

Manuale di rilevazione di attività di Pronto Soccorso

Versione 2.1

Dicembre 2019



**Regione
Lombardia**

Indice

Indice	2
1. Scopo del documento	5
2. Regole di carattere generale.....	5
Enti invianti il flusso.....	5
Modalità di invio del flusso	5
Responsabili regionali.....	6
3. Regole di compilazione del flusso	7
3.1 PS1.TXT (variabili anagrafiche)	8
3.1.1 CODICE ISTITUTO	8
3.1.2 IDENTIFICATIVO ACCESSO	8
3.1.3 TIPO TRASMISSIONE	8
3.1.4 IDENTIFICATIVO UNIVOCO	8
3.1.5 CODICE ISTITUZIONE TEAM.....	9
3.1.6 GENERE	9
3.1.7 DATA DI NASCITA	9
3.1.8 ETA' PRESUNTA.....	9
3.1.9 CITTADINANZA.....	10
3.1.10 COMUNE DI RESIDENZA.....	10
3.2 PS2.TXT (dati sanitari).....	11
3.2.1 CODICE ISTITUTO	11
3.2.2 IDENTIFICATIVO ACCESSO	11
3.2.3 TIPO TRASMISSIONE	11
3.2.4 DATA ARRIVO	11
3.2.5 ORA ARRIVO	12
3.2.6 MODALITÀ ARRIVO.....	12
3.2.7 IDENTIFICATIVO CENTRALE OPERATIVA	12
3.2.8 CODICE MISSIONE	12
3.2.9 RESPONSABILE INVIO	13
3.2.10 ISTITUTO PROVENIENZA	13

3.2.11	PROBLEMA PRINCIPALE.....	13
3.2.12	TRAUMA	14
3.2.13	TRIAGE	15
3.2.14	DATA PRESA IN CARICO.....	15
3.2.15	ORA PRESA IN CARICO	15
3.2.16	ESITO TRATTAMENTO	16
3.2.17	DATA DIMISSIONE	16
3.2.18	ORA DIMISSIONE.....	16
3.2.19	REFERTO	16
3.2.20	LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO	17
3.2.21	CODICE SPECIALITÀ REPARTO DI RICOVERO.....	17
3.2.22	PROGRESSIVO SDO.....	17
3.2.23	MOTIVO TRASFERIMENTO	17
3.2.24	ISTITUTO TRASFERIMENTO	18
3.2.25	REGIME EROGAZIONE.....	18
3.2.26	TICKET.....	18
3.2.27	POSIZIONE ASSISTITO TICKET	18
3.2.28	CODICE ESENZIONE	19
3.2.29	DIAGNOSI PRINCIPALE	19
3.2.30	DIAGNOSI SECONDARIA.....	19
3.2.31	DATA DESTINAZIONE.....	19
3.2.32	ORA DESTINAZIONE.....	20
3.2.33	PROBLEMA CLINICO PRINCIPALE OBI	20
3.2.34	DATA INGRESSO IN OBI.....	20
3.2.35	ORA INGRESSO IN OBI	20
3.2.36	DISCIPLINA 1a CONSULENZA SPECIALISTICA	20
3.2.37	NUMERO 1e CONSULENZE SPECIALISTICHE.....	21
3.2.38	DISCIPLINA 2a CONSULENZA SPECIALISTICA	21
3.2.39	NUMERO 2e CONSULENZE SPECIALISTICHE.....	21
3.2.40	ESITO OBI.....	21
3.2.41	PRESTAZIONE PRINCIPALE EROGATA IN OBI.....	21
3.2.42	PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 1	22
3.2.43	PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 2	22
3.2.44	PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 3	22
3.2.45	PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 4	22
3.2.46	DIAGNOSI PRINCIPALE IN USCITA DA OBI.....	23

3.2.47	DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 1	23
3.2.48	DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 2	23
3.2.49	DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 3	23
3.2.50	DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 4	23
3.2.51	DATA USCITA DA OBI	24
3.2.52	ORA USCITA DA OBI	24
3.3	PS3.TXT (DATI PRESTAZIONI)	25
3.3.1	CODICE ISTITUTO	25
3.3.2	IDENTIFICATIVO ACCESSO	25
3.3.3	TIPO TRASMISSIONE	25
3.3.4	CODICE PRESTAZIONE	25
3.3.5	QUANTITA' PRESTAZIONE	26
4.	Allegato 1: TRACCIATO IN INPUT "PS1"	27
5.	Allegato 2: TRACCIATO IN INPUT "PS2"	29
6.	Allegato 3: TRACCIATO IN INPUT "PS3"	32
7.	Elaborazione - esiti	33
8.	Modalità di correzione del flusso	34
9.	Allegato E1 - Tracciato ERRORI	35
10.	Allegato E2 - RIEPILOGO_ELAB_STRUTTURA	36
11.	Allegato E3 - Tracciato DB_ELAVORATI_PER_STRUTTURA	38
12.	Allegato E4 - Tracciato DB_ERRORI_X_struttura	39
13.	Allegato E5 - Tracciato DB_STATISTICA_EVENTI_X_struttura	40
14.	Allegato E6 - Schema abbinamento dei record	41
15.	Allegato E7 - Tipologia e descrizione errori	45
16.	Tabella A: Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti adulti	47
17.	Tabella B: Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti pediatrici	53

1. Scopo del documento

Il presente documento ha l'obiettivo di illustrare le regole regionali relative a:

- la compilazione del flusso informativo Pronto Soccorso, di seguito chiamato flusso, da parte degli Enti Erogatori;
- la verifica di tale flusso da parte di Regione.

2. Regole di carattere generale

Enti invianti il flusso

Il flusso informativo **include** le prestazioni erogate dalle seguenti strutture pubbliche e private accreditate a contratto:

- strutture, pubbliche e private a contratto, sedi di pronto Soccorso.

Modalità di invio del flusso

Verificata la conformità a quanto richiesto dal flusso regionale, le strutture devono curare la trasmissione dei dati relativi ai singoli record registrandoli su archivi separati: "PS1.TXT" (archivio delle variabili anagrafiche), "PS2.TXT" (archivio dei dati sanitari) e "PS3.TXT" (archivio delle prestazioni).

I flussi devono essere inviati alla Direzione Generale Welfare con periodicità mensile, entro il giorno del mese successivo quello di erogazione concordato da calendario con il Ministero Salute, attraverso il canale SMAF che consente alle strutture sanitarie invianti di assolvere la richiesta di invio dei flussi informativi ottenendo un immediato riscontro sulla corretta acquisizione dei flussi trasmessi. Il Sistema permette inoltre di ricevere eventuali notifiche di errore e di provvedere alla correzione dei dati trasmessi.

Il calendario del flusso PS è strutturato su SMAF (annualmente) con la seguente modalità:

Gennaio	Entro il 15 febbraio
Febbraio	Entro il 15 marzo
Marzo	Entro il 15 aprile
Aprile	Entro il 15 maggio
Maggio	Entro il 15 giugno
Giugno	Entro il 15 luglio
Luglio	Entro il 15 agosto
Agosto	Entro il 15 settembre
Settembre	Entro il 15 ottobre
Ottobre	Entro il 15 novembre
Novembre	Entro il 15 dicembre
Dicembre	Entro il 15 gennaio (anno successivo)

Responsabili regionali

Referenti del flusso delle prestazioni di Pronto Soccorso per conto della D.G. WELFARE sono:

- Elisabetta Brivio - email: elisabetta_brivio@regione.lombardia.it
- Anna Trotta - email: anna_trotta@regione.lombardia.it

Osservatorio Epidemiologico Regionale

Piazza Città di Lombardia, 1 – 20124 MILANO

Significato delle evidenziazioni del presente manuale

- Evidenziate in azzurro: modifiche introdotte con la versione 2.0 rispetto alla versione 1.0
- Evidenziate in verde: modifiche introdotte con la versione 2.1 rispetto alla versione 2.0

3. Regole di compilazione del flusso

Le strutture inviano i dati registrati su archivi denominati “PS1.TXT” (dati anagrafici), “PS2.TXT” (dati sanitari) e “PS3.TXT” (dati delle prestazioni), con cadenza mensile.

Il sistema verifica la correttezza formale dell’invio secondo i seguenti parametri:

- package: controllo del contenuto del file compresso, della relativa denominazione e della firma Digitale
- Verifica della lunghezza dei record secondo il tracciato previsto dal singolo flusso (PS1, PS2 e PS3) come descritto:

file	Lunghezza record
PS1.txt	92 caratteri
PS2.txt	247 caratteri
PS3.txt	33 caratteri

- Verifica che il codice Istituto Erogatore presente nei file PS1, PS2 e PS3 coincida con il codice Istituto inviante il flusso

A fronte della presenza di queste tipologie di errori il sistema genera un rifiuto dell’invio. In caso contrario, i dati vengono accolti in attesa della validazione.

Per ogni invio è possibile visualizzare una **Scheda di Dettaglio** che mostra gli esiti dei controlli di validazione formali attuati sui singoli file che costituiscono il package.

Cliccando sulle varie icone è possibile accedere ai singoli log per verificare i dettagli relativi agli eventuali errori. Sul portale SMAF è a disposizione la documentazione esplicativa sulle varie sezioni del portale e sull’acquisizione dei flussi.

Vengono di seguito descritti i campi che costituiscono i tracciati PS1, PS2e PS3, riportati rispettivamente negli Allegati 1, 2 e 3 del presente documento. In particolare, in questa sezione sono definite le descrizioni dei campi, le regole di compilazione e l’eventuale obbligatorietà. I campi privi di informazione o per cui non sia prevista obbligatoriamente la valorizzazione dovranno essere interamente riempiti con:

- SPAZIO (ASCII: 032) per i campi alfanumerici (form. A del tracciato)
- ZERO (0) per i campi numerici (form. N del tracciato)

Per ciascun campo è riportato un riquadro in cui è indicata la **descrizione** del campo, le **regole** di compilazione, le condizioni di **obbligatorietà** di compilazione del campo.

I file devono essere registrati in Codifica ASCII, con campi a lunghezza fissa, record separati da CR-LF, e con il file chiuso con carattere EOF.

3.1 PS1.TXT (variabili anagrafiche)

3.1.1 CODICE ISTITUTO

Descrizione: Codice della struttura di ricovero cui afferisce il PS

Regole: CAMPO CHIAVE Valorizzare il campo con: se l'istituto di destinazione è uno stabilimento di una struttura con più stabilimenti è necessario indicare il codice stabilimento ex HSP.11bis, che ha lunghezza di 8 caratteri. Se l'istituto di destinazione è una struttura monostabilimento è necessario utilizzare il codice struttura HSP.11, che ha lunghezza di 6 caratteri.

Obbligatorietà: SI

3.1.2 IDENTIFICATIVO ACCESSO

Descrizione: Codice univoco che identifica il contatto del cittadino con il SSN, in questo caso l'accesso al PS

Regole: CAMPO CHIAVE Anno della data di entrata (AAAA) e il numero progressivo dell'accesso a 12 cifre

Obbligatorietà: SI

3.1.3 TIPO TRASMISSIONE

Descrizione: Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate

Regole: CAMPO CHIAVE. Va utilizzato:

- Il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione.
- il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una correzione dal sistema di acquisizione
- il codice "A" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare un annullamento dal sistema di acquisizione.

