



SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera

DOCUMENTAZIONE TECNICA SCHEMA XML

Revisione n. 1.0 del 19/01/2021
Entrata in vigore: 01/02/2021

A cura di:
Duilio Luca Bacocco, Michela Franzò, Eugenio Carrani e Marina Torre

Segreteria Scientifica della Presidenza, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Lista delle revisioni

Revisione 1.0	19/01/2021	Prima emissione
---------------	------------	-----------------

INDICE

LISTA DELLE REVISIONI	I
1 INTRODUZIONE	1
1.1 OBIETTIVI DEL DOCUMENTO	1
1.2 DEFINIZIONI	2
1.3 RIFERIMENTI	3
1.4 AMBITO DI RILEVAZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI.....	3
2 INFORMAZIONI FUNZIONALI RELATIVE AI TRACCIATI	5
2.1 TRACCIATI	5
2.2 ASSUNZIONI DI BASE.....	5
3 DESCRIZIONE FUNZIONALE DEI TRACCIATI RECORD.....	5
3.1 FORMATO DEI FILE.....	5
3.2 TIPO DI DATI.....	5
3.3 AVVERTENZE GENERALI PER LA VALORIZZAZIONE DEI CAMPI	5
3.4 DESCRIZIONE FUNZIONALE DEI CAMPI.....	5
3.5 STANDARD TECNOLOGICI PER LA PREDISPOSIZIONE DEI DATI	6
3.6 STRUTTURA GENERALE DEL TRACCIATO IN FORMATO XML	6
3.7 DIAGRAMMA STRUTTURA XML DELL'INTERO TRACCIATO.....	7
3.8 STRUTTURA XML PER LA SEZIONE INFORMAZIONI ANAGRAFICHE	8
3.8.1 Diagramma struttura XML per la sezione Informazioni Anagrafiche	9
3.8.2 Sezione Informazioni Anagrafiche – Definizione dei campi	10
3.9 STRUTTURA XML PER LA SEZIONE INFORMAZIONI RICOVERO	16
3.9.1 Diagramma struttura XML per la sezione Informazioni Ricovero	17
3.9.2 Sezione Informazioni Ricovero – Definizione dei Campi	19
4 TRACCIATI XML - XSD	54
4.1 CONTROLLI, VALIDAZIONE E INVIO FILE.....	54
4.2 CAMPI CHIAVE PER I DATI TRASMESSI	54
4.3 MODALITÀ DI INVIO	54
4.4 CONTROLLO E BILANCIAMENTO DEI RECORD SDO DI ANAGRAFE E DI RICOVERO	55

4.5	MODALITÀ DI ELABORAZIONE FLUSSI.....	55
4.6	TRACCIATO SDO	55
4.6.1	Esempio di set di SDO in formato XML.....	55
4.6.2	Schema XSD per l'insieme di SDO	59
4.6.3	Riepilogo controlli e codici anomalia per la sezione Informazioni Anagrafiche	70
4.6.4	Riepilogo controlli e codici anomalia per la sezione Informazioni Ricovero	75
5	ALLEGATI.....	92
5.1	CODICE IDENTIFICATIVO DEL PAZIENTE: MODALITÀ DI ALIMENTAZIONE	92
5.2	ASSEGNAZIONE DEL CODICE UNIVOCO NAZIONALE ISS ("CUNI") DA PARTE DEI SOGGETTI ALIMENTANTI IL RIPI	92
5.3	ASSEGNAZIONE DEL CODICE UNIVOCO NAZIONALE AVULSO (CUNA).....	93
5.4	CODICI IDENTIFICATIVI DEL CHIRURGO E DELL'ANESTESISTA: MODALITÀ DI ALIMENTAZIONE	95
5.5	CODICI IDENTIFICATIVI DEL CHIRURGO E DELL'ANESTESISTA: PROCEDURA DI VERIFICA DELLA VALIDITÀ....	95
5.6	CODICI DELLE SPECIALITÀ CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.....	97

1 INTRODUZIONE

Il RIPI (Registro Italiano delle Protesi Impiantabili) si basa su un flusso di dati che è complessivamente il risultato della combinazione di SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) e dati aggiuntivi relativi ai ricoveri, agli interventi e ai dispositivi utilizzati (MDS, Minimum Data Set).

Questo modello di flusso è stato introdotto e testato per il RIAP (Registro Italiano ArthroProtesi) ed è quindi stato reso modulare per supportare i flussi di tutti i registri che fanno parte del RIPI.

