

## **1. Scheda nosologica (SKNO)**

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; dai D.M. sanità n. 380 del 27.10.2000 e D.M. 8 luglio 2010 che adeguano 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 nei rapporti tra Aziende sanitarie e Regione Toscana dal 01/01/2014.

### **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** e **uslint**. 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.

## 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 Aziende 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 che saranno introdotte nella RFC:*

- per ciascuna fase (ammissione – dimissione – degenza) l'intensità di cura secondo i livelli critico/acuto/bassa intensità
- oltre ai trasferimenti di reparto saranno rilevati anche i trasferimenti di intensità anche all'interno del medesimo reparto di cura corredate dalla data e dall'ora
- 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 **opera** = 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**, **codosp**, **anprat**, **nprat**; 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 **azist** e a **codosp** 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
- presenza di valori ammessi nei campi che identificano la SDO: nel campo **nprat** 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 **anprat** - Anno solare di apertura della cartella – viene verificato che il valore riportato coincida con l’anno di ammissione ed inoltre, per le schede con **regimric**=2, l’anno deve essere uguale a quello di dimissione e, per le schede con **regimric**=1, l’anno può essere pari o antecedente a quello di dimissione.
- presenza di valori non ammessi nel campo **opera** : codici validi 1, 2 e 3.
- La presenza nel database regionale delle schede che l’Azienda dichiara di voler cancellare o sostituire: se **opera** = 2 – sostituzione o 3 - eliminazione – deve essere presente una scheda con la medesima chiave nel database regionale.
- Presenza contemporanea della compilazione dei campi **codfiscu** e **IDutente**.

Nel caso in cui una delle verifiche sopraindicate 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 **opera** 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 **opera** - (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 **opera** compilato con codice 3 (cancellazione);
- 2) inviare il record con i campi chiave corretti e il campo **opera** 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.

### **1.6 La codifica degli errori**

Di seguito viene riportato l'elenco dei possibili valori presenti nel campo **Flag stato scheda** 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. 9 / 2012) del Manuale Flussi D.O.C..

### 1.7.1 Campi nuovi

**Importo precedente al controllo (impre-control, campo 90):** questo campo sarà utilizzato per determinare la percentuale di abbattimento tariffario, nell'ambito dei controlli di congruità delle informazioni tra cartella clinica e SDO (adempimento LEA).

Nel caso in cui la scheda nosologica non sia stata campionata oppure risulti corretta al controllo di congruità oppure campionata solo per il controllo di appropriatezza il campo deve essere compilato con 000000,00. Non sono ammessi valori nulli.

Nel caso in cui vengano verificate discordanze e quindi la scheda nosologica deve essere modificata, in questo campo deve essere riportato l'importo di tariffazione del ricovero premodifica: **imp1reg+imp2reg** nel caso in cui la scheda sia stata trasmessa in Regione, altrimenti l'importo valorizzato dalle procedure aziendali.

**Tipo percorso (percorso, campo 61):** al fine di monitorare compiutamente le attività di ricovero programmato, il presente campo sarà utilizzato per analizzare i tempi di attesa per specifiche linee di ricovero che saranno oggetto di atti regionali. La compilazione di questo campo deve essere effettuata in caso di ricovero programmato (codice 1 e 5 del campo **tipo di ricovero**). I valori ammessi sono riportati nella tabella di supporto "SDO\_percorso" messa a disposizione sui NAL.

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

**Controllo campionario (control, campo 77):** il presente campo ha la finalità di monitorare quanto previsto dalla DGR 877/2013 e successive modifiche o integrazioni. I controlli previsti sono di 2 tipologie:

1. Congruità, verifica di coerenza tra le prestazioni, le diagnosi e le informazioni anagrafiche registrate nella cartella clinica e tra gli atti amministrativi relativi alla modalità di regolamentazione dei rapporti finanziari e quanto riportato nella SDO
2. Appropriatezza, verifica campionaria della cartelle cliniche ad alto rischio di inappropriatezza.

I valori ammessi, riportati nella tabella di supporto "Controllo campionario" messa a disposizione sui NAL, consentono di rilevare se la scheda è stata campionata, per quale tipologia di controllo e l'esito del controllo medesimo.

Non sono ammessi valori nulli.

**Classe di priorità (priorita, campo 83):** le modalità di compilazione di questo campo sono quelle previste dalla Delibera G.R.T. 493/2011 e successive modifiche o integrazioni. La compilazione di questo campo deve essere effettuata in caso di ricovero programmato (codice 1 e 5 del campo **tipo di ricovero**) e deve essere coerente con il valore inserito in **Tipo percorso** (campo 61). I valori ammessi sono riportati nella tabella di supporto "SDO\_classi\_priorita" messa a disposizione sui NAL.

**Reparto di ammissione (repamm) e reparto di dimissione (repdim) campi 15 e 27:** 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 ultime due posizioni del campo "cod\_specialita" della tabella di supporto "specialita" sui NAL e, in aggiunta, non viene accettato il codice PT.

Inoltre, viene introdotto un controllo di coerenza con i modelli ministeriali (effettuato solo se la data di ammissione/dimissione è valida):

- per le strutture di ricovero per le quali è richiesta la compilazione del modello HSP12, si verifica che il codice del reparto (quattro caratteri) sia presente nella tabella "strutture\_specialita" sui NAL, cioè per la struttura siano stati dichiarati nel modello posti letto per quella specialità e progressivo divisione;
- per le case di cura, si controlla che la specialità (prime due posizioni) sia presente nella tabella "strutture\_specialita" sui NAL, cioè per la struttura siano stati dichiarati nel modello HSP13 posti letto autorizzati per quella specialità.

**Reparti di trasferimento (rep1, rep2 e rep3)** campi 22, 24 e 26: Da compilare solo per **regimric=1** (ordinario). Se il campo è compilato, o è compilato il relativo campo della data di trasferimento, per le prime due posizioni viene verificato che i codici siano congruenti con le ultime due posizioni del campo "cod\_specialita" della tabella di supporto "specialita" sui NAL.

Inoltre, viene introdotto un controllo di coerenza con i modelli ministeriali (effettuato solo se la data di trasferimento è valida):

- per le strutture di ricovero per le quali è richiesta la compilazione del modello HSP12, si verifica che il codice del reparto (quattro caratteri) sia presente nella tabella "strutture\_specialita" sui NAL, cioè per la struttura siano stati dichiarati nel modello posti letto per quella specialità e progressivo divisione;
- per le case di cura, si controlla che la specialità (prime due posizioni) sia presente nella tabella "strutture\_specialita" sui NAL, cioè per la struttura siano stati dichiarati nel modello HSP13 posti letto autorizzati per quella specialità.

### 1.7.3 Campi di particolare attenzione

**Data di prima disponibilità (datadisp, campo 82):** 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.

**Convenzione (Convenz, campo 68):** 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 **impazie** dovrà essere inferiore o uguale a **imp1reg+imp2reg**

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**, nel caso in cui **f\_impazie** = 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: i valori ammessi sono: 0 per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi (**datanasc = datingr**); 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** sia uguale 1 o 5; Se codice 8 il campo **tiporico** sia uguale 2; se codice 0 il campo **neonat** sia uguale a 1 o a 2 e il campo **datanasc** sia uguale a **datingr**.

**Note ai DRG (noteDRG, campo 76):** 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):** Valori ammessi: se ricovero in DH (**regimric=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 (**regimric =1**) unico valore ammesso: 0.