Obbligatorietà: SI

3.1.4 IDENTIFICATIVO UNIVOCO

Descrizione: Indica il codice identificativo dell'assistito

Regole: Valorizzare il campo con:

- il codice fiscale di 16 caratteri allineato a sinistra
- il codice STP formato "STPrrssnnnnnnn", dove rrrsss: Regione + Azienda Ospedaliera, ASL o struttura di ricovero che ha assegnato il codice. Per le assegnazioni eseguite in Lombardia, sarà del tipo "030...", nnnnnnn: numero progressivo completato con cifre "0" a sinistra (ad esempio: "0000001", "0000123", etc.)
- N° Identificazione Personale (per assistiti UE o paesi convenzionati);

- In caso di cittadino richiedente l'anonimato, riportare una stringa di 16 caratteri "Z" consecutivi.
- Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni, il campo deve essere compilato nel seguente formato: carattere X ripetuto 20 volte

Obbligatorietà: SI

3.1.5 CODICE ISTITUZIONE TEAM

Descrizione: Indica il codice di identificazione assegnato a livello nazionale alla istituzione di assicurazione o di residenza competente ai sensi degli allegati 2 e 3 al regolamento 574/72. - (Da compilare in caso di cittadini residenti UE)

Regole: Il campo va valorizzato come segue: codice Istituzione + codice Denominazione Istituzione

Obbligatorietà: Facoltativo

3.1.6 GENERE

Descrizione: Indica il sesso dell'assistito.

Regole: Valori ammessi: 1 - Maschio 2 - Femmina 9 - Non Rilevato

Obbligatorietà: SI

3.1.7 DATA DI NASCITA

Descrizione: Indica la data di nascita dell'assistito.

Regole: Formato: AAAAMMGG

Obbligatorietà: Da compilare se non è compilato il campo "ETA' PRESUNTA"

3.1.8 ETA' PRESUNTA

Descrizione: Indica la fascia di età, anche apparente del paziente. Il campo deve essere compilato in caso di non disponibilità dell'informazione relativa alla data di nascita.

Regole: Valori ammessi

- 0 = 0 - 30 giorni;
- 1 = 1 mese - 12 mesi;
- 2 = 1 - 5 anni;
- 3 = 6 - 14 anni;
- 4 = 15 - 64 anni;
- 5 = 65 - 80 anni;
- 6 = > 80 anni.

Obbligatorietà: Da compilare se non è compilato il campo "Data di nascita"

3.1.9 CITTADINANZA

Descrizione: Indica la cittadinanza dell'assistito.

Regole: Valorizzare il campo con:

- per cittadini italiani indicare 100,
- per gli stranieri indicare gli ultimi 3 caratteri del codice ISTAT
- In caso di cittadino apolide codificare con '999'
- In caso di cittadinanza sconosciuta codificare con '998'

Obbligatorietà: SI

3.1.10 COMUNE DI RESIDENZA

Descrizione: Indica il Comune di residenza dell'assistito

Regole: Da questo campo saranno derivati: codice regione di residenza, ATS di residenza (per i cittadini Lombardi), sigla stato estero di residenza. Valorizzare il campo con:

- il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune;
- Nel caso in cui il paziente risieda all'estero va indicato il codice 999+Paese estero

Obbligatorietà: SI

3.2 PS2.TXT (dati sanitari)

3.2.1 CODICE ISTITUTO

Descrizione: Codice della struttura di ricovero cui afferisce il PS.

Regole: CAMPO CHIAVE. Se l'istituto di destinazione è uno stabilimento di una struttura con più stabilimenti è necessario indicare il codice stabilimento ex HSP.11bis, che ha lunghezza di 8 caratteri. Se l'istituto di destinazione è una struttura monostabilimento è necessario utilizzare il codice struttura HSP.11, che ha lunghezza di 6 caratteri.

Obbligatorietà: SI

3.2.2 IDENTIFICATIVO ACCESSO

Descrizione: Codice univoco che identifica il contatto del cittadino con il SSN, in questo caso l'accesso al Pronto Soccorso

Regola: CAMPO CHIAVE. Anno della data di entrata (AAAA) e il numero progressivo dell'accesso a 12 cifre

Obbligatorietà: SI

3.2.3 TIPO TRASMISSIONE

Descrizione: Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.

Regole: CAMPO CHIAVE. Valori ammessi:

- I: Inserimento, per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione
- C: Correzione, per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una correzione dal sistema di acquisizione
- A: Annullamento, per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare un annullamento dal sistema di acquisizione.

Obbligatorietà: SI

3.2.4 DATA ARRIVO

Descrizione: Indicazione del giorno di arrivo al Pronto Soccorso

Regole: Formato: AAAAMMGG

Obbligatorietà: SI

3.2.5 ORA ARRIVO

Descrizione: Indicazione del momento di arrivo al PS e di presa in carico infermieristica o del momento del triage ove attivato

Regole: Formato: OO:MM

Obbligatorietà: SI

3.2.6 MODALITÀ ARRIVO

Descrizione: Indicazione della modalità di arrivo "fisica" al PS

Regole: Valori ammessi:

1. Ambulanza 118
2. Altra Ambulanza
3. Autonomo (arrivato con mezzi propri)
4. Elicottero 118
5. Altro Elicottero
6. Mezzo di soccorso 118 di altre regioni
7. Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, Polizia, ecc.)
9. Non rilevato

Obbligatorietà: SI

3.2.7 IDENTIFICATIVO CENTRALE OPERATIVA

Descrizione: Identifica la Centrale Operativa del 118 che ha attivato la missione che ha trasferito il paziente al PS.

Regole: Il codice è costituito da 5 caratteri, di cui i primi 3 identificano la regione (secondo codifica del DM 17.09.86) e gli ultimi 2 la centrale operativa. (I codici di Centrale Operativa possono essere costituiti sia da lettere sia da un progressivo attribuito in ambito regionale.)

Obbligatorietà: Obbligatorio per modalità di arrivo 1,4 e 6 e responsabile invio = 5

3.2.8 CODICE MISSIONE

Descrizione: Indica il codice che identifica univocamente la missione del 118 che ha trasferito il paziente al PS.

Regole: Il codice è formato da: 4 caratteri per l'anno di riferimento; 12 caratteri per il progressivo dell'intervento.

Obbligatorietà: Obbligatorio per modalità di arrivo 1,4 e 6 e responsabile invio = 5

3.2.9 RESPONSABILE INVIO

Descrizione: Indica il responsabile dell'invio del cittadino al Pronto Soccorso.

Regole: Valori ammessi:

- 1 = medico di medicina generale/ pediatra libera scelta;
- 2 = medico di continuità assistenziale;
- 3 = specialista;
- 4 = trasferito da altro istituto;
- 5 = Intervento C.O. 118;
- 6 = decisione propria;
- 7=struttura penitenziaria;
- 9 = altro.

Obbligatorietà: SI

3.2.10 ISTITUTO PROVENIENZA

Descrizione: Identificativo dell'istituto di ricovero

Regole: inviante - Se l'istituto di destinazione è uno stabilimento di una struttura con più stabilimenti è necessario indicare il codice stabilimento ex HSP.11bis, che ha lunghezza di 8 caratteri. Se l'istituto di destinazione è una struttura monostabilimento è necessario utilizzare il codice struttura HSP.11, che ha lunghezza di 6 caratteri.

Obbligatorietà: Obbligatorio se inviato da 4 = trasferito da altro istituto

3.2.11 PROBLEMA PRINCIPALE

Descrizione: Indica il problema principale riscontrato/percepito al momento del triage.

Regola: Indicare il problema principale per gravità clinica e impegno di risorse rilevato al momento dell'arrivo utilizzando i codici di seguito riportati:

- 01 = coma;
- 02 = sindrome neurologica acuta*;
- 03 = altri sintomi sistema nervoso**;
- 04 =dolore addominale;
- 05 = dolore toracico;
- 06 = dispnea;
- 07 = dolore precordiale;
- 08 =shock;
- 09 = emorragia non traumatica;
- 10 = trauma o ustione;
- 11 = intossicazione;
- 12 =febbre;
- 13 = reazione allergica;
- 14 = alterazioni del ritmo;
- 15 = ipertensione arteriosa;

- 16 = stato di agitazione psicomotoria;
- 17 = sintomi o disturbi oculistici;
- 18 = sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici;
- 19 = sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici;
- 20 = sintomi o disturbi dermatologici;
- 21 = sintomi o disturbi odontostomatologici;
- 22 = sintomi o disturbi urologici;
- 23 = altri sintomi o disturbi;
- 24 = accertamenti medico legali***;
- 25 = problema sociale****.
- 26 = Caduta da altezza inferiore o uguale alla statura del soggetto
- 27 = Ustione
- 28 = Psichiatrico
- 29 = Pneumologia/ Patologia Respiratoria
- 30 = Violenza Altrui
- 31 = Autolesionismo

* incluso convulsioni.

** include anche alterazioni dello stato di coscienza, perdita di coscienza breve, vertigini e cefalea.

***es. età ossea, accertamento stato di gravidanza, ricerca ovuli, etc.

****es: senza fissa dimora, indigenti, etc

Se il “problema principale” è codificato con la variabile ‘10’ = “trauma o ustione”, compilare il campo “in caso di trauma”.

Obbligatorietà: SI

3.2.12 TRAUMA

Descrizione: Indica la tipologia di trauma rilevato.

Regole: Valori ammessi:

- 1 = aggressione;
- 2 = autolesionismo;
- 3 = incidente sul lavoro;
- 4 = incidente domestico;
- 5 = incidente scolastico;
- 6 = incidente sportivo;
- 7 = incidente in strada;
- 9 = incidenti in altri luoghi chiusi (*)

Il codice ‘1’ include anche percosse e violenza sessuale. Si ricorda che in caso di violenza sessuale per la codifica della diagnosi principale e delle 4 diagnosi secondarie può essere utilizzato il codice ICD-IX-CM 2002 per “Osservazione successiva ad asserita violenza carnale o seduzione” (V 71.5), come indicato nella sezione “Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari”.

Il codice ‘3’ si riferisce a incidenti avvenuti durante o in conseguenza dell’esercizio di attività fisica e/o manuale e a eventi accidentali avvenuti nel corso di attività di concetto.

Il codice '4' si riferisce a incidenti domestici, inclusi quelli che si verificano all'interno di comunità residenziali, escludendo gli incidenti che si riferiscono a collaboratori familiari per i quali deve essere utilizzato il codice '3'.

Il codice '5' indica incidenti scolastici, escludendo il personale docente e ausiliario per il quale deve essere utilizzato il codice '3'.

Il codice '6' si riferisce a incidenti verificatisi nel corso di attività sportive non professionali c/o strutture e impianti sportivi o all'aperto. L'attività sportiva a livello professionale deve essere codificata con il codice '3'.

Il codice '7', che codifica gli incidenti stradali, include tutti gli eventi accidentali avvenuti in strada inclusi quelli che coinvolgono i pedoni e/o i mezzi di trasporto pubblici o privati.

Il codice '9' si riferisce a incidenti avvenuti in luoghi chiusi (esercizi pubblici, chiese e luoghi di culto, ristoranti, alberghi, cinema, ecc.) non contemplati nelle precedenti categorie.

In assenza di evento traumatico il campo non deve essere compilato e deve essere lasciato vuoto.

