

MDC	REGIME ORDINARIO				DAY HOSPITAL		
	Tariffa giornaliera				Tariffa per accesso		
	Codice 28	Codice 75	Codice 56	Codice 60	Codice 28	Codice 75	Codice 56
	Unità spinale	Neuroriabilitazione	Riabilitazione	Lungodegenza	Unità spinale	Neuroriabilitazione	Riabilitazione
03 - Orecchio naso bocca e gola	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
04 - App. respiratorio	403,42	376,52	230,46	137,89	311,43	266,26	192,35
05 - App. cardiocircolatorio	403,42	376,52	251,00	137,89	311,43	266,26	209,13
06 - App. digerente	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
07 - Fegato, vie biliari e pancreas	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
08 - App. muscoloscheletr., tess. connettivo	403,42	376,52	237,05	137,89	311,43	266,26	197,52
09 - Pelle, tessuto sottocutaneo, mammella	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
10 - Endocrini metabolici nutrizionali	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
11 - Rene e vie urinarie	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
12 - App. riproduttivo maschile	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
13 - App. riproduttivo femminile	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
14 - Gravidanza parto e puerperio	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
15 - Periodo neonatale	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
16 - Sangue e organi ematopoiet. sist. immunitario	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
17 - Mieloprolifer. e neoplasie scarsam. differenziate	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
18 - Mal. infettive e parassitarie	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
19 - Malattie e disturbi mentali	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
20 - Abuso alcool/farmaci dist.mentali org. indotti	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
21 - Traumatismi, avvelen. ed eff. tossici farmaci	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
22 - Ustioni	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
23 - Fatt. influenz.salute ed il ricorso ai s. sanitari	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
24 - Traumatismi multipli	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
25 - Infezioni da HIV	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81
Non classificabile	403,42	376,52	201,42	137,89	311,43	266,26	167,81

(2010.34.2391)102

DECRETO 9 agosto 2010.

Aggiornamento delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;
Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale";

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge 3 novembre 1993, n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali";

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n. 10;

Visto il decreto n. 94115 del 20 luglio 1991, con il quale è stata istituita la scheda nosologica ospedaliera;

Visto il decreto del Ministro della sanità del 28 dicembre 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 13 del 17 gennaio 1992, con il quale è stata istituita la scheda di dimissione ospedaliera, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati in

tutto il territorio nazionale ed è stato istituito il flusso informativo relativo;

Visto il decreto del Ministro della sanità del 26 luglio 1993, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 180 del 3 agosto 1993, relativo alla disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, con il quale sono stati definiti le modalità di raccolta, i tempi e le modalità della trasmissione delle informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera alle regioni ed alle province autonome e, da queste, al Ministero della sanità;

Visto il decreto del Ministro della sanità n. 380 del 27 ottobre 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 295 del 19 dicembre 2000 "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati", con il quale sono state fornite, tra l'altro, regole generali per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera;

Visto il decreto n. 36615 del 27 novembre 2001 che, sulla base del citato D.M. n. 380/00 e della normativa vigente sulla privacy, adegua il contenuto informativo della scheda di dimissione ospedaliera e impartisce istru-

zioni sulle regole di compilazione e di codifica delle stesse informazioni e sulla trasmissione del relativo flusso informativo;

Visto il decreto n. 2365 del 18 dicembre 2003 "Aggiornamento delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera";

Visto il D.M. del 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere";

Visto il decreto n. 1822/2010 "Adozione del sistema di classificazione ICD9-CM 2007";

Visto il D.M. dell'8 luglio 2010 "Integrazioni delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera";

Decreta:

Art. 1

È approvato il disciplinare tecnico con tracciato record allegato al presente decreto di cui costituisce parte integrante che modifica quello approvato con il decreto n. 2365/2003, al quale sono stati aggiunti i seguenti campi nuovi: "Livello di istruzione" in posizione 48 tipo N (numerico) lunghezza 1; "Classe di priorità" in posizione 49 tipo AN (alfa numerico) lunghezza 1; "Codice causa esterna" in posizione 50 tipo AN (alfanumerico) lunghezza 5.

Art. 2

Le disposizioni contenute nel presente decreto, di cui l'allegato è parte integrante, entrano in vigore a decorrere dall'1 gennaio 2011.

Palermo, 9 agosto 2010.

RUSSO

Allegato

DEFINIZIONE E CODIFICA DELLE INFORMAZIONI RILEVATE ATTRAVERSO LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dal disciplinare tecnico, la definizione ed il relativo sistema di codifica da adottare nella compilazione della scheda di dimissione ospedaliera.