**Onere della degenza (onere, campo 16):** 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 il campo **modero** sia diverso da 1, 2, 4, 5 o 6; se onere=4 il campo **modero** sia diverso da 1, 2, 5 o 6; se onere=2 il campo **modero** 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** deve essere presente 999 seguito dal codice dello stato estero.

**Traumatismi o intossicazioni (traumat, campo 20):** valori ammessi: 0 = se **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):** deve essere inserito 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..)

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

1. **DRG attribuito dalla regione (DRG<sub>reg</sub>):** dal 01/01/2009 il codice DRG riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
2. **MDC attribuito dalla regione (MDC<sub>reg</sub>)** dal 01/01/2009 il valore riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
3. **Importo (imp1<sub>reg</sub>):** dal 01/01/2009 l'importo in Euro è attribuito il relazione al codice DRG riportato nel campo **drgreg** è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
4. **Importo oltre soglia (imp2<sub>reg</sub>)** dal 01/01/2009 l'importo in Euro è attribuito il relazione al codice DRG riportato nel campo **drgreg** è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
5. **DRG 19 attribuito dalla regione (DRG\_19):** 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.
6. **Regione di residenza dell'utente riattribuita dalla regione e Azienda sanitaria di residenza utente riattribuita dalla regione** campi **regint** e **uslint**: vista l'importanza dell'informazione della residenza dell'utente le procedure regionali restituiscono questi due campi cercando di effettuare la massima 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 **uslresu** = contiene un codice ammesso per gli Stati esteri allora **regint**=**999** e **uslint**=**uslresu**
    - se **regresu** = 999 (*straniero*) e **uslresu** = 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 (eta)**: le procedure regionali calcolano l'età del paziente alla dimissione (in anni compiuti). L'età è calcolata come differenza fra data di dimissione e data di nascita 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 (ggdeg)**: le giornate di degenza vengono determinate in modo diverso a seconda della tipologia di ricovero. Infatti per ricoveri di day hospital la durata coincide con il valore posto nella variabile preposta a contenere il numero di accessi, mentre in tutti gli altri casi si effettua la differenza fra data di ingresso e data di dimissione se non ci sono trasferimenti alla specialità fittizia PT.
- Poiché nel calcolo delle giornate di degenza ci sono molte eccezioni da tenere in considerazione è opportuno fare i seguenti controlli;
- se **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 (tiporic)**: le informazioni contenute in questo campo sono un'espansione dell'informazione contenuta nel **regime di ricovero** utili principalmente per la tariffazione e classificazione più dettagliata del ricovero; i valori assunti da tale variabile sono:

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

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

- se 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**.

5. **Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (certMEF)**: il campo può assumere i seguenti valori: 0=IDutente da sottoporre al MEF ; 1=IDutente certificato MEF; 2=IDutente non certificato MEF; 9=IDutente non presente in anagrafe regionale.

## 1.8- Contenuti e tracciati delle prestazioni di ricovero (SKNO) in vigore dal 01/01/2014

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

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 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
- con la lettera T si indicano i campi orario che devono rispettare il formato HH:mm nel fuso orario italiano

nella colonna **Pos.** si fornisce la posizione iniziale del 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	modifica
1	Codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	1	8	Campo chiave: archivio dei presidi ospedalieri della Toscana comprensivo della sede ospedaliera messo a disposizione nei NAL . Il Codice istituto deve essere esistente e in attività alla data di dimissione.	9	
2	anprat	Anno pratica	N	9	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 antecedente a quello di dimissione.	9	
3	nprat	N° pratica	N	13	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	1	Valori ammessi: 1 = maschio, 2 = femmina.	2	
5	datanasc	Data di nascita dell'utente	D	20	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	6	Se Comune italiano: Codice ISTAT dell'archivio anagrafico dei Comuni d'Italia, come da archivi messi a disposizione nei NAL 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	1	
7	statociv	Stato civile	C	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	6	Se <u>Comune italiano</u> : codice ISTAT dell'archivio anagrafico dei Comuni d'Italia; come da archivio messo a disposizione nei NAL se <u>Comune estero</u> : 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						dell'Interno per l'anagrafe della popolazione, come da archivio messo a disposizione nei NAL; per gli stranieri temporaneamente presenti con dichiarazione di indigenza (STP) 999 seguito dal codice dello stato estero che individua la nazionalità del soggetto rilevabile 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=1</b> )		
9	<b>cittu</b>	<b>Cittadinanza dell'utente</b>	C	41	3	Valori ammessi: 100= se l'utente ha <u>cittadinanza italiana</u> ; nel caso di utenti con <u>cittadinanza straniera</u> porre il codice dello Stato Estero definito dal Ministero dell'interno, come da archivio messo a disposizione nei NAL; 000= non rilevato.	1	
10	<b>codfiscu</b>	<b>Codice fiscale dell'utente</b>	C	44	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>lures</b> e/o <b>lunasc</b> 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 <b>sexu</b> =1, riportino valori compresi tra 01 e 31, mentre, se <b>sexu</b> =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=1</b> ) Si precisa che fino al 30/06/2012 è ammesso l'utilizzo <u>alternativo</u> di Codice Fiscale o Identificativo Univoco dell'utente. Si precisa che nel caso in cui sia compilato sia il campo <b>codfiscu</b> che il campo <b>IDutente</b> il record sarà scartato ( <b>flagtot=9</b> ). Dal 01/07/2012 sarà ammessa la compilazione esclusivamente dell'Identificativo Univoco dell'utente, pertanto questo campo dovrà essere lasciato vuoto ( <b>flagtot=9</b> ).	2	
11	<b>vuoto</b>	<b>vuoto</b>	C	60	3			
12	<b>vuoto</b>	<b>vuoto</b>	C	63	3			
13	<b>regimric</b>	<b>Regime ricovero</b>	C	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</b> , <b>finaldh</b> , <b>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	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
14	datigr	Data di ricovero	D	67	8	<p>Valori ammessi: ggmmaaaa.</p> <p>Nel caso di <b>regimric=2</b> deve essere indicato il primo giorno del ciclo di contatti con la struttura.</p> <p>Per i nati nella struttura la data di ricovero in ospedale deve essere uguale alla data di nascita.</p> <p>Si controlla che:</p> <p>Non sia successiva alla data di dimissione.</p> <p>Non sia anteriore alla data di nascita.</p> <p>Se il campo <b>regime ricovero=2 (DH)</b> l'anno di ricovero sia uguale all'anno di dimissione</p>	2	
15	repamm	Reparto di ammissione	C	75	4	<p>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 ultime due posizioni del campo "cod_specialita" della tabella di supporto "specialita" sui NAL e, in aggiunta, non viene accettato il codice PT.</p> <p>Inoltre, viene introdotto un controllo di coerenza con i modelli ministeriali (effettuato solo se la data di ammissione è valida):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per le strutture di ricovero per le quali è richiesta la compilazione del modello HSP12, si verifica che il codice del reparto (quattro caratteri) sia presente nella tabella "strutture_specialita" sui NAL, cioè per la struttura siano stati dichiarati nel modello posti letto per quella specialità e progressivo divisione;</li> <li>- per le case di cura, si controlla che la specialità (prime due posizioni) sia presente nella tabella "strutture_specialita" sui NAL, cioè per la struttura siano stati dichiarati nel modello HSP13 posti letto autorizzati per quella specialità.</li> </ul>	1	Modifica controllo
16	onere	Onere della degenza	C	79	1	<p>Valori ammessi:</p> <p>1=ricovero a totale carico del SSN;</p> <p>2=ricovero a parziale carico del SSN;</p> <p>3=ricovero in casa di cura non convenzionata, con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN;</p> <p>4=ricovero a totale carico del paziente ovvero senza oneri per il SSN;</p> <p>5=presunta responsabilità di terzi;</p> <p>7=ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con il SSN;</p> <p>8=ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;</p> <p>A=ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;</p> <p>B=ricoveri nell'ambito di iniziative regionali di cooperazione internazionale;</p> <p>C=ricovero per aiuti umanitari;</p> <p>9=altro.</p>	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						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 <b>onere</b> =1 la <b>modero</b> non sia pari a 1 , 2 , 4, 5 o 6; se <b>onere</b> =4 la <b>modero</b> non sia pari a 1 , 2 , 5 o 6; se <b>onere</b> =2 la <b>modero</b> 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> deve essere presente 999 seguito dal codice dello stato estero.		
17	provza	Provenienza del paziente-medico inviante	C	80	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 <b>tiporico</b> sia diverso da 1, 3, 5; se codice 3 il campo <b>tiporico</b> sia uguale 1 o 5; se codice 8 il campo <b>tiporico</b> sia uguale 2; se codice 0 il campo <b>neonat</b> sia uguale a 1 o a 2 e il campo <b>datanasc</b> sia uguale a <b>datingr</b>	2	
18	tiporico	Tipo di ricovero	C	81	1	Per i neonati limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi (data di nascita = data di ricovero) è ammesso solo il valore 0. Per le schede relative ai ricoveri ordinari e DH sono ammessi i seguenti valori: 1=ricovero programmato, non urgente; 2=ricovero urgente; 3=ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO); 4=ricovero per trattamento sanitario volontario (TSV);	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						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. Nel caso in cui il campo è compilato con 0 viene controllato che <b>datanasc</b> sia uguale alla <b>datigr</b> e che il campo <b>neonat</b> sia compilato con 1 o con 2.		
19	<b>motivo</b>	<b>Motivo ricovero</b>	C	82	1	Valori ammessi: codici ministeriali a una cifra D.M. Sanità 26/07/93: 1=ricovero elettivo per intervento chirurgico 2=primo ricovero per quella specifica diagnosi 3=ricovero successivo per la stessa diagnosi	1	
20	<b>traumat</b>	<b>Traumatismi o intossicazioni</b>	C	83	1	Valori ammessi: 0 = se regime di ricovero ( <b>regimric</b> ) =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 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 ICD9CM2007 compreso da 800-9049 o da 910-995.	1	
21	<b>tras1</b>	<b>Data trasferimento 1</b>	D	84	8	Da compilare solo per <b>regimric</b> =1 (ordinario). Valori ammessi: gmmmaaaa. (Obbligatoria se esiste il reparto di trasferimento relativo). Non deve essere antecedente alla data di ammissione e non può essere successiva alla data di dimissione. Le date devono essere congruenti tra trasferimenti	2	
22	<b>rep1</b>	<b>Reparto trasferimento 1</b>	C	92	4	Valori ammessi: Da compilare solo per <b>regimric</b> =1 (ordinario). Se il campo è compilato, o è compilato il relativo campo della data di trasferimento, per le prime due posizioni viene verificato che i codici siano congruenti con le ultime due posizioni del campo "cod_specialita" della tabella di supporto "specialita" sui NAL. Inoltre, viene introdotto un controllo di coerenza con i modelli ministeriali (effettuato solo se la data di trasferimento è valida): - per le strutture di ricovero per le quali è richiesta la compilazione del modello HSP12, si verifica che il codice del reparto (quattro caratteri) sia presente nella tabella "strutture_specialita" sui NAL, cioè per la struttura siano stati dichiarati nel modello posti letto per quella specialità e progressivo divisione; - per le case di cura, si controlla che la specialità (prime due posizioni) sia presente nella tabella "strutture_specialita" sui NAL, cioè per la struttura siano stati dichiarati nel	2	Modifica controllo

