

# **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_ELABORATI_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, PS2 e 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 "STPrrssnnnnnn", dove rrrss: Regione + Azienda Ospedaliera, ASL o struttura di ricovero che ha assegnato il codice. Per le assegnazioni eseguite in Lombardia, sarà del tipo "030...", nnnnnnnn: 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 verificatesi 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 AAAAMMMGG

**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(Obbligatorio per Esito Trattamento ≠ da 6 e 7).   |
| 96  | 100 | 5 | AN | ORA                            | L'ora della dimissione dal PS dell'assistito   | OBB - NBB(Obbligatorio 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(Obbligatorio per Esito Trattamento ≠ da 6 e 7).   |
| 103 | 104 | 2 | AN | CODICE SPECIALITÀ REPARTO      | Codice della specialità del reparto di ricovero dell'assistito   | NBB(Obbligatorio 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(Obbligatorio 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(Obbligatorio per esito 3 = trasferimento ad altro istituto)   |
| 114 | 121 | 8 | AN | ISTITUTO                       | Il codice del presidio ospedaliero di trasferimento del paziente   | NBB(Obbligatorio 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(Obbligatorio per Esito Trattamento ≠ da 6 e 2 7);   |
| 123 | 129 | 7 | N  | TICKET                         | Indica la partecipazione alla spesa da parte dell'assistito. Per coerenza il campo deve essere valorizzato solo se posizione assistito ticket =1   | NBB(Obbligatorio per regime erogazione # 1 e # 3) - NBB(Obbligatorio 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(Obbligatorio per Esito Trattamento = 1 o 8) NBB(Obbligatorio 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(Obbligatorio 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 - ( <i>specifiche funzionali v 3.0 dic.2009-agg v 4.0 giu 2010 - agg v 5.0 genn 2012</i> )                                 |
|-----------|----|-------|------|------------------------|---|--|
| 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\_030XXXXxx.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\_030XXXXxx.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\_030XXXXxx.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\_030XXXXxx.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 .xlm.

## 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              | <b>CODICE ISTITUTO</b>        | AN          | 8                | codice della struttura inviante (più eventuale subcodice)                                |
| 9-24             | <b>IDENTIFICATIVO ACCESSO</b> | N           | 16               | identificativo dell'accesso al Pronto Soccorso   |
| 25-25            | <b>TIPO TRASMISSIONE</b>      | A           | 1                | I = inserimento C = correzione A = annullamento  |
| 26-30            | <b>CODICE PRESTAZIONE</b>     | AN          | 5                | presente solo se l'errore è relativo ad un record delle prestazioni (file PS3.txt)       |
| 31-34            | <b>CODICE ERRORE</b>          | AN          | 4                |  |
| 35-37            | <b>TIPO RECORD</b>            | 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 +<br>progressivo  | RIEPILOGO ELABORAZIONE |                      |
| struttura:  | 030XXX   | OSPEDALE XXXXXXXXXXXX  |                      |
|   |  | dati anagrafici<br>PS1 | dati sanitari<br>PS2 |
| RECORD ELABORATI  |  | 277                    | 277                  |
| <i>di cui</i> SCARTATI  |  | 0                      | 0                    |
| <i>di cui</i> ABBINATI  |  | 277                    | 27                   |
| <i>di cui</i> ERRATI  |  | 1                      | 90                   |
| <i>di cui</i> VALIDI  |  | 276                    | 7                    |
|   |  | 274                    | 2                    |
|   |  | 902                    | 0                    |
| 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                      |                      |
|   | <b>Totale<br/>errori</b>   | <b">4</b">             |                      |

## 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

| <b>DB_ELABORATI_PER_STRUTTURA_030XXX.csv</b> |
|--|
| 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**