Obbligatorietà: SI

3.2.13 TRIAGE

Descrizione: Livello di urgenza assegnato all'assistito e quindi di priorità per la visita medica assegnata al paziente.

Regole: Valori ammessi:

1 = Rosso - EMERGENZA

2 = Arancione – URGENZA

3 = Azzurro – URGENZA DIFFERIBILE

4 = Verde – URGENZA MINORE

5 = Bianco – NON URGENZA

N = Nero - deceduto (accertamento di decesso per giunto cadavere);

X = non eseguito (per strutture inferiori a 25.000 accessi incoerenza con Linee Guida ottobre 2001 "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema di emergenza urgenza sanitario". (G.U. n 285 del 7/12/2001))

Sono inoltre ammessi, fino a diversa indicazione, i codici

R = Rosso - Molto critico

G = Giallo - Mediamente critico

V = Verde - Poco critico

B = Bianco - Non critico.

Il campo deve essere valorizzato in coerenza con il campo "Esito Trattamento".

Obbligatorietà: SI

3.2.14 DATA PRESA IN CARICO

Descrizione: Indica il giorno di presa in carico del paziente da parte del medico.

Regole: Formato: AAAAMMGG

Obbligatorietà: Obbligatorio per Esito Trattamento diverso da 6

3.2.15 ORA PRESA IN CARICO

Rilevazione attività di Pronto Soccorso

Descrizione: Indica il momento di presa in carico del paziente da parte del medico.

Regole: Formato: OO:MM

Obbligatorietà: Obbligatorio per Esito Trattamento diverso da 6

3.2.16 ESITO TRATTAMENTO

Descrizione: Indica l'esito dei trattamenti effettuati in PS - Per coerenza se Triage Infermieristico = N, allora Esito Trattamento = 9. Se Esito Trattamento =9, allora Triage Medico = N.

Regole: Valori ammessi:

1=dimissione a domicilio;

2=ricovero in reparto di degenza;

3=trasferimento ad altro istituto (compreso il ritorno all'ospedale che ha richiesto consulenza) ;

4=deceduto in PS;

5=rifiuta ricovero;

6=il paziente abbandona il PS prima della visita medica;

7=il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica;

8=dimissione a strutture ambulatoriali;

9=giunto cadavere. - Se l'attributo in questione è stato valorizzato con 9 (giunto cadavere) il campo "Triage Accesso" non può che assumere valore N (deceduto);

0=ricovero in OBI.

Obbligatorietà: SI

3.2.17 DATA DIMISSIONE

Descrizione: La data della dimissione dal PS dell'assistito

Regole: Formato: AAAAMMGG

Obbligatorietà: Obbligatorio per Esito Trattamento diverso da 6, 7 e 0; deve essere vuoto negli altri casi.

3.2.18 ORA DIMISSIONE

Descrizione: L'ora della dimissione dal PS dell'assistito

Regole: Formato: OO:MM

Obbligatorietà: Obbligatorio per Esito Trattamento diverso da 6, 7 e 0; deve essere vuoto negli altri casi.

3.2.19 REFERTO

Descrizione: Indica l'eventuale compilazione di referti.

Regole: Valori ammessi:

1 = INAIL;

2 = Autorità Giudiziaria;

3 = ASL per morso di animale (cane e canidi);

9 = Altro.

Obbligatorietà: Facoltativo

3.2.20 LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO

Descrizione: Indica il livello di appropriatezza dell'accesso valutato dal medico dopo la visita

Regole: Valori ammessi:

1 = Rosso - EMERGENZA

2 = Arancione – URGENZA

3 = Azzurro – URGENZA DIFFERIBILE

4 = Verde – URGENZA MINORE

5 = Bianco – NON URGENZA

N = Nero – Deceduto

Sono inoltre ammessi, fino a diversa indicazione, i codici

R = Rosso - Molto critico

G = Giallo - Mediamente critico

V = Verde - Poco critico

B = Bianco - Non critico.

Il campo deve essere valorizzato in coerenza con il campo Esito Trattamento.

Obbligatorietà: Obbligatorio per Esito Trattamento diverso da 6 e 7

3.2.21 CODICE SPECIALITÀ REPARTO DI RICOVERO

Descrizione: Codice della specialità del reparto di ricovero dell'assistito)

Regole: Indica il codice del reparto di ricovero dell'assistito nel caso in cui il paziente venga trasportato in ospedale per ricovero diretto. Utilizzare il codice di reparto di ricovero indicato nella scheda SDO, secondo la "Codifica della disciplina ospedaliera prevista nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere", secondo il D.M. 5/12/2006.

Obbligatorietà: Obbligatorio per esito 2 = ricovero in reparto di degenza

3.2.22 PROGRESSIVO SDO

Descrizione: Codice progressivo del ricovero, così come attribuito nella Scheda di Dimissione Ospedaliera

Regole: La codifica è 2 cifre anno riferimento + 6 progressivo ricovero

Obbligatorietà: Obbligatorio per esito 2 = ricovero in reparto di degenza

3.2.23 MOTIVO TRASFERIMENTO

Descrizione: Il motivo che ha spinto il PS al trasferimento del paziente.

Regole: Valori ammessi:

1 = In continuità di soccorso;

2 = Per mancanza di posto letto;

3 = Ritorno all'ospedale che ha richiesto consulenza;

9 = Altro (*)

Obbligatorietà: Obbligatorio per esito 3 = trasferimento ad altro istituto

3.2.24 ISTITUTO TRASFERIMENTO

Descrizione: Il codice del presidio ospedaliero di trasferimento del paziente

Regole: I valori di riferimento sono i codici delle strutture riportati nei Modelli Ministeriali HSP11 e HSP 11bis; ultimi due caratteri = subcodice; se mancante lasciare vuoti

Obbligatorietà: Obbligatorio per esito 3 = trasferimento ad altro istituto

3.2.25 REGIME EROGAZIONE

Descrizione: Indica, per ciascun accesso al Pronto Soccorso, chi si farà carico dell'onere delle prestazioni, in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente e successive modifiche.

Regole: Valori ammessi:

1 = SSN (onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per accessi che non prevedono il ticket) anche per esito uguale a "2"=ricovero in reparto di degenza;

2 = SSN + Ticket (compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito);

3 = Ministero degli Interni (nel caso di cittadini extracomunitari senza permesso di soggiorno l'onere è a carico del Ministero degli Interni, secondo il D. Lgs. 286/98, art. 35, comma 6; con decorrenza dal 1 gennaio 2017 l'onere è a carico del Ministero della Salute ai sensi dell'art. 32 del decreto legge decreto legge n. 50 del 24 aprile 2017, convertito nella legge n. 96 del 21 giugno 2017) anche per esito uguale a "2"= ricovero in reparto di degenza;

9 = Altro (pagamento del ticket attraverso terzo pagante o assistito pagante in proprio)

Obbligatorietà: Obbligatorio per Esito Trattamento diverso da 6 e 7

3.2.26 TICKET

Descrizione: Indica la compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito. Per coerenza il campo deve essere valorizzato solo se posizione assistito ticket =1).

Regole: Primi 5 caratteri per la parte intera dell'importo in Euro, restanti 2 caratteri per la residua parte dell'importo in centesimi di Euro. Valore maggiore di 0.

Obbligatorietà: Obbligatorio per Posizione Assistito Ticket = 1; non deve essere compilato se Posizione Assistito Ticket = 1 o vuoto.

3.2.27 POSIZIONE ASSISTITO TICKET

Descrizione: Indica la tipologia di esenzione dell'assistito in relazione allo specifico accesso al PS. L'esenzione per codice colore Triage ha priorità sulle altre categorie. L'eventuale esenzione per codice priorità deve essere assegnata in funzione della valorizzazione del campo appropriatezza accesso.

Regole: Indica la tipologia di esenzione dell'assistito. I valori ammessi:

1. Non esente
2. Esente totale per invalidità
3. Esente per età e reddito
4. Esente per patologia
5. Esente per categoria (pensionati sociali e familiari a carico, disoccupati e familiari a carico, titolari di pensioni al minimo oltre i 60 anni e loro familiari a carico)
6. Donne in stato di gravidanza
7. Esente parziale per invalidità (invalidità parziale)
8. Altre categorie (soggetti sottoposti ad accertamenti previsti per il riconoscimento di malattie rare, soggetti affetti da HIV, tossicodipendenti in trattamento di disassuefazione, donatori, detenuti, STP, militari/forze armate, ecc.)
9. Esente laddove previsto in relazione al livello appropriatezza accesso e in relazione alla normativa nazionale in tema di pagamento ticket in Pronto Soccorso

Obbligatorietà: Obbligatorio per Esito trattamento diverso da "6" e "7".

3.2.28 CODICE ESENZIONE

Descrizione: Indica il codice di esenzione dal pagamento del ticket del cittadino.

Regole: Codifica regionale delle esenzioni come da tabella unificata patologie croniche e rare, stati di invalidità e altre condizioni di esenzione

Obbligatorietà: Facoltativo

3.2.29 DIAGNOSI PRINCIPALE

Descrizione: Indica la diagnosi principale (la più importante per gravità clinica ed impegno di risorse).

Regole: Indicare il Codice ICD-IX-CM 2007. In sede di prima applicazione per la diagnosi si possono usare i primi 3 caratteri della classificazione ICD-IX-CM 2007

Obbligatorietà: Obbligatorio per Esito Trattamento diverso da 6 e 7

3.2.30 DIAGNOSI SECONDARIA

Descrizione: Indica la diagnosi secondaria

Regole: Indicare il Codice ICD-IX-CM 2007. In sede di prima applicazione per la diagnosi si possono usare i primi 3 caratteri della classificazione ICD-IX-CM 2007

Obbligatorietà: Facoltativo

3.2.31 DATA DESTINAZIONE

Descrizione: data in cui si è deciso dove inviare il paziente, anche se non è stata ancora chiusa la cartella di PS.

Regole: Formato AAAAMMGG

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento è uguale a “1”, “2”, “3” o “0”; non deve essere compilata se Esito trattamento è diverso da “1”, “2”, “3” e “0”.

3.2.32 ORA DESTINAZIONE

Descrizione: ora in cui si è deciso dove inviare il paziente, anche se non è stata ancora chiusa la cartella di PS.

Regole: Formato OO:MM

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento è uguale a “1”, “2”, “3” o “0”; non deve essere compilata se Esito trattamento è diverso da “1”, “2”, “3” e “0”.

3.2.33 PROBLEMA CLINICO PRINCIPALE OBI

Descrizione: Problema clinico principale che ha motivato il ricovero in OBI.

Regole: Valori ammessi contenuti nella tabella (vedi **Tabella A** - Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti adulti, e **Tabella B** - Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti pediatrici).

Per gli assistiti con età maggiore o uguale a 18 anni, si deve fare riferimento alle prestazioni riportate nella sola tabella A; per i pazienti con età minore di 18 anni, si deve fare riferimento all'insieme delle prestazioni contenute nella tabella A e nella tabella B.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0.

3.2.34 DATA INGRESSO IN OBI

Descrizione: Indica la data in cui il paziente viene ammesso in OBI (coincide con il termine della prestazione di PS).

Regole: Formato AAAAMMGG. La data di ingresso in OBI deve essere maggiore o uguale a Data di presa in carico.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0.