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						modello HSP13 posti letto autorizzati per quella specialità.		
23	tras2	Data trasferimento 2	D	96	8	Come sopra.	2	
24	rep2	Reparto trasferimento 2	C	104	4	Come sopra.	2	Modifica controllo
25	tras3	Data trasferimento 3	D	108	8	Come sopra.	2	
26	rep3	Reparto trasferimento 3	C	116	4	Come sopra.	2	Modifica controllo
27	repdim	Reparto di dimissione	C	120	4	Valori ammessi: vedi reparto di ammissione.	2	Modifica controllo
28	afo	AFO	C	124	1	Identifica l'area funzionale omogenea relativa al reparto di dimissione. Valori ammessi: codici ministeriali a una cifra D.M. Sanità 26/07/93. I valori ammessi sono i seguenti: 1=AFO medica; 2=AFO chirurgica; 3=AFO delle terapie intensive; 4=AFO materno infantile; 5=AFO della riabilitazione e delle lungodegenze.	1	
29	datdim	Data di dimissione	D	125	8	Valori ammessi: ggmmaaaa. 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.	2	
30	modim	Modalità dimissione	C	133	1	Valori ammessi: 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 A= dimissione verso altre Strutture non di ricovero.	2	
31	risaut	Riscontro autoptico	C	134	1	Valori ammessi: 0 se <b>modim</b> contiene codici diversi da 1. Se <b>modim</b> è uguale a 1 (deceduto): 1= si (è stata eseguita l'autopsia), 2= no (non è stata eseguita l'autopsia).	1	
32	diadim	Diagnosi principale di dimissione	C	135	5	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	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						<p>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.</p> <p>Valori ammessi: codici <u>ICD 9 CM '07</u> delle diagnosi, come da tabella messa a disposizione nei NAL.</p> <p>Il controllo, oltre a verificare la presenza di valori ammessi, verifica la congruenza con il campo <b>sexu</b> e con il campo <b>eta</b> secondo quanto riportato nella tabella a disposizione sul sito WEB della Regione Toscana.</p>		
33	<b>dia1</b>	<b>Diagnosi secondaria 1</b>	C	140	5	<p>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.</p> <p>Valori ammessi: codici <u>ICD 9 CM '07</u> delle diagnosi, come da tabella messa a disposizione nei NAL</p> <p>Il controllo, oltre a verificare la presenza di valori ammessi, verifica la congruenza con il campo <b>sexu</b> e con il campo <b>eta</b> secondo quanto riportato nella tabella messa a disposizione nei NAL.</p>	2	
34	<b>dia2</b>	<b>Diagnosi secondaria 2</b>	C	145	5	Come sopra.	2	
35	<b>dia3</b>	<b>Diagnosi secondaria 3</b>	C	150	5	Come sopra.	2	
36	<b>dia4</b>	<b>Diagnosi secondaria 4</b>	C	155	5	Come sopra.	2	
37	<b>dia5</b>	<b>Diagnosi secondaria 5</b>	C	160	5	Come sopra.	2	
38	<b>datchi</b>	<b>Data intervento chirurgico o procedura principale</b>	D	165	8	<p>Valori ammessi: gmmmaaaa.</p> <p>(Obbligatoria se compilato il codice intervento relativo).</p> <p>Se <b>tiporico</b> è diverso da 5, la data non deve essere antecedente a <b>datingr</b> e non può essere successiva a <b>datdim</b>.</p> <p>Se <b>tiporico</b>=5 allora si controlla solo che sia antecedente o uguale al <b>datdim</b> e successiva alla <b>datanasc</b>.</p>	2	
39	<b>codchi</b>	<b>Codice intervento chirurgico o procedura principale</b>	C	173	4	<p>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.</p> <p>Il controllo, oltre a verificare la presenza di valori ammessi, verifica la congruenza con il campo <b>sexu</b> secondo quanto riportato nella tabella messa a disposizione nei NAL</p>	2	
40	<b>datchi2</b>	<b>Data altro intervento chirurgico o proc.2.</b>	D	177	8	Vedi campo <b>datchi</b>	2	
41	<b>codchi2</b>	<b>Codice altro intervento chirurgico o proc.2.</b>	C	185	4	Vedi campo <b>codchi</b>	2	
42	<b>datchi3</b>	<b>Data altro intervento chirurgico o proc. 3</b>	D	189	8	Vedi campo <b>datchi</b>	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
43	codchi3	Codice altro intervento chirurgico o proc.3	C	197	4	Vedi campo <b>codchi</b>	2	
44	datchi4	Data altro intervento chirurgico o proc. 4	D	201	8	Vedi campo <b>datchi</b>	2	
45	codchi4	Codice altro intervento chirurgico o proc.4	C	209	4	Vedi campo <b>codchi</b>	2	
46	datchi5	Data altro intervento chirurgico o proc. 5	D	213	8	Vedi campo <b>datchi</b>	2	
47	codchi5	Codice altro intervento chirurgico o proc.5	C	221	4	Vedi campo <b>codchi</b>	2	
48	datchi6	Data altro intervento chirurgico o proc. 6	D	225	8	Vedi campo <b>datchi</b>	2	
49	codchi6	Codice altro intervento chirurgico o proc.6	C	233	4	Vedi campo <b>codchi</b>	2	
50	ricdh	Ricovero in Day-Hospital	C	237	1	Valori ammessi: per i ricoveri in regime ordinario ( <b>regimric</b> = 1) è ammesso solo il codice 0; per i ricoveri in Day-Hospital ( <b>regimric</b> = 2): 1= primo ricovero in ambito ospedaliero effettuato per la specifica diagnosi, 2 = ricovero successivo per la stessa diagnosi.	2	
51	posprof	Posizione professionale	C	238	2	Valori ammessi: codici regionali da 01 a 26.	1	
52	finaldh	Finalità del Day-Hospital	C	240	1	Valori ammessi se ricovero in DH ( <b>regimric</b> =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>regimric</b> =1) unico valore ammesso: 0.	2	
53	azist	Azienda sanitaria di appartenenza dell'istituto erogatore del ricovero	C	241	3	Campo chiave Valori ammessi: codici delle Aziende sanitarie toscane derivati dall'archivio dei presidi ospedalieri della Toscana messo a disposizione nei NAL.	9	
54	modero	Modalità di erogazione	C	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	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						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.		
55	drgazie	DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	245	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 <b>DRG</b> reg. Si ammette solo la differenza degli zeri non significativi a sinistra.	1	
56	ndh	Numero presenze in Day-Hospital	N	248	3	Valori ammessi: - 000 per i ricoveri in regime ordinario ( <b>regimric</b> =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 ( <b>regimric</b> =2). Se il regime di ricovero è DH il campo deve contenere un valore superiore allo 0 e inferiore o uguale alla seguente espressione: ( <b>datdim</b> - <b>datin</b> gr + 1).	2	
57	opera	Tipo operazione	C	251	1	Valori ammessi: 1 = <i>invio</i> 2 = <i>sostituzione</i> 3 = <i>eliminazione</i> . Per le specifiche di compilazione vedi §1.5.1 e §1.5.2	9	
58	regresu	Regione di residenza dell'utente	C	252	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; se utente non residente in Italia (compreso gli STP) utilizzare 999. per gli utenti residenti in Italia si controlla che il codice Regione inserito sia congruente con il comune segnalato nel campo <b>lures</b> , 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	2	
59	uslresu	Azienda sanitaria di residenza utente	C	255	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 ; 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 (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>lures</b> 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	2	
60	vuoto		N	258	5			
61	percorso	Tipo percorso	C	263	1	Al fine di monitorare compiutamente le attività di ricovero programmato, il presente campo sarà utilizzato per analizzare i tempi di attesa per specifiche linee di ricovero che saranno oggetto di atti regionali. La compilazione di questo campo deve essere effettuata	2	nuovo