| <b>DB_STATISTICA_EVENTI_X_struttura_030XXX.csv</b> |
|--|
| 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 |     |     | note  |
|---------|---|-------------------------------|-----|-----|---|
|         |   | PS1                           | PS2 | PS3 |   |
| 1       | <b>Primo inserimento</b> di un evento <b>nell'archivio centrale</b>   | I                             | I   | I   | deve essere inviata almeno una prestazione<br><br>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 <b>tutte le prestazioni</b>  |
| 2       | <b>Annullamento</b> di un <b>intero evento</b> presente <b>nell'archivio centrale</b>                             | A                             | A   |     | non è necessario inviare l'annullamento delle prestazioni: verranno cancellate automaticamente dall'archivio centrale   |
| 3       | <b>Correzione</b> dei "dati anagrafici" di un <b>evento già presente</b> 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       | <b>Correzione</b> "dati sanitari" di un <b>evento già presente</b> 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       | <b>Correzione</b> dei "dati anagrafici" e "dati sanitari" di un <b>evento già presente</b> nell'archivio centrale | C                             | C   |     | le prestazioni già presenti nell'archivio centrale e non interessate a modifiche non devono essere inviate  |
| 6       | <b>Inserimento</b> di una <b>nuova prestazione</b> di un <b>evento già presente</b> 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<br><br>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 <b>parte delle prestazioni</b> 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  | Annulloamento 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 ( <b>Inserimento</b> di una nuova prestazione e/o <b>Correzione</b> di “dati prestazione” e/o <b>Annulloamento</b> di una prestazione)                             | C | C | I<br>oppure C<br>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” + <b>Inserimento di una nuova prestazione</b> 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” + <b>Correzione “dati prestazione”</b> 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” + <b>Annulloamento di una prestazione</b> 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 ( <b>Inserimento</b> di una nuova prestazione e/o <b>Correzione</b> “dati prestazione” e/o <b>Annulloamento</b> di una prestazione) | C | C | I<br>oppure C<br>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 <b>nuova prestazione</b> di un <b>evento già presente</b> 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 <b>evento già presente</b> 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 <b>prestazione</b> di un <b>evento già presente</b> 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 <b>evento già presente</b> nell'archivio centrale ( <b>Inserimento</b> di una <b>nuova prestazione</b> e/o <b>Correzione</b> di "dati prestazione" e/o <b>Annullamento</b> di una <b>prestazione</b> ) | C | C | I<br><b>oppure C<br/>oppure A</b> | 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" + <b>Inserimento</b> di una <b>nuova prestazione</b> di un <b>evento già presente</b> 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" + <b>Correzione</b> di "dati prestazione" di un <b>evento già presente</b> 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" + <b>Annullamento</b> di una <b>prestazione</b> di un <b>evento già presente</b> 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 <b>evento già presente</b> nell'archivio centrale ( <b>Inserimento</b> di una  | C | C | I<br><b>oppure C<br/>oppure A</b> | 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 <b>Correzione</b> di "dati prestazione"<br>e/o <b>Annulloamento</b> di una <b>prestazione</b> ) |  |  |  |
|---|--|--|--|

| <u>legenda</u>  |
|---|
| <b>PS1</b> = dati anagrafici (file PS1.txt)   |
| <b>PS2</b> = dati sanitari (file PS2.txt)   |
| <b>PS3</b> = prestazioni (file PS3.txt)   |
|   |
| <b>I</b> = tipo trasmissione " <b>INSERIMENTO</b> "   |
| <b>C</b> = tipo trasmissione " <b>CORREZIONE</b> "  |
| <b>A</b> = tipo trasmissione " <b>ANNULLAMENTO</b> "  |
| i record, negli esempi evidenziati, devono riportare <b>lo stesso valore</b> 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<br>accesso = N | Livello appropriatezza<br>accesso = 1, 2, 3,<br>4, 5 | Livello appropriatezza<br>accesso mancante | Livello appropriatezza<br>accesso = N | Livello appropriatezza<br>accesso = 1, 2, 3,<br>4, 5 | Livello appropriatezza<br>accesso mancante | Livello appropriatezza<br>accesso = N | Livello appropriatezza<br>accesso = 1, 2, 3,<br>4, 5 | Livello appropriatezza<br>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            | <b>4270</b><br>tachicardia parossistica sopraventricolare<br><br>42731<br>fibrillazione atriale<br><br>42789<br>altre aritmie cardiache | Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali<br>Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio.<br>Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo cardioversione elettrica<br>Esclusione di recidive                       | TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/farmacologica<br>FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC | Instabilità emodinamica<br>Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso<br>Scompenso cardiaco e SCA<br>Eventi acuti | Monitoraggio parametri: FC, SatO2<br>Somministrazione farmaci antiaritmici<br>ECG<br>Consulenza cardiologica  |
| ASMA               | <b>493.92</b><br>asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta   | Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali<br>Monitoraggio clinico-strumentale<br>Controllo farmacologico di sintomi<br>Approfondimento diagnostico<br>Terapia dell'attacco acuto<br>Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia | Paziente stabile con broncospasmo e dispnea (grado medio), non risolta al primo trattamento in PS ( $\geq 3$ aereosol)<br>Sp O2 compresa tra 90 e 95%                                   | Quadro clinico instabile, Sa O2 < 90%<br>Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente  | Monitoraggio parametri vitali<br>O2-terapia<br>Somministrazione di farmaci corticosteroidi e broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore<br>EGA |
|                    | <b>7840</b><br>cefalea  | Inquadramento clinico<br>Esami diagnostici   | Cefalea con obiettività neurologica negativa e con TC negativa per cause secondarie o senza   | Instabilità emodinamica<br>Eventi acuti concomitanti   | Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età  |