3.2.35 ORA INGRESSO IN OBI

Descrizione: Indica l'ora in cui il paziente viene ammesso in OBI (coincide con il termine della prestazione di PS).

Regole: Formato OO:MM. La Data e Ora di ingresso in OBI devono essere successive alla Data e Ora di presa in carico.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0.

3.2.36 DISCIPLINA 1a CONSULENZA SPECIALISTICA

Descrizione: Indica la disciplina dell'eventuale consulenza specialistica richiesta a supporto dell'attività di OBI.

Regole: Codifica della disciplina ospedaliera prevista nei modelli di “rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere, secondo il DM 5/12/2006.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0.

3.2.37 NUMERO 1e CONSULENZE SPECIALISTICHE

Descrizione: Indica il numero delle eventuali prime consulenze specialistiche richieste a supporto dell'attività di OBI.

Regole: Valori ammessi da 1 a 9.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0.

3.2.38 DISCIPLINA 2a CONSULENZA SPECIALISTICA

Descrizione: Indica la disciplina dell'eventuale seconda consulenza specialistica richiesta a supporto dell'attività di OBI.

Regole: Codifica della disciplina ospedaliera prevista nei modelli di "rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere, secondo il DM 5/12/2006.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0.

3.2.39 NUMERO 2e CONSULENZE SPECIALISTICHE

Descrizione: Indica il numero delle eventuali seconde consulenze specialistiche richieste a supporto dell'attività di OBI.

Regole: Valori ammessi da 1 a 9.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0.

3.2.40 ESITO OBI

Descrizione: Indica l'esito dell'attività svolta in OBI

Regole: Valori ammessi:

1= dimissione a domicilio;

2= ricovero in reparto di degenza;

3= trasferimento ad altro istituto;

4= decesso;

5=rifiuta ricovero;

7=il paziente abbandona l'OBI/PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica;

8= dimissione con rinvio a strutture ambulatoriali.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0

3.2.41 PRESTAZIONE PRINCIPALE EROGATA IN OBI

Descrizione: Indica il codice della prestazione principale erogata in OBI (la più importante per gravità clinica ed impegno di risorse).

Regole: I valori di riferimento sono: gli interventi codificati secondo la classificazione ICD-IX-CM;· le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nel nomenclatore nazionale;· le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nei nomenclatori regionali; pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0

3.2.42 PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 1

Descrizione: Indica il codice di una delle prestazioni secondarie erogate in OBI più importanti per gravità clinica ed impegno di risorse.

Regole: I valori di riferimento sono: gli interventi codificati secondo la classificazione ICD-IX-CM;· le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nel nomenclatore nazionale;· le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nei nomenclatori regionali; pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono

Obbligatorietà: Facoltativo. il campo deve essere vuoto se Esito trattamento diverso da 0.

3.2.43 PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 2

Descrizione: Indica il codice di una delle prestazioni secondarie erogate in OBI più importanti per gravità clinica ed impegno di risorse.

Regole: I valori di riferimento sono: gli interventi codificati secondo la classificazione ICD-IX-CM;· le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nel nomenclatore nazionale;· le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nei nomenclatori regionali; pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono

Obbligatorietà: Facoltativo. il campo deve essere vuoto se Esito trattamento diverso da 0.

3.2.44 PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 3

Descrizione: Indica il codice di una delle prestazioni secondarie erogate in OBI più importanti per gravità clinica ed impegno di risorse.

Regole: I valori di riferimento sono: gli interventi codificati secondo la classificazione ICD-IX-CM;· le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nel nomenclatore nazionale;· le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nei nomenclatori regionali; pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono

Obbligatorietà: Facoltativo. il campo deve essere vuoto se Esito trattamento diverso da 0.

3.2.45 PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 4

Descrizione: Indica il codice di una delle prestazioni secondarie erogate in OBI più importanti per gravità clinica ed impegno di risorse.

Regole: I valori di riferimento sono: gli interventi codificati secondo la classificazione ICD-IX-CM;· le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nel nomenclatore nazionale;· le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nei nomenclatori regionali; pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono.

Obbligatorietà: Facoltativo. il campo deve essere vuoto se Esito trattamento diverso da 0.

3.2.46 DIAGNOSI PRINCIPALE IN USCITA DA OBI

Descrizione: Indica la diagnosi principale (la più importante per gravità clinica ed impegno di risorse) assegnata alla dimissione dall'OBI.

Regole: Indicare il Codice ICD-9-CM ultima versione, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0.

3.2.47 DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 1

Descrizione: Indica la prima diagnosi secondaria assegnata alla dimissione dall'OBI, in ordine decrescente per gravità clinica ed impegno di risorse.

Regole: Indicare il Codice ICD-9-CM ultima versione, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono.

Obbligatorietà: Facoltativo. il campo deve essere vuoto se Esito trattamento diverso da 0.

3.2.48 DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 2

Descrizione: Indica la seconda diagnosi secondaria assegnata alla dimissione dall'OBI, in ordine decrescente per gravità clinica ed impegno di risorse.

Regole: Indicare il Codice ICD-9-CM ultima versione, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono.

Obbligatorietà: Facoltativo. il campo deve essere vuoto se Esito trattamento diverso da 0.

3.2.49 DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 3

Descrizione: Indica la terza diagnosi secondaria assegnata alla dimissione dall'OBI, in ordine decrescente per gravità clinica ed impegno di risorse.

Regole: Indicare il Codice ICD-9-CM ultima versione, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono.

Obbligatorietà: Facoltativo. il campo deve essere vuoto se Esito trattamento diverso da 0.

3.2.50 DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 4

Descrizione: Indica la quarta diagnosi secondaria assegnata alla dimissione dall'OBI, in ordine decrescente per gravità clinica ed impegno di risorse.

Regole: Indicare il Codice ICD-9-CM ultima versione, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono.

Obbligatorietà: Facoltativo. il campo deve essere vuoto se Esito trattamento diverso da 0.

3.2.51 DATA USCITA DA OBI

Descrizione: Indica la data di uscita dall'OBI.

Regole: Formato AAAAMMGG. Data uscita da OBI deve essere maggiore o uguale alla di Data ingresso in OBI.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0

3.2.52 ORA USCITA DA OBI

Descrizione: Indica l'ora di uscita dall'OBI.

Regole: Formato OO:MM. Data e Ora di uscita da OBI devono essere successive alla di Data e Ora ingresso in OBI.

Obbligatorietà: obbligatorio se Esito trattamento=0

3.3 PS3.TXT (DATI PRESTAZIONI)

3.3.1 CODICE ISTITUTO

Descrizione: Codice della struttura di ricovero cui afferisce il PS - Se l'istituto di destinazione è uno stabilimento di una struttura con più stabilimenti è necessario indicare il codice stabilimento ex HSP.11bis, che ha lunghezza di 8 caratteri. Se l'istituto di destinazione è una struttura monostabilimento è necessario utilizzare il codice struttura HSP.11, che ha lunghezza di 6 caratteri.

Regole: CAMPO CHIAVE I valori di riferimento sono i codici delle strutture riportati nei Modelli Ministeriali HSP11 e HSP 11bis; ultimi due caratteri = subcodice; se mancante lasciare vuoti

Obbligatorietà: SI

3.3.2 IDENTIFICATIVO ACCESSO

Descrizione: Indica il codice della prestazione eseguita

Regole: CAMPO CHIAVE. Anno della data di entrata (AAAA) e il numero progressivo dell'accesso a 12 cifre

Obbligatorietà: SI

3.3.3 TIPO TRASMISSIONE

Descrizione: Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate

Regole: CAMPO CHIAVE. Valori ammessi: I: Inserimento C: Correzione A: Annullamento. Va utilizzato "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una correzione dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "A" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare un annullamento dal sistema di acquisizione.

Obbligatorietà: SI

3.3.4 CODICE PRESTAZIONE

Descrizione: Indica il codice della prestazione eseguita

Regole: I valori di riferimento sono: gli interventi codificati secondo la classificazione ICD-IX-CM; le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nel nomenclatore nazionale; le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nei nomenclatori regionali; pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono

Obbligatorietà: Obbligatorio per Esito Trattamento diverso da 6. Se Esito Trattamento = 7 la valorizzazione è da intendersi facoltativa

3.3.5 QUANTITA' PRESTAZIONE

Descrizione: Indica il numero di prestazioni eseguite

Regole: deve essere > 0

Obbligatorietà: SI

4. Allegato 1: TRACCIATO IN INPUT “PS1”

Posizioni		Lung.	Form	Descrizione	descrizione (specifiche funzionali v 3.0 dic.2009-agg v 4.0 giu 2010 - agg v 5.0 genn 2012)	OBB - (specifiche funzionali v 3.0 dic.2009-agg v 4.0 giu 2010 - agg v 5.0 genn 2012)
Da	A					
1	8	8	AN	CODICE ISTITUTO	Codice della struttura di ricovero cui afferisce il PS - Se l'istituto di destinazione è uno stabilimento di una struttura con più stabilimenti è necessario indicare il codice stabilimento ex HSP.11bis, che ha lunghezza di 8 caratteri. Se l'istituto di destinazione è una struttura monostabilimento è necessario utilizzare il codice struttura HSP.11, che ha lunghezza di 6 caratteri.	OBB
9	24	16	N	IDENTIFICATIVO Accesso	Codice univoco che identifica il contatto del cittadino con il SSN, in questo caso l'accesso al PS	OBB
25	25	1	A	TIPO TRASMISSIONE	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate	OBB
26	45	20	AN	IDENTIFICATIVO UNIVOCO	Indica il codice identificativo dell'assistito	OBB
46	73	28	AN	CODICE ISTITUZIONE TEAM	Indica il codice di identificazione assegnato a livello nazionale alla istituzione di assicurazione o di residenza competente ai sensi degli allegati 2 e 3 al regolamento 574/72. - (Da compilare in caso di cittadini residenti UE)	FAC (Da compilare in caso di cittadini stranieri UE)
74	74	1	N	GENERE	Indica il sesso dell'assistito.	OBB
75	82	8	D	DATA DI NASCITA	Indica la data di nascita dell'assistito	NBB se non valorizzato fascia di età presunta
83	83	1	N	PRESUNTA	Indica la fascia di età, anche apparente del paziente. Il campo deve essere compilato in caso di non disponibilità dell'informazione relativa alla data di nascita.	NBB(Da compilare se non è compilato il campo "Data di nascita")
84	86	3	N	CITTADINANZA	Indica la cittadinanza dell'assistito.	OBB
87	92	6	AN	COMUNE DI RESIDENZA	Indica il Comune di residenza dell'assistito	OBB

A: campo alfanumerico, allineato a sinistra; i byte non utilizzati devono essere riempiti con spazi (vengono accettati caratteri e numeri; NON vengono accettati caratteri speciali)

N: campo numerico, allineato a destra; byte non utilizzati devono essere riempiti con 0 (zeri).

Le lettere devono essere registrate in caratteri maiuscoli.