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						in caso di ricovero programmato (codice 1 e 5 del campo <b>tipo di ricovero</b> ). I valori ammessi sono riportati nella tabella di supporto "SDO_percorso" messa a disposizione sui NAL.		
62	<b>Codfismp</b>	<b>Codice fiscale del medico proponente</b>	C	264	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	<b>Autpror</b>	<b>autorizzazione proroga</b>	C	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>Ggpror</b> : se <b>Autpror</b> =0 e <b>Ggpror</b> >0 allora si procede a valorizzare il ricovero come se non ci fosse proroga.	1	
64	<b>Ggpror</b>	<b>Giornate di proroga autorizzate</b>	N	281	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>Autpror</b> : se in <b>Ggpror</b> non è segnalato alcun valore e <b>Autpror</b> =1, la valorizzazione del ricovero verrà effettuata come se non ci fosse proroga.	1	
65	<b>Impazie</b>	<b>Importo Aziendale</b>	E	283	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 ( <b>imp1reg+imp2reg</b> ), Nel caso in cui il ricovero sia soggetto a specifici accordi tra i soggetti erogatori (convenzioni) ( <b>convenz=1</b> ) deve essere inserito il valore previsto dai suddetti accordi, fermo il tetto massimo rappresentato dalle tariffe regionali Se il campo <b>percabb</b> > 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	<b>impprof</b>	<b>Importo per prestazioni libero professionali</b>	E	292	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	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						DGR n°283 del 19/03/2001. Se la <b>modero</b> = 1, 2 ,5 o 6 tale campo deve essere maggiore di 0, altrimenti deve essere pari a 0.		
67	<b>impcomf</b>	<b>Importo per comfort alberghiero</b>	E	300	8	Importo in Euro. La cifra da inserire è quella versata direttamente dall'utente per le prestazioni di comfort alberghiero. Deve essere compilato: a) quando la modalità di erogazione è in regime libero professionale a pagamento 'intra moenia' + differenza alberghiera; b) quando la modalità di erogazione "differenza alberghiera"; c) quando la modalità di erogazione è attività libero professionale di dipendenti della struttura privata + differenza alberghiera. Si controlla pertanto che tale campo sia compilato quando <b>modero</b> = 2 , 4 o 6.	1	
68	<b>convenz</b>	<b>Convenzione</b>	C	308	1	Valori ammessi: 0 = ricovero non soggetto a rapporto convenzionale fra soggetti erogatori 1 = ricovero oggetto di rapporto convenzionale. 3= ricovero il cui importo è stato valutato in relazione ai contratti tra azienda sanitaria e struttura privata accreditata. Si ricorda che in questo 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, <b>impazie</b> dovrà essere inferiore o uguale a <b>imp1reg+imp2reg</b> . 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> , nel caso in cui <b>f_impazie=0</b> 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.	2	
69	<b>compens</b>	<b>Compensazione</b>	C	309	1	Valori ammessi: 0=non soggetto a compensazione 1=soggetto a compensazione (erogati ad utenti residenti in Toscana o in altre Regioni italiane che abbiano <b>onere</b> <> 4 o <b>convenz</b> <> 1). Se valore 0 si controlla che <b>onere</b> sia 4 o <b>convenz</b> sia 1 o <b>regresu</b> sia 999. Se la struttura erogatrice è una casa di cura non accreditata unico valore ammesso 0.	2	
70	<b>percabb</b>	<b>Percentuale abbattimento</b>	N	310	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.	1	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						Se il campo viene compilato con un valore diverso da 000 si controlla che il <b>codosp</b> sia relativo ad una Casa di Cura privata e che <b>impazie</b> risulti minore dell'importo determinato a livello regionale ( <b>imp1reg+imp2reg</b> ).		
71	contass	Continuità assistenziale	C	313	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>repamm</b> siano pari o a 28 o a 56 o a 75.	1	
72	Neonat	Neonato	C	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>datanasc</b> deve essere diversa dalla <b>datingr</b> Se il campo viene compilato con 1 allora la <b>datanasc</b> deve essere uguale alla <b>datingr</b> Se il campo viene compilato con 2 o 3 allora la <b>datanasc</b> deve essere uguale alla <b>datingr</b> e il campo <b>DRG</b> non deve contenere il valore 391.	2	
73	skmadre	Numero scheda della madre	N	316	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 sano che per il neonato non sano. Se il campo viene compilato con 0000000000 si controlla che il campo <b>neonat</b> sia uguale a 0 o 3.	1	
74	pesonasc	Peso alla nascita	N	326	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	anonimo	Utente coperto da anonimato	C	330	1	Valori ammessi: 0= no (utente non coperto da anonimato) 1=si (utente coperto da anonimato)	2	
76	noteDRG	Note ai DRG	C	331	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.	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						Nel caso di DRG non presenti nella specifica tabella di supporto unico valore ammesso 00		
77	<b>control</b>	<b>Controllo campionario</b>	C	333	1	Il presente campo ha la finalità di monitorare quanto previsto dalla DGR 877/2013 e successive modifiche o integrazioni. I controlli previsti sono di 2 tipologie: 1. Congruità, verifica di coerenza tra le prestazioni, le diagnosi e le informazioni anagrafiche registrate nella cartella clinica e tra gli atti amministrativi relativi alla modalità di regolamentazione dei rapporti finanziari e quanto riportato nella SDO 2. Appropriatezza, verifica campionaria della cartelle cliniche ad alto rischio di inappropriatezza. I valori ammessi, riportati nella tabella di supporto “Controllo campionario” messa a disposizione sui NAL, consentono di rilevare se la scheda è stata campionata, per quale tipologia di controllo e l’esito del controllo medesimo. Non sono ammessi valori nulli.	2	valori ammessi e errore da 1 a 2
78	<b>Vuoto</b>	<b>Campo vuoto</b>	N	334	4			
79	<b>Titstu</b>	<b>Titolo di studio</b>	C	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 5=laurea 9=non rilevato	1	
80	<b>Tipomp</b>	<b>Tipologia del medico proponente</b>	C	339	2	Valori ammessi: codici come da archivio messo a disposizione nei NAL 00=nessuna prescrizione	1	
81	<b>datapre</b>	<b>Data di prenotazione</b>	D	341	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.	2	errore da 1 a 2