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

| CONDIZIONE/SINTOMO                      | ICD9-CM  | RAZIONALE  | CRITERI INCLUSIONE  | CRITERI ESCLUSIONE  | PRESTAZIONI CONSIGLIATE  |
|---|--|--|---|---|--|
| <b>DISIDRATAZIONE</b>                   | <b>276.51</b><br>Disidratazione                  | Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali<br><br>Esecuzione esami ematologici<br><br>Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico<br><br>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, comorbilità                                | Monitoraggio Introdotti/eliminati<br><br>Controllo peso<br><br>Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO<br><br>Controllo EGA/elettroliti/glicemia<br><br>Idratazione ev o mediante sondino NG |
| <b>DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA</b> | <b>786.50</b><br>Dolore toracico non specificato | Monitoraggio clinico –strumentale<br><br>Monitoraggio ecografico<br><br>Esecuzione prelievi ematici seriati.<br><br>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.<br><br>Presenza dei criteri per ricovero urgente | Monitoraggio multiparametrico<br><br>EGA<br><br>ECG: 0-4/6-12 h;<br><br>Esami: routine + TN a 3-6h<br><br>Rx torace<br><br>eco cuore<br><br>test da sforzo o eco stress                  |
| <b>GESTIONE DEL DOLORE</b>              | <b>3380</b><br>Sindrome da dolore centrale       | Monitoraggio clinico.<br><br>Controllo farmacologico dei sintomi.<br><br>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'analgésia         | Condizioni cliniche instabili.<br><br>Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.          | Esami: routine<br><br>Accesso venoso periferico/centrale<br><br>Infusione ev di terapia<br><br>Blocco loco-regionale   |