5. Allegato 2: TRACCIATO IN INPUT “PS2”

Posizioni		Lung.	Form	Descrizione	descrizione	OBB
Da	A					
1	8	8	AN	CODICE ISTITUTO	Codice della struttura di ricovero cui afferisce il PS - Se l'istituto di destinazione è uno stabilimento di una struttura con più stabilimenti è necessario indicare il codice stabilimento ex HSP.11bis, che ha lunghezza di 8 caratteri. Se l'istituto di destinazione è una struttura monostabilimento è necessario utilizzare il codice struttura HSP.11, che ha lunghezza di 6 caratteri.	OBB
9	24	16	N	IDENTIFICATIVO Accesso	Codice univoco che identifica il contatto del cittadino con il SSN, in questo caso l'accesso al PS	OBB
25	25	1	A	TIPO TRASMISSIONE	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate	OBB
26	33	8	D	DATA	Indicazione del giorno di arrivo al PS	OBB
34	38	5	AN	ORA	Indicazione del momento di arrivo al PS e di presa in carico infermieristica o del momento del triage ove attivato	OBB
39	39	1	N	MODALITÀ ARRIVO	Indicazione della modalità di arrivo "fisica" al PS	OBB
40	44	5	AN	IDENTIFICATIVO Centrale Operativa	Identifica la Centrale Operativa del 118 che ha attivato la missione che ha trasferito il paziente al PS.	NBB (Obbligatorio per modalità di arrivo 1,4 e 6 e responsabile invio = 5)
45	60	16	N	CODICE MISSIONE	Indica il codice che identifica univocamente la missione del 118 che ha trasferito il paziente al PS.	NBB (Obbligatorio per modalità di arrivo 1,4 e 6 e responsabile invio = 5)
61	61	1	N	RESPONSABILE INVIO	Indica il responsabile dell'invio del cittadino al Pronto Soccorso.	OBB
62	69	8	AN	ISTITUTO PROVENIENZA	Identificativo dell'istituto di ricovero inviante - Se l'istituto di destinazione è uno stabilimento di una struttura con più stabilimenti è necessario indicare il codice stabilimento ex HSP.11bis, che ha lunghezza di 8 caratteri. Se l'istituto di destinazione è una struttura monostabilimento è necessario utilizzare il codice struttura HSP.11, che ha lunghezza di 6 caratteri.	NBB (Obbligatorio se inviato da 4 = trasferito da altro istituto)
70	71	2	AN	PROBLEMA PRINCIPALE	Indica il problema principale riscontrato/percepito al momento del triage.	OBB
72	72	1	N	TRAUMA	Indica la tipologia di trauma rilevato	NBB (Obbligatorio se problema principale = 10)
73	73	1	A	TRIAGE	Livello di urgenza assegnato all'assistito e quindi di priorità per la visita medica assegnata al paziente -	OBB
74	81	8	D	DATA	Indica il giorno di presa in carico del paziente da parte del medico	OBB NBB (Obb per Esito Trattamento ≠ da 6)
82	86	5	AN	ORA	Indica il momento di presa in carico del paziente da parte del medico	OBB NBB (Obb per Esito Trattamento ≠ da 6)

87	87	1	N	ESITO TRATTAMENTO	Indica l'esito dei trattamenti effettuati in PS - Per coerenza se Triage Infermieristico = N, allora Esito Trattamento = 9. Se Esito Trattamento =9, allora Triage Medico = N.	OBB
88	95	8	D	DATA	La data della dimissione dal PS dell'assistito	OBB - NBB(Obligatorio per Esito Trattamento ≠ da 6 e 7).
96	100	5	AN	ORA	L'ora della dimissione dal PS dell'assistito	OBB - NBB(Obligatorio per Esito Trattamento ≠ da 6 e 7).
101	101	1	N	REFERTO	Indica l'eventuale compilazione di referti	FAC
102	102	1	A	LIVELLO APPROPRIATEZZA ACCESSO	indica il livello di appropriatezza dell'accesso valutato dal medico dopo la visita	OBB - NBB(Obligatorio per Esito Trattamento ≠ da 6 e 7).
103	104	2	AN	CODICE SPECIALITÀ REPARTO	Codice della specialità del reparto di ricovero dell'assistito	NBB(Obligatorio per esito 2 = ricovero in reparto di degenza)
105	112	8	AN	PROGRESSIVO	Codice progressivo del ricovero, così come attribuito nella Scheda di Dimissione Ospedaliera	NBB(Obligatorio per esito 2 = ricovero in reparto di degenza)
113	113	1	N	MOTIVO	Il motivo che ha spinto il PS al trasferimento del paziente.	NBB(Obligatorio per esito 3 = trasferimento ad altro istituto)
114	121	8	AN	ISTITUTO	Il codice del presidio ospedaliero di trasferimento del paziente	NBB(Obligatorio per esito 3 = trasferimento ad altro istituto)
122	122	1	N	REGIME EROGAZIONE	Indica, per ciascun accesso al Pronto Soccorso, chi si farà carico dell'onere delle prestazioni, in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente e successive modifiche.	OBB - NBB(Obligatorio per Esito Trattamento ≠ da 6 e 2 7);
123	129	7	N	TICKET	Indica la compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito. Per coerenza il campo deve essere valorizzato solo se posizione assistito ticket =1	NBB(Obligatorio per regime erogazione # 1 e # 3) - NBB(Obligatorio per Esito Trattamento = 1 e = 8 e per regime erogazione ≠ 1 e ≠ 3) ;
130	130	1	N	POSIZIONE ASSISTITO TICKET	Indica la tipologia di esenzione dell'assistito. in relazione allo specifico accesso al PS. L'esenzione per codice colore Triage ha priorità sulle altre categorie. L'eventuale esenzione per codice priorità deve essere assegnata in funzione della valorizzazione del campo appropriatezza accesso.	OBB - NBB(Obligatorio per Esito Trattamento = 1 o 8) NBB(Obligatorio per Esito Trattamento <> da 6 o 7).
131	136	6	AN	CODICE ESENZIONE	Indica il codice di esenzione dal pagamento del ticket del cittadino	FAC
137	141	5	AN	PRINCIPALE	Indica la diagnosi principale (la più importante per gravità clinica ed impegno di risorse)	OBB - NBB(Obligatorio per Esito Trattamento ≠ da 6 e 7).
142	146	5	AN	SECONDARIA	Indica la diagnosi secondaria -	FAC
147	154	8	D	DATA DESTINAZIONE	data in cui si è deciso dove inviare il paziente, anche se non è stata ancora chiusa la cartella di PS	NBB (obbligatorio se obbligatoria se Esito trattamento è uguale a "1", "2", "3" o "0")
155	159	5	AN	ORA DESTINAZIONE	ora in cui si è deciso dove inviare il paziente, anche se non è stata ancora chiusa la cartella di PS	NBB (obbligatorio se obbligatoria se Esito trattamento è uguale a "1", "2", "3" o "0")

160	164	5	AN	PROBLEMA CLINICO PRINCIPALE OBI	Problema clinico principale che ha motivato il ricovero in OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
165	172	8	D	DATA INGRESSO IN OBI	Data ingresso in OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
173	177	5	AN	ORA INGRESSO IN OBI	Ora ingresso in OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
178	179	2	AN	DISCIPLINA 1a CONSULENZA SPECIALISTICA	Disciplina prima consulenza specialistica in OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
180	180	1	N	NUMERO 1e CONSULENZE SPECIALISTICHE	Numero prime consulenze specialistiche in OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
181	182	2	AN	DISCIPLINA 2a CONSULENZA SPECIALISTICA	Disciplina seconda consulenza specialistica in OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
183	183	1	N	NUMERO 2e CONSULENZE SPECIALISTICHE	Numero seconde consulenze specialistiche in OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
184	184	1	A	ESITO OBI	Esito OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
185	189	5	AN	PRESTAZIONE PRINCIPALE EROGATA IN OBI	Prestazione principale erogata in OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
190	194	5	AN	PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 1	Prestazione secondaria erogata in OBI 1	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
195	199	5	AN	PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 2	Prestazione secondaria erogata in OBI 2	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
200	204	5	AN	PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 3	Prestazione secondaria erogata in OBI 3	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
205	209	5	AN	PRESTAZIONE SECONDARIA EROGATA IN OBI 4	Prestazione secondaria erogata in OBI 4	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
210	214	5	AN	DIAGNOSI PRINCIPALE IN USCITA DA OBI	Diagnosi principale in uscita in OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
215	219	5	AN	DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 1	Diagnosi secondaria in uscita in OBI 1	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
220	224	5	AN	DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 2	Diagnosi secondaria in uscita in OBI 2	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
225	229	5	AN	DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 3	Diagnosi secondaria in uscita in OBI 3	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
230	234	5	AN	DIAGNOSI SECONDARIA IN USCITA DA OBI 4	Diagnosi secondaria in uscita in OBI 4	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
235	242	8	D	DATA USCITA DA OBI	Data uscita da OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)
243	247	5	AN	ORA USCITA DA OBI	Ora uscita da OBI	NBB (obbligatorio se Esito trattamento=0)

A: campo alfanumerico, allineato a sinistra; i byte non utilizzati devono essere riempiti con spazi (vengono accettati caratteri e numeri; NON vengono accettati caratteri speciali)

N: campo numerico, allineato a destra; byte non utilizzati devono essere riempiti con 0 (zeri).

Le lettere devono essere registrate in caratteri maiuscoli.

6. Allegato 3: TRACCIATO IN INPUT “PS3”

Posizioni		Lung.	Form	Descrizione	descrizione (<i>specifiche funzionali v 3.0 dic.2009-agg v 4.0 giu 2010 - agg v 5.0 genn 2012</i>)	OBB - (specifiche funzionali v 3.0 dic.2009-agg v 4.0 giu 2010 - agg v 5.0 genn 2012)
Da	A					
1	8	8	AN	CODICE ISTITUTO	Codice della struttura di ricovero cui afferisce il PS - Se l'istituto di destinazione è uno stabilimento di una struttura con più stabilimenti è necessario indicare il codice stabilimento ex HSP.11bis, che ha lunghezza di 8 caratteri. Se l'istituto di destinazione è una struttura monostabilimento è necessario utilizzare il codice struttura HSP.11, che ha lunghezza di 6 caratteri.	OBB
9	24	16	N	IDENTIFICATIVO Accesso	Codice univoco che identifica il contatto del cittadino con il SSN, in questo caso l'accesso al PS	OBB
25	25	1	A	TIPO TRASMISSIONE	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate	OBB
26	30	5	AN	CODICE PRESTAZIONE	Indica il codice della prestazione eseguita	OBB - NBB (Obbligatorio per Esito Trattamento ≠ da 6); . Se Esito Trattamento = 7 la valorizzazione è da intendersi facoltativa
31	33	3	N	QUANTITÀ PRESTAZIONE	Indica il numero di prestazioni eseguite	OBB

A: campo alfanumerico, allineato a sinistra; i byte non utilizzati devono essere riempiti con spazi (vengono accettati caratteri e numeri; NON vengono accettati caratteri speciali)

N: campo numerico, allineato a destra; byte non utilizzati devono essere riempiti con 0 (zeri).

Le lettere devono essere registrate in caratteri maiuscoli.