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						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.		
82	<b>datadisp</b>	<b>Data di prima disponibilità</b>	D	349	8	In caso di ricovero chirurgico programmato (codice 1 e 5 del campo <b>tiporico</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 nel caso in cui sia compilata la data di prenotazione	1	
83	<b>priorità</b>	<b>Classe di priorità del ricovero</b>	C	357	1	le modalità di compilazione di questo campo sono quelle previste dalla Delibera G.R.T. 493/2011 e successive modifiche o integrazioni. La compilazione di questo campo deve essere effettuata in caso di ricovero programmato (codice 1 e 5 del campo <b>tipo di ricovero</b> ) e deve essere coerente con il valore inserito in <b>Tipo percorso</b> (campo 61). I valori ammessi sono riportati nella tabella di supporto "SDO_classi_priorita" messa a disposizione sui NAL.	2	valori ammessi errore da 1 a 2
84	<b>ricops</b>	<b>Ricovero da Pronto Soccorso</b>	C	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 disposto 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	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>cittu</b> e <b>lures</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	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 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	
87	<b>IDutente</b>	<b>Identificativo dell'utente</b>	C	370	24	In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri. Tale identificativo è quello attribuito dalla Regione Toscana per i soggetti già presenti nell'anagrafe sanitaria, mentre nel caso di soggetti non ancora presenti il soggetto deve essere censito tramite la RFC 85. Il valore immesso, solo per le schede con <b>lures</b> e/o <b>lunasc</b> italiano, deve essere già presente in anagrafe regionale e deve corrispondere ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Non è richiesta la compilazione di questo campo nel caso di utente coperto da anonimato ( <b>anonimo</b> =1). Si precisa che fino al 30/06/2012 è ammesso l'utilizzo <u>alternativo</u> di Codice Fiscale o	2	

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note	Errore	modifica
						Identificativo Univoco dell'utente. Dal 01/07/2012 sarà ammessa la compilazione esclusivamente dell'Identificativo Univoco dell'utente. Si precisa che nel caso in cui sia compilato sia il campo <b>codfiscu</b> che il campo <b>IDutente</b> il record sarà scartato (flagtot=9)		
88	ora_ingr	Ora di ingresso	T	394	5	Nel campo deve essere indicata l'ora di ingresso in ospedale. Valori ammessi HH:mm La concatenazione tra <b>datngr</b> e <b>ora_ingr</b> deve essere < alla La concatenazione tra <b>datdim</b> e <b>ora_dim</b>	1	
89	ora_dim	Ora di dimissione	T	399	5	Nel campo deve essere indicata l'ora di dimissione dall'ospedale. Valori ammessi HH:mm La concatenazione tra <b>datdim</b> e <b>ora_dim</b> deve essere < alla La concatenazione tra <b>datngr</b> e <b>ora_ingr</b>	1	
90	impre-control	Importo precedente al controllo	E	404	9	Importo in Euro. Questo campo sarà utilizzato per determinare la percentuale di abbattimento tariffario, nell'ambito dei controlli di congruità delle informazioni tra cartella clinica e SDO (adempimento LEA). Nel caso in cui la scheda nosologica non sia stata campionata oppure risulti corretta al controllo di congruità o campionata solo per il controllo di appropriatezza il campo deve essere compilato con 000000,00. Non sono ammessi valori nulli. Nel caso in cui vengano verificate discordanze e quindi la scheda nosologica deve essere modificata, in questo campo deve essere riportato l'importo di tariffazione del ricovero premodifica: <b>imp1reg+imp2reg</b> nel caso in cui la scheda sia stata trasmessa in Regione, altrimenti l'importo valorizzato dalle procedure aziendali.	1	nuovo