1. Codice struttura dell'istituto di cura (alfanumerico - otto caratteri - obbligatorio)

La denominazione dell'ospedale è costituita dalla denominazione ufficiale dell'istituto di cura. Per istituto di cura si intende l'insieme di tutte le unità operative individuato da un medesimo codice. Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali ed in particolare nei modelli HSP. Detto codice è composto di otto caratteri, dei quali tre identificano la regione (ai sensi del decreto del Ministero della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture dell'azienda ospedaliera, secondo quanto previsto dal modello HSP11 bis.

2. Numero della scheda (numerico - dieci caratteri - obbligatorio)

Il campo numero della scheda corrisponde all'identificativo della cartella clinica, di cui:

- i primi quattro caratteri identificano l'anno di ricovero che deve essere allineato a sinistra;
- gli altri sei caratteri costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e devono essere allineati a destra.

La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo da identificare in maniera univoca un singolo ricovero. Lo spazio presente tra l'anno e la numerazione progressiva deve essere valorizzato con zeri.

3. Cognome del paziente (alfabetico - trenta caratteri - obbligatorio)

Il campo cognome dovrà contenere esclusivamente il cognome del paziente, scritto maiuscolo. L'unico carattere non alfabetico consentito è l'apostrofo da utilizzare anche come accento.

4. Nome del paziente (alfabetico - venti caratteri - obbligatorio)

Il campo nome dovrà contenere esclusivamente il nome del paziente, scritto tutto maiuscolo. L'unico carattere non alfabetico consentito è l'apostrofo da utilizzare come accento.

5. Sesso (numerico - un carattere - obbligatorio)

- Il codice da utilizzare è il seguente:
- 1 per paziente di sesso maschile;
 - 2 per paziente di sesso femminile.

6. Data di nascita (numerico - otto caratteri - obbligatorio)

La data di nascita va riportata nel formato GGMMAAAA.

7. Comune di nascita (numerico - sei caratteri - obbligatorio)

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

Nel caso di un paziente nato all'estero, va indicato il codice 999 al posto della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno per l'anagrafe della popolazione.

8. Stato civile (numerico - un carattere - obbligatorio)

Va riportato lo stato civile del paziente al momento del ricovero, secondo la seguente codifica:

- (1): celibe o nubile;
- (2): coniugato/a;
- (3): separato/a;
- (4): divorziato/a;
- (5): vedovo/a;
- (6): non dichiarato.

9. Comune di residenza (numerico - sei caratteri - obbligatorio)

Il comune di residenza individua il comune italiano oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risiede legalmente.

Va utilizzato lo stesso sistema di codifica definito al punto 7 "Comune di nascita"; in particolare:

- il codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, nel caso di pazienti residenti in Italia;
- il codice 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno, nel caso di pazienti residenti all'estero.

Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.

10. Cittadinanza (numerico - tre caratteri - obbligatorio)

Il codice da utilizzare per la cittadinanza è il seguente:

- (100): in caso di paziente con la cittadinanza italiana;
- codice a tre caratteri dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno, in caso di paziente con cittadinanza estera.

11. Codice sanitario individuale (alfanumerico - sedici caratteri - obbligatorio)

Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge n. 412/1991), composto da 16 caratteri. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) 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).

Questo campo non si compila per il neonato.

12. Regione di residenza (numerico - tre caratteri - obbligatorio)

La regione di residenza identifica la regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente. Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con decreto del Ministero della sanità 17 settembre 1986 e successive modifiche, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 240 del 15 ottobre 1986, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali.

Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, va indicato il codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno.

13. Azienda unità sanitaria locale di residenza (alfanumerico - tre caratteri)

Deve essere indicata l'azienda U.S.L. che comprende il comune in cui risiede il paziente.

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali.

Questo campo non va utilizzato per i residenti all'estero.

14. Regime di ricovero (numerico - un carattere - obbligatorio)

Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" ed il "ricovero diurno"; il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni:

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

I codici da utilizzare sono i seguenti:

- (1) ricovero ordinario;
- (2) ricovero diurno (day hospital).

Quando si utilizza il codice due, bisogna riportare anche le informazioni relative ai punti 29 e 30.

15. Data di ricovero (numerico - otto caratteri - obbligatorio)

La data di ricovero va riportata nel formato GGMMAAAA.

Per i nati nella struttura la data di ricovero coincide con la data di nascita.

16. Unità operativa di ammissione (numerico - quattro caratteri - obbligatorio)

L'unità operativa di ammissione individua l'unità operativa presso la quale il paziente è fisicamente ricoverato anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di un'altra unità operativa indipendentemente dal regime di ricovero.