7. Elaborazione - esiti

E' la fase che effettua tutti i controlli sui record accettati dal sistema SMAF. Tale fase produce:

- ✓ Il file contenente i record errati secondo il tracciato di cui all' **Allegato E1** (ERRORI.txt)
- ✓ Il report riepilogativo del risultato dell'elaborazione (numero di record elaborati, di cui scartati e/o abbinati, numero record abbinati validi e/o con errori) secondo lo schema esemplificativo di cui all' **Allegato E2** (RIEPILOGO_ELAB_STRUTTURA_030XXX.pdf) o se presente sub codice struttura (RIEPILOGO_ELAB_STRUTTURA_030XXXxx.pdf)
- ✓ Il file che riporta il totale degli abbinati validi e/o con errori presenti nel data base, suddiviso in base all'ANNO e MESE di dimissione secondo lo schema esemplificativo di cui all' **Allegato E3** (DB_ELABORATI_PER_STRUTTURA_030XXX.csv) o se presente sub codice struttura (DB_ELABORATI_PER_STRUTTURA_030XXXxx.csv)
- ✓ Il file che riporta il numero degli errori presenti nel data base, per codice e descrizione, a tutto l'ultimo mese elaborato, secondo lo schema esemplificativo di cui all' **Allegato E4** (DB_ERRORI_x_STRUTTURA_030XXX.csv) o se presente sub codice struttura (DB_ERRORI_x_STRUTTURA_030XXXxx.csv)
- ✓ Il file che riporta il totale degli eventi totali presenti nel data base, suddivisi tra eventi corretti, eventi errati e eventi parzialmente errati, con le relative percentuali, per ANNO e MESE di dimissione secondo lo schema esemplificativo di cui all' **Allegato E5** (DB_STATISTICA_EVENTI_x_struttura_030XXX.csv) o se presente sub codice struttura (DB_STATISTICA_EVENTI_x_struttura_030XXXxx.csv)
- ✓ La LEGENDA ERRORI.pdf (**Allegato E7**)

Gli esiti dell'elaborazione mensile vengono pubblicati nella cartella Archivio Documenti - Esiti sul portale SMAF.

8. Modalità di correzione del flusso

Il campo “TIPO TRASMISSIONE” è il campo tecnico utilizzato per distinguere le trasmissioni di informazioni nuove da quelle a correzione o annullamento.

I valori ammessi sono i seguenti: **I**: Inserimento, **C**: Correzione, **A**: Annullamento.

Va utilizzato “**I**” per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato “**C**” per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una correzione dal sistema di acquisizione. Va utilizzato “**A**” per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare un annullamento dal sistema di acquisizione.

Nello SCHEMA ABBINAMENTO DEI RECORD di cui all’**Allegato E6** vengono elencate, per ogni possibile azione da intraprendere nella trasmissione degli eventi, le modalità di compilazione del campo “TIPO TRASMISSIONE”.

I record di cui si richiede la correzione o l’annullamento non dovranno essere inviati separatamente, ma dovranno essere trasmessi in coda ad un successivo invio.

Si fa presente che con il Flusso di PS di cui alla circolare n. 6/SAN del 22/2/2010 “Nuovo flusso informativo dell’attività di Pronto Soccorso per l’anno 2010” (DM 17/12/2008) e successive modifiche e integrazioni si apre un nuovo scenario di gestione dei flussi informativi, che prevede da una parte l’invio dei dati da parte delle singole strutture verso Regione/Aria (ed il relativo ritorno) e successivamente la trasmissione da parte di Regione/Aria verso il Ministero della Salute in formato .xml.

9. Allegato E1 - Tracciato ERRORI

Tracciato record del file ERRORI.txt

<i>posizione</i>	<i>campo</i>	<i>tipo</i>	<i>lunghezza</i>	<i>descrizione</i>
1-8	CODICE ISTITUTO	AN	8	codice della struttura inviante (più eventuale subcodice)
9-24	IDENTIFICATIVO ACCESSO	N	16	identificativo dell'accesso al Pronto Soccorso
25-25	TIPO TRASMISSIONE	A	1	I = inserimento C = correzione A = annullamento
26-30	CODICE PRESTAZIONE	AN	5	presente solo se l'errore è relativo ad un record delle prestazioni (file PS3.txt)
31-34	CODICE ERRORE	AN	4	
35-37	TIPO RECORD	AN	3	PS1=errore sui dati anagrafici PS2=errore sui dati sanitari PS3=errore sulle prestazioni

contestualmente all'invio del file degli errori sarà inviata anche la legenda in formato .pdf

10. Allegato E2 - RIEPILOGO_ELAB_STRUTTURA

DIREZIONE GENERALE SALUTE - FLUSSO DELLE PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO				
lotto:	anno + progressivo	RIEPILOGO ELABORAZIONE		
struttura:	030XXX	OSPEDALE XXXXXXXXXXXXX		
		dati anagrafici PS1	dati sanitari PS2	prestazioni PS3
RECORD ELABORATI		277	277	902
di cui SCARTATI		0	0	0
di cui ABBINATI		277	27	90
di cui ERRATI		1	7	2
di cui VALIDI		276	274	902
codice	descrizione errore	numero		
E101	IDENTIFICATIVO UNIVOCO - CODICE FISCALE ERRATO (SE IL CAMPO CONTIENE 16 CARATTERI E I PRIMI 3 SONO DIVERSI DA STP)	1		
E215	PROBLEMA PRINCIPALE - CAMPO NON VALORIZZATO (VUOTO O CONTIENE SPAZI O ZERI) O FORMALMENTE ERRATO	2		
E253	DIAGNOSI PRINCIPALE - CAMPO NON VALORIZZATO (VUOTO O CONTIENE SPAZI O ZERI)	1		
Totale errori		4		

NOTE ALLA LETTURA DEL REPORT “RIEPILOGO ELABORAZIONE”

Il report riporta in due prospetti differenti il risultato dell’elaborazione mensile. Il primo riepilogo riporta il risultato dell’elaborazione con l’indicazione per il numero dei record trattati, del numero di record risultati validi e di quelli invece con presenza di errore. Il secondo descrive per i record risultati errati, le diverse tipologie di errore riscontrato e la relativa numerosità con lo scopo di aiutare a monitorarne l’andamento

1. **RECORD ELABORATI:** indica il numero dei record inviati dalla struttura distintamente per PS1, PS2 e PS3

di cui SCARTATI (non vengono inseriti nel data base regionale). Comprende:

- record scartati perché nel flusso inviato, risultano essere **completamente identici** (tipologia di errore: E001, E002, E003) - (*viene tenuto buono solo il primo*)
- record scartati perché, nel flusso inviato, risultano essere **identici** a parità di **codice istituto, identificativo di accesso, tipo trasmissione, codice prestazione per PS3** – (*si scarta tutto l’evento poiché non è possibile stabilire quali azioni intraprendere*) (tipologia di errore: E004, E005, E006)
- record scartati perché non abbinati per chiave (abbinamento mancato, per cause diverse, tra PS1,PS2,PS3 a parità di codice istituto, identificativo di accesso, tipo trasmissione) - (tipologia di errore: E007, E008, E009, E010, E011, E012)
- record scartati per tipologia di errore E013, da E020 a E035, E036, E037 e E038, E039

di cui ABBINATI: indica il numero di record correttamente abbinati per **chiave** (codice istituto, identificativo di accesso, tipo trasmissione; tra i campi **chiave per PS3** va considerato anche il campo prestazione)

di cui ERRATI: indica il numero di record correttamente abbinati per chiave (codice istituto, identificativo di accesso, tipo trasmissione; tra i campi **chiave per PS3** va considerato anche il campo prestazione) che presentano errori formali o di contenuto nei singoli campi (tipologia di errore da E100 a E115, da E200 a E265, E300)

di cui VALIDI: indica il numero di record correttamente abbinati per chiave (codice istituto, identificativo di accesso, tipo trasmissione; tra i campi **chiave per PS3** va considerato anche il campo prestazione) che non presentano errori formali o di contenuto nei singoli campi

2. **DESCRIZIONE ERRORI:** relativamente ai record scartati ed errati, nel prospetto, per ogni **tipologia di errore** riscontrato ne viene indicata la numerosità.

La somma delle distinte tipologie di errore non necessariamente corrisponde al numero di record SCARTATI o ERRATI in quanto uno stesso record scartato o errato può contenere più tipologie di errore.

11. Allegato E3 - Tracciato DB_ELABORATI_PER_STRUTTURA

DB_ELABORATI_PER_STRUTTURA_030XXX.csv
ANNO
MESE
ENTE
STRUTTURA
DENOMINAZIONE STRUTTURA
TIPO
MAX LIV. EMERG.
PS1-PS2 TOT ABBINATI
ABBINATI PS1-PS2 DI CUI VALIDI
ABBINATI PS1-PS2 DI CUI CON ERRORI
PS3 TOT ABBINATI
ABBINATI PS3 DI CUI VALIDI
ABBINATI PS3 DI CUI CON ERRORI

12. Allegato E4 - Tracciato DB_ERRORI_X_struttura

DB_ERRORI_X_struttura_030XXX.csv
ANNO
MESE
ENTE
STRUTTURA
DENOMINAZIONE STRUTTURA
TIPO
MAX LIV. EMERG.
COD. ERRORE
DESCRIZIONE ERRORE
NUMERO ERRORI

13. Allegato E5 - Tracciato DB_STATISTICA_EVENTI_X_struttura

DB_STATISTICA_EVENTI_X_struttura_030XXX.csv
ANNO
MESE
ENTE
STRUTTURA
DENOMINAZIONE STRUTTURA
TIPO
MAX LIV. EMERG.
N. EVENTI CORRETTI
% EVENTI CORRETTI
N. EVENTI PARZIALMENTE ERRATI
% EVENTI PARZIALMENTE ERRATI
N. EVENTI ERRATI
% EVENTI ERRATI
TOTALE EVENTI

14. Allegato E6 - Schema abbinamento dei record

caso n.	Azione	Modalità di trasmissione dati			
		PS1	PS2	PS3	note
1	Primo inserimento di un evento nell'archivio centrale	I	I	I	deve essere inviata almeno una prestazione Tale modalità di trasmissione dei record riguarda anche il caso di inserimento di evento in precedenza scartato in presenza di errori E036 e/o E037 su tutte le prestazioni
2	Annullamento di un intero evento presente nell'archivio centrale	A	A		non è necessario inviare l'annullamento delle prestazioni: verranno cancellate automaticamente dall'archivio centrale
3	Correzione dei "dati anagrafici" di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C		deve essere inviato anche PS2 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate
4	Correzione "dati sanitari" di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C		deve essere inviato anche PS1 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate
5	Correzione dei "dati anagrafici" e "dati sanitari" di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C		le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate
6	Inserimento di una nuova prestazione di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	I	devono essere inviati anche PS1 e PS2 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate Tale modalità di trasmissione dei record riguarda anche il caso di inserimento di prestazione/i, in precedenza scartata/e in presenza di errori E036 e/o E037 su parte delle prestazioni registrate nell'evento