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

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

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lungh.	Note
1	codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	1	8	Vedi § 1.8.1
2	anprat	Anno pratica	N	9	4	Vedi § 1.8.1
3	nprat	N° pratica	N	13	6	Vedi § 1.8.1
4	sexu	Sesso dell'utente	C	19	1	Vedi § 1.8.1
5	datanasc	Data di nascita dell'utente	D	20	8	Vedi § 1.8.1
6	lunasc	Luogo di nascita	C	28	6	Vedi § 1.8.1
7	statociv	Stato civile	C	34	1	Vedi § 1.8.1
8	lures	Residenza utente	C	35	6	Vedi § 1.8.1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lungh.	Note
9	cittu	Cittadinanza dell'utente	C	41	3	Vedi § 1.8.1
10	codfiscu	Codice fiscale dell'utente	C	44	16	Vedi § 1.8.1
11	vuoto	vuoto	C	60	3	Vedi § 1.8.1
12	vuoto	vuoto	C	63	3	Vedi § 1.8.1
13	regimric	Regime ricovero	C	66	1	Vedi § 1.8.1
14	datinr	Data di ricovero	D	67	8	Vedi § 1.8.1
15	repamm	Reparto di ammissione	C	75	4	Vedi § 1.8.1
16	onere	Onere della degenza	C	79	1	Vedi § 1.8.1
17	provza	Provenienza del paziente-medico inviante	C	80	1	Vedi § 1.8.1
18	tiporico	Tipo di ricovero	C	81	1	Vedi § 1.8.1
19	motivo	Motivo ricovero	C	82	1	Vedi § 1.8.1
20	traumat	Traumatismi o intossicazioni	C	83	1	Vedi § 1.8.1
21	tras1	Data trasferimento 1	D	84	8	Vedi § 1.8.1
22	rep1	Reparto trasferimento 1	C	92	4	Vedi § 1.8.1
23	tras2	Data trasferimento 2	D	96	8	Vedi § 1.8.1
24	rep2	Rreparto trasferimento 2	C	104	4	Vedi § 1.8.1
25	tras3	Data trasferimento 3	D	108	8	Vedi § 1.8.1
26	rep3	Reparto trasferimento 3	C	116	4	Vedi § 1.8.1
27	repdim	Reparto di dimissione	C	120	4	Vedi § 1.8.1
28	afo	AFO	C	124	1	Vedi § 1.8.1
29	datdim	Data di dimissione	D	125	8	Vedi § 1.8.1
30	modim	Modalità dimissione	C	133	1	Vedi § 1.8.1
31	risaut	Riscontro autoptico	C	134	1	Vedi § 1.8.1
32	diadim	Diagnosi principale di dimissione	C	135	5	Vedi § 1.8.1
33	dia1	Diagnosi secondaria 1	C	140	5	Vedi § 1.8.1
34	dia2	Diagnosi secondaria 2	C	145	5	Vedi § 1.8.1
35	dia3	Diagnosi secondaria 3	C	150	5	Vedi § 1.8.1
36	dia4	Diagnosi secondaria 4	C	155	5	Vedi § 1.8.1
37	dia5	Diagnosi secondaria 5	C	160	5	Vedi § 1.8.1
38	datchi	Data intervento chirurgico o procedura principale	D	165	8	Vedi § 1.8.1
39	codchi	Codice intervento chirurgico o procedura principale	C	173	4	Vedi § 1.8.1
40	datchi2	Data altro intervento chirurgico o proc.2.	D	177	8	Vedi § 1.8.1
41	codchi2	Codice altro intervento chirurgico o proc.2.	C	185	4	Vedi § 1.8.1
42	datchi3	Data altro intervento chirurgico o proc. 3	D	189	8	Vedi § 1.8.1
43	codchi3	Codice altro intervento chirurgico o proc.3	C	197	4	Vedi § 1.8.1
44	datchi4	Data altro intervento chirurgico o proc. 4	D	201	8	Vedi § 1.8.1
45	codchi4	Codice altro intervento chirurgico o proc.4	C	209	4	Vedi § 1.8.1
46	datchi5	Data altro intervento chirurgico o proc. 5	D	213	8	Vedi § 1.8.1
47	codchi5	Codice altro intervento chirurgico o proc.5	C	221	4	Vedi § 1.8.1

<b>Campo</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipo</b>	<b>Pos.</b>	<b>Lungh.</b>	<b>Note</b>
48	<b>datchi6</b>	<b>Data altro intervento chirurgico o proc. 6</b>	D	225	8	Vedi § 1.8.1
49	<b>codchi6</b>	<b>Codice altro intervento chirurgico o proc.6</b>	C	233	4	Vedi § 1.8.1
50	<b>ricdh</b>	<b>Ricovero in Day-Hospital</b>	C	237	1	Vedi § 1.8.1
51	<b>posprof</b>	<b>Posizione professionale</b>	C	238	2	Vedi § 1.8.1
52	<b>finaldh</b>	<b>Finalità del Day-Hospital</b>	C	240	1	Vedi § 1.8.1
53	<b>azist</b>	<b>Azienda sanitaria di appartenenza dell'istituto erogatore del ricovero</b>	C	241	3	Vedi § 1.8.1
54	<b>modero</b>	<b>Modalità di erogazione</b>	C	244	1	Vedi § 1.8.1
55	<b>drgazie</b>	<b>DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice</b>	C	245	3	Vedi § 1.8.1
56	<b>ndh</b>	<b>Numero presenze in Day-Hospital</b>	N	248	3	Vedi § 1.8.1
57	<b>opera</b>	<b>Tipo operazione</b>	C	251	1	Vedi § 1.8.1
58	<b>regresu</b>	<b>Regione di residenza dell'utente</b>	C	252	3	Vedi § 1.8.1
59	<b>uslresu</b>	<b>Azienda sanitaria di residenza utente</b>	C	255	3	Vedi § 1.8.1
60	<b>vuoto</b>	<b>campo vuoto</b>	N	258	5	Vedi § 1.8.1
61	<b>percorso</b>	<b>Tipo percorso</b>	C	263	1	Vedi § 1.8.1
62	<b>codfisp</b>	<b>Codice fiscale del medico proponente</b>	C	264	16	Vedi § 1.8.1
63	<b>autpror</b>	<b>Autorizzazione proroga</b>	C	280	1	Vedi § 1.8.1
64	<b>ggpror</b>	<b>Giornate di proroga autorizzate</b>	N	281	2	Vedi § 1.8.1
65	<b>impazie</b>	<b>Importo Aziendale</b>	E	283	9	Vedi § 1.8.1
66	<b>impprof</b>	<b>Importo per prestazioni libero professionali</b>	E	292	8	Vedi § 1.8.1
67	<b>impcomf</b>	<b>Importo per comfort alberghiero</b>	E	300	8	Vedi § 1.8.1
68	<b>convenz</b>	<b>Convenzione</b>	C	308	1	Vedi § 1.8.1
69	<b>compens</b>	<b>Compensazione</b>	C	309	1	Vedi § 1.8.1
70	<b>percabb</b>	<b>Percentuale abbattimento</b>	N	310	3	Vedi § 1.8.1
71	<b>contass</b>	<b>Continuità assistenziale</b>	C	313	2	Vedi § 1.8.1
72	<b>neonat</b>	<b>Neonato</b>	C	315	1	Vedi § 1.8.1
73	<b>skmadre</b>	<b>Numero scheda della madre</b>	N	316	10	Vedi § 1.8.1
74	<b>pesonasc</b>	<b>Peso alla nascita</b>	N	326	4	Vedi § 1.8.1
75	<b>anonimo</b>	<b>Utente coperto da anonimato</b>	C	330	1	Vedi § 1.8.1
76	<b>noteDRG</b>	<b>Note ai DRG</b>	C	331	2	Vedi § 1.8.1
77	<b>control</b>	<b>Controllo campionario</b>	C	333	1	Vedi § 1.8.1
78	<b>vuoto</b>	<b>Campo vuoto</b>	N	334	4	Vedi § 1.8.1
79	<b>titstu</b>	<b>Titolo di studio</b>	C	338	1	Vedi § 1.8.1
80	<b>tipomp</b>	<b>Tipologia del medico proponente</b>	C	339	2	Vedi § 1.8.1
81	<b>datapre</b>	<b>Data di prenotazione</b>	D	341	8	Vedi § 1.8.1
82	<b>datadisp</b>	<b>Data di prima disponibilità</b>	D	349	8	Vedi § 1.8.1
83	<b>priorità</b>	<b>Classe di priorità del ricovero</b>	C	357	1	Vedi § 1.8.1
84	<b>ricops</b>	<b>Ricovero da Pronto Soccorso</b>	C	358	1	Vedi § 1.8.1