In caso di ricovero diurno va indicata la data del primo giorno del ciclo di contatti con la struttura.

Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle UU.SS.LL. e delle aziende ospedaliere 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 l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. Entrambi, il codice di specialità clinica e il suo progressivo, devono attenersi, singolarmente, alle regole concernenti la memorizzazione dei campi numerici.

17. Onere della degenza (alfanumerico - un carattere).

Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

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

18. Provenienza del paziente (alfanumerico - un carattere)

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

I codici da utilizzare sono i seguenti:

- (1): paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico;

— (2): paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico di base;

— (3): ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura;

— (4): paziente trasferito da un istituto di cura pubblico;

— (5): paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato;

— (6): paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato;

— (7): paziente trasferito da un altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto;

— (9) altro.

Non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi.

19. Tipo di ricovero (alfanumerico - un carattere - obbligatorio)

Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario (codice 1 alla variabile 14 "regime di ricovero") individua i ricoveri programmati, distinguendoli dai ricoveri d'emergenza, e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

— (1): ricovero programmato non urgente;

— (2): ricovero urgente;

— (3): ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);

— (4): ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'immissione.

Non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi.

20. Traumatismi ed intossicazioni (alfanumerico - un carattere)

Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da trauma, incidente o da una intossicazione.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

— (1): infortunio sul lavoro;

— (2): infortunio in ambiente domestico;

— (3): incidente stradale;

— (4): violenza altrui (indipendentemente dal luogo ove è avvenuta);

— (5): autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo ove è avvenuto);

— (9): altro tipo di incidente o intossicazione.

21. Trasferimenti interni 1 (alfanumerico - dodici caratteri)

I trasferimenti interni, da riportare soltanto nei casi di ricovero in regime ordinario (codice 1 alla variabile 14 "regime di ricovero"), descrivono il percorso che il paziente ha seguito durante il ricovero.

Per ciascun trasferimento effettuato durante il ricovero vanno indicati: nei primi otto caratteri, la data in cui ha avuto luogo il trasferimento, secondo il formato GGMMAAAA, nei successivi quattro caratteri, il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente, secondo quanto descritto al punto 16.

Se il campo non contiene dati, valorizzarlo con spazi.

22. Trasferimenti interni 2 (alfanumerico - dodici caratteri)

Come al punto 21.

23. Trasferimenti interni 3 (alfanumerico - dodici caratteri)

Come al punto 21.

24. Trasferimenti interni 4 (alfanumerico - dodici caratteri)

Come al punto 21.

25. Unità operativa di dimissione (numerico - quattro caratteri - obbligatorio)

L'unità operativa di dimissione indica il reparto dal quale il paziente viene dimesso. Viene indicato anche se esso coincide con quello di ammissione ovvero con quella relativa all'ultimo trasferimento interno riportato per la variabile (21).

La codifica da utilizzare è quella descritta al punto 16.

26. Data di dimissione o morte (numerico - otto caratteri - obbligatorio)

La data di dimissione o morte del paziente va sempre riportata nella forma di cui al punto 15.

Nel caso di ricovero, in regime diurno, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso presso la struttura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre la fine dell'anno, la data del 31 dicembre corrisponde alla data di dimissione.

27. Modalità di dimissione (numerico - un carattere - obbligatorio)

La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dimesso dall'ospedale e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.

La codifica è la seguente:

- (1): paziente deceduto;
- (2): dimissione ordinaria al domicilio del paziente;
- (3): dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA);
- (4): dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare;
- (5): dimissione volontaria;
- (6): trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti;
- (7): trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto;
- (8): trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza;
- (9): dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.

28. Riconcontro autoptico (alfanumerico - un carattere)

Nel caso in cui il paziente sia deceduto, il riscontro autoptico individua i casi nei quali sia stata effettuata l'autopsia.

Il codice da utilizzare solo se la modalità di dimissione è: deceduto (codice 1 al punto 27):

- (1): se è stata eseguita l'autopsia;
- (2): se non è stata eseguita.

29. Motivo del ricovero in regime diurno (alfanumerico - un carattere)

Questa informazione va riportata solo per i ricoveri in regime diurno (codice 2 alla variabile (14) "regime di ricovero").

La codifica è la seguente:

- (1): ricovero diurno diagnostico (compreso follow up);
- (2): ricovero diurno chirurgico (day surgery);
- (3): ricovero a prevalente carattere terapeutico;
- (4) ricovero diurno riabilitativo.

30. Numero giornate di presenza in ricovero diurno (numerico - tre caratteri)

Questa informazione va riportata solo per i ricoveri in regime diurno e indica il 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 cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre, la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno.