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

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

| CONDIZIONE/SINTOMO   | ICD9-CM   | RAZIONALE   | CRITERI INCLUSIONE   | CRITERI ESCLUSIONE   | PRESTAZIONI CONSIGLIATE  |
|--|---|---|--|--|--|
| <b>SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)</b> | <b>7865</b><br>dolore toracico<br><b>788.0</b><br>colica renale<br><b>789.0</b><br>dolore addominale<br><b>338.11</b><br>dolore acuto da trauma | Inquadramento ed approfondimento diagnostico strumentale dell'etologia del dolore mediante esami mirati<br>Consulenze specialistiche<br>Trattamento della patologia specifica<br>Somministrazione di farmaci antidolorifici<br>Sedazione moderata<br>Monitoraggio clinico strumentale | Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore.<br>Dolore di recente insorgenza, in paziente stabile e che non necessiti di procedura chirurgica                               | Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore<br>POLITRAUMA o condizioni cliniche instabili o in deterioramento              | Valutazione mediante scale<br>Somministrazioni farmaci<br>Esami ematologici e strumentali  |
| <b>TIA</b>   | <b>4359</b><br><br>Ischemia cerebrale transitoria non specificata   | Monitoraggio clinico-strumentale<br>Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico.<br>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.<br>Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente  | ECG<br>Esami: routine<br>TC encefalo<br>Eco doppler TSA  |
| <b>TRAUMA CRANICO MINORE</b>   | <b>850.0</b><br>concussione con nessuna perdita di coscienza<br><b>8501</b><br>concussione con breve perdita di coscienza                       | Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche.<br>Monitoraggio GCS e 3° nervo cranico<br>Approfondimento diagnostico-strumentale  | GCS $\geq$ 14, senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia antiaggregazione<br>Dinamica a bassa energia   | GCS < 13, condizioni instabili<br>Comorbilità e/o eventi acuti<br>Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore | Monitoraggio parametri:<br>FC, SatO2, PAO, pupille<br>Terapia antalgica<br>TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica<br>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  |
|---------------------|--|--|---|--|--|
| <b>ARITMIE</b>      | <b>4270</b><br>tachicardia parossistica sopraventricolare<br><br><b>42731</b><br>fibrillazione atriale | Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali<br><br>Terapia con mezzi fisici e farmacologici per normalizzazione del ritmo;<br><br>monitoraggio pazienti dopo cardioversione elettrica<br><br>Esclusione nelle ore successive di comparsa di recidive | TPS in paziente con precedenti crisi<br><br>Fibrillazione atriale già in trattamento<br><br>Previsione di dimissibilità entro le 36 ore | Instabilità emodinamica<br><br>Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso   | Monitoraggio parametri:<br><br>FC, SatO2<br><br>Somministrazione farmaci antiaritmici<br><br>ECG<br><br>consulenza cardiologica  |
| <b>ASMA</b>         | <b>493.92</b><br>asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta                                    | Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali<br><br>Eventuali esami ematologici e radiologici<br><br>Terapia dell'attacco acuto<br><br>Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia   | Broncospasmo e dispnea grado medio, non risolta al primo trattamento in PS<br><br>SpO2 compresa tra 90 e 95%                            | Quadro clinico grave<br><br>SaO2 < 90%<br><br>(Livello grave secondo classificazione GINA per gradi delle riacutizzazioni asmatiche)               | Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC<br><br>O2-terapia<br><br>Somministrazione broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore<br><br>EGA |
| <b>BRONCHIOLITE</b> | <b>4661</b><br>bronchiolite acuta  | Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali<br><br>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<br><br>Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC<br><br>O2 terapia  |

| CONDIZIONE                           | ICD9-CM   | RAZIONALE   | CRITERI INCLUSIONE   | CRITERI ESCLUSIONE  | PRESTAZIONI CONSIGLIATE   |
|--------------------------------------|---|---|--|---|---|
|                                      |   | Terapia 54farmacologia e somministrazione ossigeno<br><br>Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia  |  |   | Aerosolterapia con adrenalina/soluzione ipertonica<br><br>Idratazione ev<br><br>EGA<br><br>ricerca RSV  |
| <b>CEFALEA</b>                       | <b>7840</b><br>cefalea  | Inquadramento clinico<br><br>Esami diagnostici (monitoraggio PA, fundus, TC, RMN);<br><br>Consulenza neurologica, trattamento sintomatico, dimissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale | Cefalea con obiettività neurologica negativa<br><br>Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento<br><br>Primo episodio refrattario a terapia antalgica   | Bambini con grave cefalea ad insorgenza acuta o cefalea cronica con segni d'allarme<br><br>Gravi patologie sottostanti (ESA, meningite) | Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età<br><br>Terapia antalgica<br><br>Monitoraggio PA<br><br>Valutazione fundus<br><br>Esami neuroradiologici<br><br>Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI) |
| <b>CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICI</b> | <b>780.31</b><br>convulsioni febbrili (semplici), non specificate | Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali<br><br>Eventuali accertamenti ematochimici,<br><br>Esclusione infezioni SNC.<br>Trattamento patologia febbre  | Primo episodio o successivo, di convulsioni febbrili semplici  | Convulsioni febbrili complesse<br><br>Stato di male febbrile  | Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC<br><br>sommministrazione benzodiazepine<br><br>esami ematologici per definire la natura della febbre  |
| <b>DISIDRATAZIONE</b>                | <b>27.51</b><br>disidratazione                                    | Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali<br><br>Esecuzione esami ematologici<br><br>Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico<br><br>Monitoraggio dei sintomi clinici  | Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio non migliorati con reidratazione per os e/o<br><br>con alterazione dell'equilibrio idroeletrolitico | Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi  | Monitoraggio Introdotti/eliminati<br><br>Controllo peso<br><br>Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO<br><br>Controllo EGA/elettroliti/glicemia<br><br>Idratazione ev o mediante sondino NG                          |
| <b>EPILESSIA</b>                     | <b>345.90</b>   | Monitoraggio parametri vitali e trattamento crisi, se in atto.<br>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<br>consulenza NPI<br>dosaggio farmaci anticomiziali<br>sommministrazione farmaci anticomiziali  |
| <b>FEBBRE</b>                       | <b>780.6</b><br>febbre   | Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS<br><br>Eventuale inizio terapia specifica   | Di non chiara eziologia in bambini con età > 1 mese   | < 1 mese, fontanella ant. bombata, rigidità nucleare, cefalea intensa,<br>cond. generali scadenti,<br>quadro di shock settico | Monitoraggio FC<br>Indici di flogosi<br>Esami culturali<br>Sommministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)                             |
| <b>INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO</b> | <b>934</b><br>corpo estraneo nella trachea, nei bronchi e nei polmoni  | Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali<br><br>Studio radiologico<br><br>Broncoscopia diagnostica con rimozione del corpo estraneo<br><br>Valutazione nelle ore successive | Inalazione o sospetta inalazione di corpo estraneo  | Distress respiratorio grave<br><br>Indisponibilità anestesiologica  | Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC   |
| <b>INFEZIONE DELLE VIE URINARIE</b> | <b>599.0</b><br>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<br><br>Urinocoltura<br><br>indici di flogosi<br><br>monitoraggio T°<br><br>sommministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici) |
| <b>INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI</b> | <b>9330</b><br>c. e. nel faringe<br><b>9351</b>                        | Rimozione in endoscopia del corpo estraneo<br><br>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 anestesiologica   | Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC   |