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lungh.	Note
85	Ludom	Luogo di domicilio	C	359	6	Vedi § 1.8.1
86	causest	Causa esterna	C	365	5	Vedi § 1.8.1
87	IDutente	Identificativo Univoco dell'utente	C	370	24	Vedi § 1.8.1
88	ora_ingr	Ora di ingresso	T	394	5	Vedi § 1.8.1
89	ora_dim	Ora di dimissione	T	399	5	Vedi § 1.8.1
90	impre-control	Importo precedente al controllo	E	404	9	Vedi § 1.8.1
91	Flagsk	Flag stato scheda	C	413	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.
92	F_sexu	Flag errore campo Sesso dell'utente	C	414	1	0=campo corretto 1=campo errato
93	F_datanasc	Flag errore campo Data di nascita dell'utente	C	415	1	0=campo corretto 1=campo errato
94	F_lunasc	Flag errore campo Luogo di nascita	C	416	1	0=campo corretto 1=campo errato
95	F_statociv	Flag errore campo Stato civile	C	417	1	0=campo corretto 1=campo errato
96	F_lures	Flag errore campo Residenza utente	C	418	1	0=campo corretto 1=campo errato
97	F_cittu	Flag errore campo Cittadinanza dell'utente	C	419	1	0=campo corretto 1=campo errato
98	F_codfiscu	Flag errore campo codice fiscale dell'utente	C	420	1	0=campo corretto 1=campo errato
99	F_regimric	Flag errore campo regime ricovero	C	421	1	0=campo corretto 1=campo errato
100	F_datingr	Flag errore campo data di ricovero	C	422	1	0=campo corretto 1=campo errato
101	F_repamm	Flag errore campo reparto di ammissione	C	423	1	0=campo corretto 1=campo errato
102	F_onere	Flag errore campo onere della degenza	C	424	1	0=campo corretto 1=campo errato
103	F_provza	Flag errore campo provenienza del paziente-medico inviante	C	425	1	0=campo corretto 1=campo errato
104	F_tiporico	Flag errore campo tipo di ricovero	C	426	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>
105	<b>F_motivo</b>	<b>Flag errore campo motivo ricovero</b>	C	427	1	0=campo corretto 1=campo errato
106	<b>F_traumat</b>	<b>Flag errore campo traumatismi o intossicazioni</b>	C	428	1	0=campo corretto 1=campo errato
107	<b>F_tras1</b>	<b>Flag errore campo data trasferimento 1</b>	C	429	1	0=campo corretto 1=campo errato
108	<b>F_rep1</b>	<b>Flag errore campo reparto trasferimento 1</b>	C	430	1	0=campo corretto 1=campo errato
109	<b>F_tras2</b>	<b>Flag errore campo data trasferimento 2</b>	C	431	1	0=campo corretto 1=campo errato
110	<b>F_rep2</b>	<b>Flag errore campo reparto trasferimento 2</b>	C	432	1	0=campo corretto 1=campo errato
111	<b>F_tras3</b>	<b>Flag errore campo data trasferimento 3</b>	C	433	1	0=campo corretto 1=campo errato
112	<b>F_rep3</b>	<b>Flag errore campo reparto trasferimento 3</b>	C	434	1	0=campo corretto 1=campo errato
113	<b>F_repdim</b>	<b>Flag errore campo reparto di dimissione</b>	C	435	1	0=campo corretto 1=campo errato
114	<b>F_afo</b>	<b>Flag errore campo AFO</b>	C	436	1	0=campo corretto 1=campo errato
115	<b>F_datdim</b>	<b>Flag errore campo data di dimissione</b>	C	437	1	0=campo corretto 1=campo errato
116	<b>F_modim</b>	<b>Flag errore campo modalità dimissione</b>	C	438	1	0=campo corretto 1=campo errato
117	<b>F_risaut</b>	<b>Flag errore campo riscontro autoptico</b>	C	439	1	0=campo corretto 1=campo errato
118	<b>F_diadim</b>	<b>Flag errore campo diagnosi principale di dimissione</b>	C	440	1	0=campo corretto 1=campo errato
119	<b>F_dia1</b>	<b>Flag errore campo diagnosi secondaria 1</b>	C	441	1	0=campo corretto 1=campo errato
120	<b>F_dia2</b>	<b>Flag errore campo diagnosi secondaria 2</b>	C	442	1	0=campo corretto 1=campo errato
121	<b>F_dia3</b>	<b>Flag errore campo diagnosi secondaria 3</b>	C	443	1	0=campo corretto 1=campo errato
122	<b>F_dia4</b>	<b>Flag errore campo diagnosi secondaria 4</b>	C	444	1	0=campo corretto 1=campo errato
123	<b>F_dia5</b>	<b>Flag errore campo diagnosi secondaria 5</b>	C	445	1	0=campo corretto 1=campo errato
124	<b>F_datchi</b>	<b>Flag errore campo data intervento chirurgico o procedura principale</b>	C	446	1	0=campo corretto 1=campo errato