In caso di ricovero diurno chirurgico il rimborso è unico indipendentemente dal numero di giornate di presenza mentre il rimborso per il ricovero diurno medico dipende dalle giornate di accessi nell'istituto di cura.

31. Peso alla nascita (numerico - quattro caratteri)

Identifica il peso rilevato alla nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.

Il peso va rilevato in grammi.

Le informazioni di carattere clinico, di seguito elencate, diagnosi principale di dimissione, diagnosi secondarie, intervento chirurgico principale o parto, altri interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche devono essere codificate utilizzando la classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana 1997 della International Classification of Diseases - 9th version - Clinical Modification: ICD-9-CM) e successivi aggiornamenti. Ad essa corrisponde la versione 14^a della classificazione HCFA-DRGs. Per il corretto utilizzo di tale classificazione e per la corretta selezione e codifica delle informazioni cliniche devono essere rigorosamente rispettate le istruzioni riportate di seguito.

32. Diagnosi principale di dimissione (alfanumerico - cinque caratteri - obbligatorio)

La definizione diagnosi principale di dimissione è riportata al punto 4,1 del presente allegato tecnico. La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di dimissione ospedaliera e codificata utilizzando i codici di cin-

que caratteri riportati nella già citata classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica.

Non devono essere riportati i punti separatori del codice e non devono essere aboliti gli zeri davanti al numero (es. il codice 004.0 deve essere riportato, allineato a sinistra, "0040" con lo spazio eventuale a destra del codice).

33. Diagnosi secondaria 1 (alfanumerico - cinque caratteri)

La definizione delle diagnosi secondarie è riportata al punto 5 del presente allegato tecnico. Possono essere riportate al massimo cinque diagnosi secondarie, che devono essere correttamente codificate utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella già citata classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica.

34. Diagnosi secondaria 2 (alfanumerico - cinque caratteri)

Come al punto 33.

35. Diagnosi secondaria 3 (alfanumerico - cinque caratteri)

Come al punto 33.

36. Diagnosi secondaria 4 (alfanumerico - cinque caratteri)

Come al punto 33.

37. Diagnosi secondaria 5 (alfanumerico - cinque caratteri)

Come al punto 33.

38. Intervento chirurgico principale o parto (alfanumerico - dodici caratteri)

Per intervento chirurgico principale si intende la procedura chirurgica eseguita nel corso del ricovero.

Per l'intervento chirurgico principale si deve indicare, nei primi otto caratteri, la data in cui è stato eseguito l'intervento nel formato GGMMAAAA, e nei successivi 4 caratteri il codice corrispondente all'intervento chirurgico, secondo la già citata classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica.

Anche per l'intervento devono essere aboliti i punti separatori del codice e non devono essere aboliti gli zeri davanti ai numeri (es. il codice 04.00 deve essere riportato, allineato a sinistra, "0400" con lo spazio eventuale riportato a destra del codice).

39. Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 1 (alfanumerico - dodici caratteri)

I criteri per la selezione degli altri interventi chirurgici e delle principali procedure diagnostiche e terapeutiche sono riportati al punto 6 del presente allegato tecnico. Possono essere riportati al massimo cinque interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche ulteriori rispetto all'intervento chirurgico principale, utilizzando i codici a quattro caratteri della già citata classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica.

40. Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 2 (alfanumerico - dodici caratteri)

Come al punto 39.

41. Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 3 (alfanumerico - dodici caratteri)

Come al punto 39.

42. Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 4 (alfanumerico - dodici caratteri)

Come al punto 39.

43. Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 5 (alfanumerico - dodici caratteri)

Come al punto 39.

44. Codice D.R.G. (numerico - tre caratteri)

Codice D.R.G. che scaturisce dalle diagnosi e/o procedure eseguite.

45. Codifica utilizzata (numerico - un carattere - obbligatorio)

Serve per specificare il tipo di classificazione utilizzata per la compilazione dei campi relativi alle patologie e alle procedure utilizzate:

- (1) codificati in base alla classificazione ICD-9;
- (2) codificati in base alla classificazione ICD-9-CM.

46. *Trimestre di riferimento (numerico - un carattere - obbligatorio)*

Questo campo serve per specificare a quale trimestre si riferiscono i dati:

- (1): dati relativi al 1° trimestre;
- (2): dati relativi al 2° trimestre;
- (3): dati relativi al 3° trimestre;
- (4): dati relativi al 4° trimestre.

47. *Data di prenotazione (numerico - otto caratteri - obbligatorio)*

La data di prenotazione va riportata nel formato GGMMAAAA.