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

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

| CONDIZIONE   | ICD9-CM   | RAZIONALE  | CRITERI INCLUSIONE   | CRITERI ESCLUSIONE  | PRESTAZIONI CONSIGLIATE  |
|--|---|--|--|---|--|
|  | stordimento e capogiro  | vis. ORL, vis. neurologica, TCc  |  |   |  |
| <b>SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)</b> | <b>7865</b><br>dolore toracico<br><b>788.0</b><br>colica renale<br><b>789.0</b><br>dolore addominale<br><b>33811</b><br>dolore acuto da trauma  | Inquadramento diagnostico dell'etiology del dolore<br>Consulenze specialistiche<br>Trattamento della patologia specifica<br>Somministrazione di farmaci antidolorifici<br>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<br>Somministrazioni farmaci<br>Esami ematologici e strumentali per definire la causa |
| <b>TRAUMA ADDOMINO-PELVICO CHIUSO</b>  | <b>922.2</b><br>contusione della parete addominale<br><b>843</b><br>distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia<br><b>846</b><br>regione sacro-iliaca<br><b>847.2</b> lombare<br><b>847.3</b> del sacro<br><b>847.4</b> del coccige<br><b>911</b><br>traumatismi superficiali tronco | Esclusione complicanze in traumi minori  | Trauma addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze | Trauma grave<br>Instabilità emodinamica   | Monitoraggio parametri: FC, SatO2<br>Esami radiologici/ecografici<br>Terapia antalgica   |

| CONDIZIONE                    | ICD9-CM  | RAZIONALE   | CRITERI INCLUSIONE   | CRITERI ESCLUSIONE   | PRESTAZIONI CONSIGLIATE   |
|-------------------------------|--|---|--|--|---|
| <b>TRAUMA CRANICO MINORE</b>  | <b>850.0</b><br>concussione con nessuna perdita di coscienza<br><br><b>850.1</b><br>concussione con breve perdita di coscienza   | Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche.<br><br>Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici | GCS $\geq$ 14, sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefaloematoma molle con EO neurologico negativo)<br><br>Dinamica del trauma banale | Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore | Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille<br><br>Terapia antalgica<br><br>TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica<br><br>consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica |
| <b>TRAUMA TORACICO CHIUSO</b> | <b>922.1</b><br>contusione della parete toracica,<br><br><b>847.1</b><br>distorsioni e distrazioni del torace<br><br><b>911</b><br>traumatismi superficiali del tronco | Esclusione complicanze in traumi minori   | Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze   | Trauma grave<br><br>Instabilità emodinamica  | Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC<br><br>Esami radiologici<br><br>Terapia antalgica   |

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