	16	
10	Regresu	Regione di residenza	C	58 – 60	3	In caso di residente all’estero (regresu =”999”) dovrà essere inserito il codice dello stato estero presente nel campo uslresu
11	Uslresu	U.S.L. di residenza	C	61 – 63	3	In caso di stranieri (regresu=”999”) dovrà essere inserito il blank
12	titstu	Titolo di studio	C	64 – 64	1	le modalità “0” e “9” → blank
13		Campo vuoto	C	65 – 100	36	Impostato con spazio

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
1	Codosp	Codice istituto	C	1 – 8	8	Nel caso di presidi non organizzati in più stabilimenti gli ultimi 2 caratteri devono essere valorizzati con “00”
2	Anprat/nprat	Numero della scheda	C	9 – 16	8	Ultimi due caratteri del campo <b>anprat</b> +campo <b>nprat</b>
3	Regimric	Regime di ricovero	C	17 – 17	1	
4	Datingr	Data di ricovero	D	18 – 25	8	
5	Onere	Onere della degenza	C	26 – 26	1	La modalità “1”, “3”, “4”, “7”, “8”, “A” e “9” rimangono tali Ricodifiche: la modalità “5” → “1”; le modalità “B” e “C” → “9”; se <b>onere</b> =”2” e <b>modero</b> =”1” → ”5”; se <b>onere</b> =”2” e <b>modero</b> =”2” → ”6”; se <b>onere</b> =”2” e <b>modero</b> =”4” → ”2”; se <b>onere</b> =”2” e <b>modero</b> =”5” → ”5”; se <b>onere</b> =”2” e <b>modero</b> =”6” → ”6”;
6	Provza	Provenienza del paziente	C	27 – 27	1	La modalità zero →blank, la modalità “8” → “1”
7	Tiporico	Tipo di ricovero	C	28 – 28	1	Se <b>regimric</b> =”2” → blank.

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
						Ricodifiche: la modalità zero → blank; la modalità "4" → "1"; la modalità "5" → "4".
8	Traumat	Traumatismi o intossicazioni	C	29 – 29	1	La modalità "6" e "7" → "9" la modalità "0" → blank
9	Repdim	Unità operativa di dimissione	C	30 – 33	4	
10	Datdim	Data di dimissione o morte	D	34 – 41	8	
11	Modim	Modalità di dimissione	C	42 – 42	1	La modalità "7" → "9", la modalità "8" → "7" la modalità "9" → "8"
12	Risaut	Riscontro autoptico	C	43 – 43	1	La modalità zero → blank
13	Finaldh	Motivo ricovero in regime diurno	C	44 – 44	1	La modalità "1" → "3"; la modalità "2" → "4"; la modalità "3" → "1"; la modalità "4" → "1"; la modalità "5" → "3"; la modalità "8" → "2"; la modalità "9" → "2"; la modalità zero → blank
14	Ndh	Numero giornate di presenza in ricovero diurno	N	45 – 47	3	
15	Pesonasc	Peso alla nascita	N	48 – 51	4	
16	Diadim	Diagnosi principale di dimissione	C	52 – 56	5	
17	Dia1	Diagnosi secondaria 1	C	57 – 61	5	
18	Dia2	Diagnosi secondaria 2	C	62 – 66	5	
19	Dia3	Diagnosi secondaria 3	C	67 – 71	5	
20	Dia4	Diagnosi secondaria 4	C	72 – 76	5	
21	Dia5	Diagnosi secondaria 5	C	77 – 81	5	
22	Datchi	Data intervento chirurgico principale	D	82 – 89	8	
23	Codchi	Intervento chirurgico principale o parto	C	90 – 93	4	
24	Codchi2	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 1	C	94 – 97	4	
25	Codchi3	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 2	C	98 – 101	4	
26	Codchi4	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 3	C	102 – 105	4	

<b>Campo</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipo</b>	<b>Pos.</b>	<b>Lung.</b>	<b>Note</b>
27	Codchi5	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 4	C	106 – 109	4	
28	Codchi6	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 5	C	110 – 113	4	
29	Datapre	Data di prenotazione	D	114-121	8	
30	Priorità	Classe di priorità del ricovero	C	122 - 122	1	
31	Causest	Codice cause esterna	C	123-127	5	
32		Campo vuoto	C	128 – 150	23	Impostato con spazio