Questo campo va compilato obbligatoriamente quando il tipo di ricovero è "programmato non urgente" (codifica 1 al campo 19) o "programmato con preospedalizzazione" (codifica 4 al campo 19).

48. *Livello di istruzione (numerico - un carattere - obbligatorio)*

Utilizzare le seguenti codifiche:

- 1 - licenza elementare o nessun titolo;
- 2 - diploma scuola media inferiore;
- 3 - diploma scuola media superiore;
- 4 - diploma universitario o laurea breve;
- 5 - laurea.

49. *Classe di priorità (alfanumerico - un carattere - obbligatorio)*

Utilizzare le seguenti codifiche:

A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare pregiudizio alla prognosi;

B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

D - Ricovero senza attesa massima definita per casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

50. *Codice causa esterna (alfanumerico - cinque caratteri - obbligatorio)*

Indica la causa esterna dei traumatismi, degli avvelenamenti e di altri effetti diversi, in tale campo dovrà essere inserito il codice E (E800-E999) della classificazione ICD 9 CM versione 2007 e successivi (classificazione supplementare).

51. *Campo vuoto (alfanumerico - 26 caratteri)*

Campo vuoto da utilizzare per eventuali variazioni ed introduzioni future.

TRACCIATO RECORD ATTIVITÀ RICOVERI ORDINARI E DH

Progressivo	Posizione	Descrizione campo	Tipo	Lunghezza
1	1-8	Codice struttura	AN	8
2	9-18	Numero della scheda	N	10
3	19-48	Cognome paziente	AN	30
4	49-68	Nome paziente	AN	20
5	69-69	Sesso	N	1
6	70-77	Data di nascita	N	8
7	78-83	Comune di nascita	N	6
8	84-84	Stato civile	N	1
9	85-90	Comune di residenza	N	6
10	91-93	Cittadinanza	N	3
11	94-109	Codice sanitario individuale	AN	16
12	110-112	Regione di residenza	N	3
13	113-115	Azienda di residenza	AN	3
14	116-116	Regime di ricovero	N	1
15	117-124	Data di ricovero	N	8
16	125-128	Unità operativa di ammissione	N	4
17	129-129	Onere della degenza	AN	1
18	130-130	Provenienza del paziente	AN	1

Progressivo	Posizione	Descrizione campo	Tipo	Lunghezza
19	131-131	Tipo di ricovero	AN	1
20	132-132	Traumatismi o intossicazioni	AN	1
21	133-144	Trasferimenti interni 1	AN	12
22	145-156	Trasferimenti interni 2	AN	12
23	157-168	Trasferimenti interni 3	AN	12
24	169-180	Trasferimenti interni 4	AN	12
25	181-184	Unità operativa di dimissione	N	4
26	185-192	Data di dimissione o morte	N	8
27	193-193	Modalità di dimissione	N	1
28	194-194	Riscontro autoptico	AN	1
29	195-195	Motivo del ricovero in regime diurno	AN	1
30	196-198	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno	N	3
31	199-202	Peso alla nascita	N	4
32	203-207	Diagnosi principale di dimissione	AN	5
33	208-212	Diagnosi secondaria 1	AN	5
34	213-217	Diagnosi secondaria 2	AN	5
35	218-222	Diagnosi secondaria 3	AN	5
36	223-227	Diagnosi secondaria 4	AN	5
37	228-232	Diagnosi secondaria 5	AN	5
38	233-244	Intervento chirurgico principale o parto	AN	12
39	245-256	Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 1	AN	12
40	257-268	Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 2	AN	12
41	269-280	Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 3	AN	12
42	281-292	Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 4	AN	12
43	293-304	Altro intervento chirurgico e procedure diagnostiche o terapeutiche 5	AN	12
44	305-307	DRG	N	3
45	308-308	Codifica utilizzata	N	1
46	309-309	Trimestre di riferimento	N	1
47	310-317	Data di prenotazione	N	8
48	318-318	Livello di istruzione	N	1
49	319-319	Classe di priorità	AN	1
50	320-324	Codice causa esterna	AN	5
51	325-350	Campo vuoto	AN	26

Lunghezza totale del record: 350.

Note: Tipo dato

AN: Alfanumerico
N: Numerico

(2010.34.2392)102

DECRETO 10 agosto 2010.

Autorizzazione all'istituto scolastico paritario La Cultura, con sede in Comiso, per l'istituzione di un corso biennale di formazione professionale per ottici.

IL DIRIGENTE GENERALE DEL DIPARTIMENTO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ SANITARIE E OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO

Visto lo Statuto della Regione;