7	Correzione di dati prestazioni di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	C	devono essere inviati anche PS1 e PS2 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate
8	Annullamento di una prestazione di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	A	devono essere inviati anche PS1 e PS2 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate; attenzione: non è possibile annullare TUTTE le prestazioni
9	Combinazione miste su prestazioni di un evento già presente nell'archivio centrale (Inserimento di una nuova prestazione e/o Correzione di “ dati prestazione ” e/o Annullamento di una prestazione)	C	C	I oppure C oppure A	devono essere inviati anche PS1 e PS2 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate; attenzione: non è possibile annullare TUTTE le prestazioni
10	Correzione “ dati anagrafici ” + Inserimento di una nuova prestazione di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	I	deve essere inviato anche PS2 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; prestazioni già presenti nell'archivio centrale non devono essere inviate
11	Correzione “ dati anagrafici ” + Correzione “dati prestazione” di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	C	deve essere inviato anche PS2 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate
12	Correzione “ dati anagrafici ” + Annullamento di una prestazione di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	A	deve essere inviato anche PS2 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate; attenzione: non è possibile annullare TUTTE le prestazioni
13	Correzione “ dati anagrafici ” + Combinazione miste su prestazioni di un evento già presente nell'archivio centrale (Inserimento di una nuova prestazione e/o Correzione “dati prestazione” e/o Annullamento di una prestazione)	C	C	I oppure C oppure A	deve essere inviato anche PS2 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non soggette a modifiche non devono essere inviate; attenzione: non è possibile annullare TUTTE le prestazioni

14	Correzione “dati sanitari” + Inserimento di una nuova prestazione di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	I	deve essere inviato anche PS1 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate
15	Correzione “dati sanitari” + “dati prestazione” di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	C	deve essere inviato anche PS1 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate
16	Correzione “dati sanitari” + Annullamento di una prestazione di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	A	deve essere inviato anche PS1 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate; attenzione: non è possibile annullare TUTTE le prestazioni
17	Correzione “dati sanitari” + Combinazione miste su prestazioni di un evento già presente nell'archivio centrale (Inserimento di una nuova prestazione e/o Correzione di “dati prestazione” e/o Annullamento di una prestazione)	C	C	I oppure C oppure A	deve essere inviato anche PS1 in correzione, anche se non ci sono correzioni da apportare; le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non soggette a modifiche non devono essere inviate; attenzione: non è possibile annullare TUTTE le prestazioni
18	Correzione “dati anagrafici” e “dati sanitari” + Inserimento di una nuova prestazione di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	I	le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate
19	Correzione “dati anagrafici” e “dati sanitari” + Correzione di “dati prestazione” di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	C	le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate
20	Correzione “dati anagrafici” e “dati sanitari” + Annullamento di una prestazione di un evento già presente nell'archivio centrale	C	C	A	le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate; attenzione: non è possibile annullare TUTTE le prestazioni
21	Correzione “dati anagrafici” e “dati sanitari” + Combinazione miste su prestazioni di un evento già presente nell'archivio centrale (Inserimento di una	C	C	I oppure C oppure A	le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non soggette a modifiche non devono essere inviate; attenzione: non è possibile annullare TUTTE le prestazioni

	nuova prestazione e/o Correzione di “dati prestazione” e/o Annullamento di una prestazione)			
--	--	--	--	--

<u>legenda</u>
PS1 = dati anagrafici (file PS1.txt)
PS2 = dati sanitari (file PS2.txt)
PS3 = prestazioni (file PS3.txt)
I = tipo trasmissione " INSERIMENTO "
C = tipo trasmissione " CORREZIONE "
A = tipo trasmissione " ANNULLAMENTO "
i record, negli esempi evidenziati, devono riportare lo stesso valore nel campo "Tipo di trasmissione"

15. Allegato E7 - Tipologia e descrizione errori

Tipologia Errori

Gli **errori** sono suddivisi in **quattro tipologie** ed i **controlli** sono effettuati nell'**ordine** riportato di seguito:

1. **Tipologia E0nn:** Fanno riferimento ai controlli preliminari, di abbinamento, di accesso alle tabelle permanenti.
 - controlli preliminari: sono tutti i controlli iniziali eseguiti sui singoli flussi PS1, PS2, PS3; ad esempio il controllo di presenza di uno o più record completamente uguali
 - controlli di abbinamento: sono i controlli di corretto accoppiamento per chiave (istituto, identificativo di accesso, tipo trasmissione tra i dati anagrafici (PS1), sanitari (PS2), prestazioni (PS3); ad esempio il controllo di presenza di record dei dati anagrafici e mancanza dei dati sanitari
 - controlli di accesso alle tabelle permanenti: le tabelle permanenti conservano tutti i dati, corretti ed errati, degli accessi di Pronto Soccorso trasmessi e servono per verificare ad esempio che un evento già presente non venga trasmesso come nuovo, che non venga effettuata richiesta di annullamento di una prestazione non presente, etc.
 - controlli sui campi chiave: sono i controlli di correttezza formale e di esistenza dei campi chiave istituto, identificativo di accesso, tipo trasmissione; tra i campi **chiave per PS3** va considerato anche il campo prestazione
2. **Tipologia E1nn:** errori generati dai controlli sui valori dei singoli campi dei **dati anagrafici (flusso PS1)**
3. **Tipologia E2nn:** errori generati dai controlli sui valori dei singoli campi dei **dati sanitari (flusso PS2)**
4. **Tipologia E3nn:** errori generati dai controlli sui valori dei singoli campi dei dati delle **prestazioni (flusso PS3)**

L'elenco dettagliato e aggiornato degli errori sarà reso disponibile attraverso la pubblicazione sul portale SMAF

Controllo incrociato tra: TRIAGE, ESITO TRATTAMENTO E LIVELLO DI APPROPRIATEZZA

	TRIAGE = 1, 2, 3, 4, 5			TRIAGE = N			TRIAGE = X		
ESITO TRATTAMENTO	Livello appropriatezza accesso = N	Livello appropriatezza accesso = 1, 2, 3, 4, 5	Livello appropriatezza accesso mancante	Livello appropriatezza accesso = N	Livello appropriatezza accesso = 1, 2, 3, 4, 5	Livello appropriatezza accesso mancante	Livello appropriatezza accesso = N	Livello appropriatezza accesso = 1, 2, 3, 4, 5	Livello appropriatezza accesso mancante
1, 2, 3, 5, 8, 0	NO	ok	NO	NO	NO	NO	NO	ok	NO
6	NO	NO	ok	NO	NO	NO	NO	NO	ok
7	NO	ok	ok	NO	NO	NO	NO	ok	ok
4	ok	NO	NO	NO	NO	NO	ok	NO	NO
9	NO	NO	NO	ok	NO	NO	ok	NO	NO

16. Tabella A: Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti adulti

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	<p>4270 tachicardia parossistica sopraventricolare</p> <p>42731 fibrillazione atriale</p> <p>42789 altre aritmie cardiache</p>	<p>Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali</p> <p>Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio.</p> <p>Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo cardioversione elettrica</p> <p>Esclusione di recidive</p>	<p>TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/farmacologica</p> <p>FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC</p>	<p>Instabilità emodinamica</p> <p>Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso</p> <p>Scompenso cardiaco e SCA</p> <p>Eventi acuti</p>	<p>Monitoraggio parametri: FC, SatO2</p> <p>Somministrazione farmaci antiaritmici</p> <p>ECG</p> <p>Consulenza cardiologica</p>
ASMA	<p>493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta</p>	<p>Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali</p> <p>Monitoraggio clinico-strumentale</p> <p>Controllo farmacologico di sintomi</p> <p>Approfondimento diagnostico</p> <p>Terapia dell'attacco acuto</p> <p>Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia</p>	<p>Paziente stabile con broncospasmo e dispnea (grado medio), non risolta al primo trattamento in PS (≥ 3 aerosol)</p> <p>Sp O2 compresa tra 90 e 95%</p>	<p>Quadro clinico instabile, Sa O2 < 90%</p> <p>Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente</p>	<p>Monitoraggio parametri vitali</p> <p>O2-terapia</p> <p>Somministrazione di farmaci corticosteroidi e broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore</p> <p>EGA</p>
	<p>7840 cefalea</p>	<p>Inquadramento clinico</p> <p>Esami diagnostici</p>	<p>Cefalea con obiettività neurologica negativa e con TC negativa per cause secondarie o senza</p>	<p>Instabilità emodinamica</p> <p>Eventi acuti concomitanti</p>	<p>Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età</p>

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
CEFALEA		Monitoraggio parametri: PA, fundus, TC, RMN; Consulenza neurologica Trattamento sintomatico	miglioramento dopo primo approccio farmacologico		Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)
CONVULSIONI	780.39 Crisi convulsiva SAI	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico e strumentale Approfondimento diagnostico e differenziale Trattamento farmacologico	Anamnesi positiva di crisi convulsiva con stato post critico prolungato, con accertamenti negativi o con crisi convulsiva da sostanze tossiche o da sospensione di alcool o con elevato rischio di ricorrenza della crisi	Primo episodio Condizioni cliniche instabili Eventi acuti concomitanti	Monitoraggio parametri vitali somministrazione farmacologica esami ematologici
DIARREA	787.91 Diarrea SAI	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali. Monitoraggio clinico. Approfondimento diagnostico- strumentale e laboratoristico. Controllo farmacologico dei sintomi. Terapia con fluidi	Pazienti, in particolare anziani, con disidratazione e/o alterazioni idroelettrolitiche, associata o meno a vomito.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di dolore addominale intenso, febbre e immunodepressione. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG Esami: routine Rx torace Emoculture Coproculture

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
DISIDRATAZIONE	276.51 Disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico, in particolare anziani	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi, disturbi della deglutizione, comorbidità	Monitoraggio Introdotti/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA	786.50 Dolore toracico non specificato	Monitoraggio clinico –strumentale Monitoraggio ecografico Esecuzione prelievi ematici seriati. Approfondimento diagnostico - strumentale	Pazienti con ECG normale o non diagnostico con <i>markers</i> di necrosi al tempo zero negativi e con probabilità alta o intermedia di sindrome coronarica acuta (SCA).	‡ Pazienti con probabilità bassa di SCA, abuso di droghe, instabilità clinica. Presenza dei criteri per ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG: 0-4/6-12 h; Esami: routine + TN a 3-6h Rx torace eco cuore test da sforzo o eco stress
GESTIONE DEL DOLORE	3380 Sindrome da dolore centrale	Monitoraggio clinico. Controllo farmacologico dei sintomi. Analgesia loco-regionale.	Pazienti con dolore medio- grave (VAS >7) che non cede ad un trattamento appropriato eseguito in Pronto Soccorso, o in cui è necessario stabilire un'analgesia	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.	Esami: routine Accesso venoso periferico/centrale Infusione ev di terapia Blocco loco-regionale

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
			continua o locoregionale (es. analgesia epidurale)		
INTOSSICAZIONI	<p>960 - 979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici)</p> <p>305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool)</p> <p>980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)</p>	<p>Monitoraggio clinico strumentale</p> <p>Approfondimento diagnostico-strumentale e di laboratorio. Terapia generale e specifica</p> <p>Decontaminazione o diminuzione dell'assorbimento</p> <p>Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza</p> <p>Esecuzione di ricerche tossicologiche</p> <p>Trattamenti con antidoti specifici</p> <p>Valutazione della risposta alla terapia</p>	<p>Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope o altre sostanze tossiche con latenza di effetti < 24H o con clearance completa del farmaco < 30 H o con risposta efficace e completa dell'antidoto aspecifico e/o specifico in paziente stabile</p>	<p>Ingestione sostanze caustiche</p> <p>Instabilità emodinamica</p> <p>Comorbidità e/o presenza di eventi acuti.</p> <p>Stato di agitazione non controllabile</p>	<p>Monitoraggio parametri vitali</p> <p>Dosaggio farmaci/sostanze</p> <p>Somministrazione carbone vegetale attivato</p> <p>Somministrazione antidoti</p> <p>Monitoraggio ECG</p> <p>EGA</p> <p>Esami di routine</p> <p>Doppio accesso venoso ev CVC</p> <p>Gastrolusi</p> <p>Catarsi salina</p> <p>Ev EGDS</p> <p>Rx torace</p>
REAZIONI ANAFILATTICHE	<p>995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici</p>	<p>Monitoraggio clinico strumentale.</p> <p>Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali</p> <p>Terapia ev</p> <p>Valutazione decorso clinico</p>	<p>Reazioni anafilattiche con manifestazioni cutanee non risolubili con terapia entro 6 ore in PS</p>	<p>Shock anafilattico</p> <p>Manifestazioni cutanee isolate</p>	<p>Monitoraggio parametri vitali</p> <p>Somministrazione farmaci</p>