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lungh.	Note
125	F_codchi	Flag errore campo codice intervento chirurgico o procedura principale	C	447	1	0=campo corretto 1=campo errato
126	F_datchi2	Flag errore campo data altro intervento chirurgico o proc.2.	C	448	1	0=campo corretto 1=campo errato
127	F_codchi2	Flag errore campo codice altro intervento chirurgico o proc.2.	C	449	1	0=campo corretto 1=campo errato
128	F_datchi3	Flag errore campo data altro intervento chirurgico o proc. 3	C	450	1	0=campo corretto 1=campo errato
129	F_codchi3	Flag errore campo codice altro intervento chirurgico o proc.3	C	451	1	0=campo corretto 1=campo errato
130	F_datchi4	Flag errore campo data altro intervento chirurgico o proc. 4	C	452	1	0=campo corretto 1=campo errato
131	F_codchi4	Flag errore campo codice altro intervento chirurgico o proc.4	C	453	1	0=campo corretto 1=campo errato
132	F_datchi5	Flag errore campo data altro intervento chirurgico o proc. 5	C	454	1	0=campo corretto 1=campo errato
133	F_codchi5	Flag errore campo codice altro intervento chirurgico o proc.5	C	455	1	0=campo corretto 1=campo errato
134	F_datchi6	Flag errore campo data altro intervento chirurgico o proc. 6	C	456	1	0=campo corretto 1=campo errato
135	F_codchi6	Flag errore campo codice altro intervento chirurgico o proc.6	C	457	1	0=campo corretto 1=campo errato
136	F_ricdh	Flag errore campo ricovero in Day-Hospital	C	458	1	0=campo corretto 1=campo errato
137	F_posprof	Flag errore campo posizione professionale	C	459	1	0=campo corretto 1=campo errato
138	F_finaldh	Flag errore campo finalità del Day-Hospital	C	460	1	0=campo corretto 1=campo errato
139	F_modero	Flag errore campo Modalità di erogazione	C	461	1	0=campo corretto 1=campo errato
140	F_drgazie	Flag errore campo DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	462	1	0=campo corretto 1=campo errato
141	F_ndh	Flag errore campo numero presenze in Day-Hospital	C	463	1	0=campo corretto 1=campo errato
142	F_regresu	Flag errore campo Regione di residenza dell'utente	C	464	1	0=campo corretto 1=campo errato
143	F_uslresu	Flag errore campo Azienda sanitaria di residenza utente	C	465	1	0=campo corretto 1=campo errato
144	F_codfismp	Flag errore campo Codice fiscale del medico proponente	C	466	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>
145	<b>F_autpror</b>	<b>Flag errore campo autorizzazione proroga</b>	C	467	1	0=campo corretto 1=campo errato
146	<b>F_ggpror</b>	<b>Flag errore campo Giornate di proroga autorizzate</b>	C	468	1	0=campo corretto 1=campo errato
147	<b>F_impazie</b>	<b>Flag errore campo Importo Aziendale</b>	C	469	1	0=campo corretto 1=campo errato
148	<b>F_impprof</b>	<b>Flag errore campo Importo per prestazioni libero professionali</b>	C	470	1	0=campo corretto 1=campo errato
149	<b>F_impcomf</b>	<b>Flag errore campo Importo per comfort alberghiero</b>	C	471	1	0=campo corretto 1=campo errato
150	<b>F_convenz</b>	<b>Flag errore campo Convenzione</b>	C	472	1	0=campo corretto 1=campo errato
151	<b>F_compens</b>	<b>Flag errore campo Compensazione</b>	C	473	1	0=campo corretto 1=campo errato
152	<b>F_percabb</b>	<b>Flag errore campo Percentuale abbattimento</b>	C	474	1	0=campo corretto 1=campo errato
153	<b>F_contass</b>	<b>Flag errore campo Continuità assistenziale</b>	C	475	1	0=campo corretto 1=campo errato
154	<b>F_neonat</b>	<b>Flag errore campo Neonato</b>	C	476	1	0=campo corretto 1=campo errato
155	<b>F_skmadre</b>	<b>Flag errore campo Numero scheda della madre</b>	C	477	1	0=campo corretto 1=campo errato
156	<b>F_pesonasc</b>	<b>Flag errore campo Peso alla nascita</b>	C	478	1	0=campo corretto 1=campo errato
157	<b>F_anonimo</b>	<b>Flag errore campo Utente coperto da anonimato</b>	C	479	1	0=campo corretto 1=campo errato
158	<b>F_noteDRG</b>	<b>Flag errore campo Note ai DRG</b>	C	480	1	0=campo corretto 1=campo errato
159	<b>F_control</b>	<b>Flag errore campo Controllo campionario</b>	C	481	1	0=campo corretto 1=campo errato
160	<b>F_titstu</b>	<b>Flag errore campo Titolo di studio</b>	C	482	1	0=campo corretto 1=campo errato
161	<b>F_tipomp</b>	<b>Flag errore campo Tipologia del medico proponente</b>	C	483	1	0=campo corretto 1=campo errato
162	<b>F_datapre</b>	<b>Flag errore campo Data di prenotazione</b>	C	484	1	0=campo corretto 1=campo errato
163	<b>F_datadisp</b>	<b>Flag errore campo Data di prima disponibilità</b>	C	485	1	0=campo corretto 1=campo errato
164	<b>F_priorità</b>	<b>Flag errore campo Classe di priorità del ricovero</b>	C	486	1	0=campo corretto 1=campo errato

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lungh.	Note
165	F_ricops	Flag errore campo Ricovero da Pronto Soccorso	C	487	1	0=campo corretto 1=campo errato
166	F_ludom	Flag errore campo Luogo di domicilio	C	488	1	0=campo corretto 1=campo errato
167	F_causest	Flag errore campo Causa esterna	C	489	1	0=campo corretto 1=campo errato
168	F_IDutente	Flag errore campo Identificativo Univoco dell'utente	C	490	1	0=campo corretto 1=campo errato
169	F_Ora_ingr	Flag errore campo Ora di ingresso	C	491	1	0=campo corretto 1=campo errato
170	F_Ora_dim	Flag errore campo Ora di dimissione	C	492	1	0=campo corretto 1=campo errato
171	F_impres-control	Flag errore campo Importo precedente al controllo	C	493	1	0=campo corretto 1=campo errato
172	F_percorso	Flag errore campo Tipo percorso	C	494	1	0=campo corretto 1=campo errato
173	drgreg	DRG attribuito dalla Regione	C	495	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).
174	mdcreg	MDC attribuito dalla Regione	C	498	2	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 24 (valori come da archivio regionale DRG: per esempio MDC malattie e disturbi dell'occhio il valore sarà 02).
175	imp1reg	Importo	E	500	9	Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione al campo 166 <b>drgreg</b> .
176	imp2reg	Importo oltre soglia	E	509	9	Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione al campo 166 <b>drgreg</b> : applicazione della tariffa giornate di degenza oltre soglia
177	DRG_19	DRG 19 attribuito dalla Regione	C	518	3	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 19: il valore è riportato esclusivamente al fine di effettuare analisi di tipo comparativo.
178	vuoto	Campo vuoto	C	521	6	
179	classe	Classe Istituto	C	527	1	Attribuito dalla Regione.
180	regint	Regione di residenza dell'utente riattribuita dalla Regione	C	528	3	Se residente in Italia codici delle regioni italiane Se residente all'estero 999 Se non attribuibile 000
181	uslint	Azienda sanitaria di residenza utente riattribuita dalla Regione	C	531	3	Se residente in Italia codice dell'Azienda USL di residenza. Se residente all'estero codice dello Stato estero Se non attribuibile 000
182	Eta	Età alla dimissione del paziente calcolata dalla Regione	N	534	3	Attribuito dalla Regione
183	ggdeg	Giornate di degenza calcolate dalla Regione	N	537	4	Attribuito dalla Regione
184	tiporic	tipologia di ricovero riattribuita dalla Regione	C	541	1	1= ordinario con durata >= 2 giorni 2= ordinario con durata < 2 giorni senza trasferimento

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Pos.	Lung.	Note
						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
185	certMEF	Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze	C	542	1	0=IDutente da sottoporre al MEF 1=IDutente certificato MEF 2=IDutente non certificato MEF 9=IDutente non presente in anagrafe regionale

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	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/ID utente	Codice sanitario individuale	C	42 – 57	16	Nel caso in cui sia presente l'IDutente deve essere recuperato il Codice fiscale
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 → 1 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. 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 la modalità A → 3
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 zero → blank
14	Ndh	Numero giornate di presenza in ricovero diurno	N	45 – 47	3	
15	Pesonasc	Peso alla nascita	N	48 – 51	4	

<b>Campo</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipo</b>	<b>Pos.</b>	<b>Lung.</b>	<b>Note</b>
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	
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	valori da tabella di supporto
31	Causest	Codice cause esterna	C	123 – 127	5	
32		Campo vuoto	C	128 – 150	23	Impostato con spazio