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
SCOMPENSO CARDIACO	4280 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico- strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti che hanno i criteri per essere definiti a basso rischio: Classe NYHA I II	Primo episodio. Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente. Classe NYHA III e IV	Monitoraggio multiparametrico EGA Esami: routine + a12 H Doppio accesso venoso e CV Rx torace Eco cuore TT Terapia ev
SINCOPE	780.2 Sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione e monitoraggio ECG consulenza cardiologica e neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici : TC, RMN	Ad etiologia indeterminata o inspiegata a rischio intermedio-alto	Condizioni cliniche instabili Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	EGA ECG consulenze specialistiche Monitoraggio parametri vitali
SINDROME VERTIGINOSA	7804 Stordimento e capogiro	Inquadramento clinico, strumentale e di laboratorio: esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TC Controllo farmacologico dei sintomi	Paziente con vertigine in atto che non consente dimissione	Deficit neurologico cerebellare o insufficienza vertebro-basilare. Instabilità clinica Comorbidità e/o eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 338.11 dolore acuto da trauma	Inquadramento ed approfondimento diagnostico strumentale dell'etiologia del dolore mediante esami mirati Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata Monitoraggio clinico strumentale	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore. Dolore di recente insorgenza, in paziente stabile e che non necessita di procedura chirurgica	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore POLITRAUMA o condizioni cliniche instabili o in deterioramento	Valutazione mediante scale Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali
TIA	4359 Ischemia cerebrale transitoria non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti con TC negativa, deglutizione normale, livello normale di coscienza, assenza di crisi ipertensiva o comiziale, in cui sia stata esclusa l'origine cardioembolica e con un ABCD2 score <4.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	ECG Esami: routine TC encefalo Eco doppler TSA
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 8501 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Monitoraggio GCS e 3° nervo cranico Approfondimento diagnostico-strumentale	GCS ≥ 14 , senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia antiaggregazione Dinamica a bassa energia	GCS < 13, condizioni instabili Comorbidità e/o eventi acuti Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica

17. Tabella B: Quadri clinici indicati per ammissione in OBI di pazienti pediatrici

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare 42731 fibrillazione atriale	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con mezzi fisici e farmacologici per normalizzazione del ritmo; monitoraggio pazienti dopo cardioversione elettrica Esclusione nelle ore successive di comparsa di recidive	TPS in paziente con precedenti crisi Fibrillazione atriale già in trattamento Previsione di dimissibilità entro le 36 ore	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG consulenza cardiologica
ASMA	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali esami ematologici e radiologici Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successiva della risposta alla terapia	Broncospasmo e dispnea grado medio, non risolta al primo trattamento in PS SpO2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico grave SaO2 < 90% (Livello grave secondo classificazione GINA per gradi delle riacutizzazioni asmatiche)	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Somministrazione broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore EGA
BRONCHIOLITE	4661 bronchiolite acuta	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Ricerca VRS su aspirato nasale	Forme di media entità con SaO2 > 90% e età > 1 mesi	Associazione con fattori di rischio (prematurità, cardiopatia, basso livello socio-economico); condizioni che ne consigliano un ricovero ordinario	Monitoraggio Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2 terapia

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
		Terapia 54farmacologia e somministrazione ossigeno Valutazione nelle ore successiva della risposta alla terapia			Aerosolterapia con adrenalina/soluzione ipertonica Idratazione ev EGA ricerca RSV
CEFALEA	7840 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici (monitoraggio PA, fundus, TC, RMN); Consulenza neurologica, trattamento sintomatico, dimissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale	Cefalea con obiettività neurologica negativa Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento Primo episodio refrattario a terapia antalgica	Bambini con grave cefalea ad insorgenza acuta o cefalea cronica con segni d'allarme Gravi patologie sottostanti (ESA, meningite)	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)
CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICI	780.31 convulsioni febbrili (semplici), non specificate	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali accertamenti ematochimici, Esclusione infezioni SNC. Trattamento patologia febbrile	Primo episodio o successivo, di convulsioni febbrili semplici	Convulsioni febbrili complesse Stato di male febbrile	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC somministrazione benzodiazepine esami ematologici per definire la natura della febbre
DISIDRATAZIONE	27.51 disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio non migliorati con reidratazione per os e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi	Monitoraggio Introdotti/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
EPILESSIA	345.90	Monitoraggio parametri vitali e trattamento crisi, se in atto. Esecuzione esami specifici (EEG,	Epilessia già nota	Stato di male	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
	epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile	RMN), dosaggio ematico farmaco utilizzato, Consulenza neurologica, Valutazione trattamento	Paziente con crisi responsiva al trattamento e che necessita di osservazione o approfondimento diagnostico	Crisi subentranti	EEG consulenza NPI dosaggio farmaci anticomiziali somministrazione farmaci anticomiziali
FEBBRE	780.6 febbre	Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS Eventuale inizio terapia specifica	Di non chiara eziologia in bambini con età > 1 mese	< 1 mese, fontanella ant. bombata, rigidità nucale, cefalea intensa, cond. generali scadenti, quadro di shock settico	Monitoraggio FC Indici di flogosi Esami culturali Somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO	934 corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Studio radiologico Broncoscopia diagnostica con rimozione del corpo estraneo Valutazione nelle ore successive	Inalazione o sospetta inalazione di corpo estraneo	Distress respiratorio grave Indisponibilità anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC
INFEZIONE DELLE VIE URINARIE	599.0 infezione del sistema urinario, sito non specificato	Inquadramento diagnostico mediante esami ematologici ed urinari, Ecografia apparato urinario, Inizio terapia con valutazione risposta	Età > 3 mesi	Età < 3 mesi, aspetto settico	Esame urine Urinocoltura indici di flogosi monitoraggio T° somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI	9330 c. e. nel faringe 9351	Rimozione in endoscopia del corpo estraneo Osservazione transito se arresto nello stomaco del corpo estraneo	Ingestione di sostanze estranee che per forma, dimensioni o composizione possano arrecare lesioni alle mucose	Indisponibilità anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
	<p>c. e. nell'esofago</p> <p>9352</p> <p>c. e. nello stomaco</p> <p>936</p> <p>c. e. nell'intestino tenue e nel colon</p>				
INTOSSICAZIONI	<p>960-979</p> <p>(avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici)</p> <p>305</p> <p>abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool)</p> <p>980-989</p> <p>effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)</p>	<p>Monitoraggio parametri vitali e trattamento del sintomo</p> <p>Trattamento di allontanamento della sostanza tossica o diminuzione dell'assorbimento</p> <p>Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza</p> <p>Esecuzione di ricerche tossicologiche</p> <p>Trattamenti con antidoti specifici</p> <p>Monitoraggio clinica e valutazione della risposta alla terapia</p>	<p>Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche</p> <p>Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita</p>	<p>Ingestione sostanze caustiche</p> <p>Instabilità emodinamica</p> <p>Patologie internistiche concomitanti o preminenti.</p> <p>Pazienti con evidente volontà autolesiva</p> <p>Stato di agitazione</p> <p>PGCS <= 11</p>	<p>Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC</p> <p>Dosaggio farmaci/sostanze</p> <p>Somministrazione carbone vegetale attivato</p> <p>Somministrazione antidoti</p> <p>ECG</p>
LARINGITE	<p>4640</p> <p>laringite acuta</p>	<p>Trattamento della crisi con adrenalina e/o cortisone per aerosol e/o cortisone per via sistemica Monitoraggio nelle ore successive della risposta alla terapia.</p>	<p>Di media gravità</p> <p>secondo lo score di Westley (valori compresi tra 4 e 6)</p>	<p>Forma lieve e forme di gravità estrema che ne consigliano il ricovero ordinario</p>	<p>Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC</p> <p>O2-terapia</p> <p>Aerosolterapia con adrenalina e budesonide</p> <p>Somministrazione cortisone <i>per os</i></p>

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
LINFOADENOPATIA	7856 linfadenomegalia	Inquadramento diagnostico non effettuabile in P.S. con esami ematochimici ecografia Eventuale inizio terapia specifica	ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore Quadro sospetto di evoluzione chirurgica	Forte sospetto di malattia oncologica Quadro con chiara indicazione chirurgica	Indici di flogosi Sierologia per EBV Ecografia Consulenza ORL Somministrazione farmaci
POLMONITE	486 polmonite, agente non specificato	Esecuzione accertamenti ematologici e radiologici per inquadramento diagnostico Inizio terapia antibiotica con valutazione risposta	Di media entità, in relazione allo stato generale del bambino, alla saturazione, all'aspetto radiografico	Cianosi a riposo, distress grave	Monitoraggio parametri: FR-SatO2, FC Indici di flogosi Sierologia Mycoplasma Rx torace ecografia torace Somministrazione antibiotici ev/os
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con adrenalina, cortisonici, antistaminici ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie non risolubili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Somministrazione farmaci (antistaminici, cortisone)
SINCOPE	780.2 sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione ECG e consulenza cardiologica, neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici (visita neurologica, TC, RMN)	Di dubbia dinamica	Sincope cardiologica Sincope vasovagale	EGA ECG consulenze specialistiche (cardiologica/NPI)
SINDROME VERTIGINOSA	7804	Inquadramento clinico esami ematici,	Paziente con vertigine in atto	Deficit neurologico, compromissione della coscienza	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL/NPI

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
	stordimento e capogiro	vis. ORL, vis. neurologica, TCc			
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 33811 dolore acuto da trauma	Inquadramento diagnostico dell'etiologia del dolore Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore	Valutazione mediante scale adeguate all'età Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali per definire la causa
TRAUMA ADDOMINO-PELVICO CHIUSO	922.2 contusione della parete addominale 843 distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia 846 regione sacro-iliaca 847.2 lombare 847.3 del sacro 847.4 del coccige 911 traumatismi superficiali tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Esami radiologici/ecografici Terapia antalgica

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 contusione con nessuna perdita di coscienza 850.1 contusione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici	GCS ≥ 14 , sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefaloematoma molle con EO neurologico negativo) Dinamica del trauma banale	Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO ₂ , PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica
TRAUMA TORACICO CHIUSO	922.1 contusione della parete toracica, 847.1 distorsioni e distrazioni del torace 911 traumatismi superficiali del tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FR, SatO ₂ , FC Esami radiologici Terapia antalgica

Le revisioni al presente manuale saranno comunicate agli erogatori e rese disponibili attraverso la pubblicazione sul portale SMAF