Poiché nel flusso di dati del RIPI vengono utilizzate le SDO, al fine di garantire una semplice gestione dei dati nell'ambito dei flussi di dati già esistenti nei vari contesti locali, nonché la possibilità di integrare in futuro i dati MDS con il flusso dati SDO nazionale attualmente parte dell'NSIS, è stato preso come riferimento lo schema XML adottato dal Ministero della Salute nel Decreto del Ministro della Salute del 07 dicembre 2016, n. 261. Tale decreto integra le informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera e disciplina il relativo flusso informativo, introducendo anche la descrizione di tale flusso come schema XSD. Il suddetto schema è stato adattato al contesto del RIPI per descrivere le variabili della SDO da questo considerate. Tali adattamenti hanno comportato le seguenti variazioni rispetto allo schema originario:

- Sezione *Informazioni Anagrafiche*:
 - Rimozione del campo *Trasmissione*, poiché nel RIPI ogni nuova trasmissione di dati annulla la precedente;
 - Rimozione del campo *Numero progressivo scheda SDO della puerpera*;
 - Modifica del campo *Codice Identificativo del Paziente* per accogliere in formato esadecimale (Hex, lunghezza 64) lo pseudonimo del paziente, la cui descrizione è fornita negli allegati a questo documento;
 - Rimozione del campo *Presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità*;
- Sezione *Informazioni Ricovero*:
 - Rimozione del campo *Trasmissione*, poiché nel RIPI ogni nuova trasmissione di dati annulla la precedente;
 - Rimozione del campo *Peso alla nascita*;
- Sezioni *Informazioni Anagrafiche* e *Informazioni Ricovero*:
 - Tutti i campi utilizzano il tipo XML *time*.

Le variabili che attualmente sono raccolte dal flusso del RIPI vengono selezionate dai comitati scientifici dei registri che ne fanno parte, sulla base dei risultati di un'analisi approfondita dello stato dell'arte della letteratura e dei sistemi di raccolta dati impiegati da altri registri internazionali. L'insieme delle variabili selezionate viene raccolto in documenti tecnici specifici definiti tracciati, di cui la presente descrizione tecnica fornisce dettagli riguardo alla loro formalizzazione come schemi XSD (XML Schema Definition).

1.1 Obiettivi del documento

Gli obiettivi del documento sono:

- fornire una descrizione funzionale chiara e consistente dei singoli campi del tracciato SDO;
- fornire le regole funzionali per la corretta valorizzazione dei campi.

Il presente documento definisce le specifiche tecniche del flusso informativo per l'alimentazione della parte SDO del sistema informativo del RIPI. In particolare, sono fornite la struttura e la sintassi dei

tracciati previsti in formato XML nonché i relativi schemi XSD di convalida e i controlli di merito sulla qualità, completezza e coerenza dei dati.

La descrizione formale della parte MDS del sistema informativo del RIPI viene sviluppata in documenti specifici per ciascun registro che ne fa parte.

Questa e le successive versioni del presente documento di specifiche tecniche sono disponibili sul sito internet del RIPI (<https://ripi.iss.it/>).

1.2 Definizioni

Nella tabella riportata di seguito sono elencati gli acronimi e le definizioni adottate nel presente documento.

Acronimo / Riferimento	Definizione
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
XML	eXtensible Markup Language
XSD	XML Schema Definition
SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
ANA	Anagrafe Nazionale Assistiti
MdS	Ministero della Salute
CI	Codice Identificativo
CUNI	Codice Univoco non Invertibile
CUNA	Codice Univoco Nazionale Assistito
MRA	Monitoraggio Rete di Assistenza
DH	Day Hospital
RO	Regime Ordinario
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
TS	Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze
DGSISS	Direzione Generale della digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica
SOnAR	Sincronizzazione Online Automatica Ricoveri – piattaforma di riferimento del RIPI per la trasmissione dei dati

1.3 Riferimenti

#	Riferimento	Descrizione
1	Decreto del Ministro della Salute del 07 dicembre 2016, n. 261 recante "Modifiche ed integrazioni al decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380"	Decreto del Ministro della salute - Integrazione e aggiornamento delle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera ("SDO")
2	Disciplinare tecnico del decreto SDO	Disciplinare tecnico allegato al Decreto Ministeriale SDO
3	Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato.	Regolamento di attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 15, comma 25-bis della legge 7 agosto 2012, n. 135.

1.4 Ambito di rilevazione dei flussi informativi

Il RIPI è alimentato dalla combinazione di SDO e informazioni aggiuntive chiamate Minimum Dataset (MDS).

La SDO è parte integrante della cartella clinica di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa. Nel caso del RIPI, vengono considerate un sottoinsieme delle variabili presenti nella SDO completa. Tali variabili sono state considerate e valutate dai comitati scientifici dei registri che fanno parte del RIPI.

La cartella clinica ospedaliera costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti, che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente.

Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura, identificato nell'anagrafica strutture dal codice a 8 caratteri; essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno dell'istituto di cura ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.

L'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura (così come identificato nel modello HSP11) non deve obbligatoriamente comportare la sua dimissione e successiva riammissione.

Il **numero identificativo**, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura. Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.

In caso di **ricovero diurno**, la cartella clinica, e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero ciclo di trattamento; ogni singolo accesso giornaliero del paziente è conteggiato come giornata di degenza e la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale; la cartella clinica, e la corrispondente SDO, relative ai ricoveri diurni, devono essere chiuse convenzionalmente

alla data del 31 dicembre di ciascun anno, salvo dar luogo a una nuova cartella, e a una nuova SDO, per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo.

Nel caso di trasferimento del paziente dal regime di ricovero diurno ad altro regime di ricovero, o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova cartella clinica e una nuova SDO.

2 INFORMAZIONI FUNZIONALI RELATIVE AI TRACCIATI

2.1 Tracciati

Le regioni e le province autonome inviano i dati esclusivamente in modalità elettronica.

I dati anagrafici e sanitari sono, quindi, archiviati separatamente e i dati sanitari sono trattati con tecniche crittografiche.

2.2 Assunzioni di base

1. **L'invio dei file viene effettuato tramite un tracciato XML.**

Per "XML" si intende il linguaggio di markup aperto e basato su testo che fornisce informazioni di tipo strutturale e semantico relative ai dati veri e propri. Acronimo di "eXtensible Markup Language" metalinguaggio creato e gestito dal World Wide Web Consortium (W3C).

2. **Per il tracciato XML, è fornito il relativo schema XSD di convalida a cui far riferimento.**

L'XSD è il linguaggio che specifica le caratteristiche del tipo di documento attraverso una serie di "regole grammaticali". In particolare, definisce l'insieme degli elementi del documento XML, le relazioni gerarchiche tra gli elementi, l'ordine di comparsa nel documento XML e quali elementi e attributi sono opzionali o meno.

Ulteriori assunzioni di base che riguardano il tracciato sono enunciate nella descrizione del tracciato stessi.

3 DESCRIZIONE FUNZIONALE DEI TRACCIATI RECORD

3.1 Formato dei file

I file da inviare al RIPI sono in formato XML, in base alle caratteristiche dei file XSD. I file che non rispettano le caratteristiche dello schema XSD saranno scartati dal sistema.

3.2 Tipo di dati

Il tracciato XML sarà formato dai seguenti componenti:

- "ELEMENT" che possono contenere a loro volta altri Element o valori espliciti (non codificati)
- "ELEMENT" con attributi, il cui valore, in genere, appartiene a un insieme già predefinito.

3.3 Avvertenze generali per la valorizzazione dei campi

- Tutti i campi indicati come obbligatori (come indicato più avanti nella tabella della descrizione funzionale dei campi) sono vincolanti per il caricamento del record.
- I campi data sono espressi nel formato AAAA-MM-GG dove GG rappresenta il giorno (se è inferiore a 10, viene aggiunto uno zero) – MM il mese (se è inferiore a 10 viene aggiunto uno zero) e AAAA l'anno (ad es. 2008-01-27 corrisponde a 27 gennaio 2008)

3.4 Descrizione funzionale dei campi

Nelle tabelle di cui ai paragrafi 3.8.2 e 3.9.2 sono riportate le descrizioni funzionali dei campi.

3.5 Standard tecnologici per la predisposizione dei dati

L'utente deve provvedere alla creazione e alla predisposizione di documenti conformi alle specifiche dell'Extensible Markup Language (XML) 1.0 (raccomandazione W3C 10 febbraio 1998).

3.6 Struttura generale del tracciato in formato XML

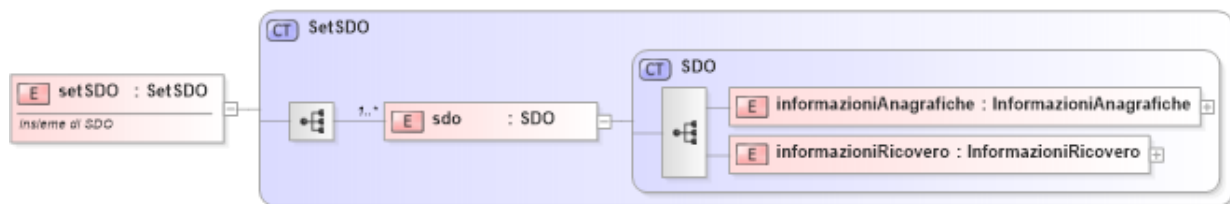
Nell'ambito della trasmissione dei dati, vengono trasmesse al RIPI un insieme di SDO, ciascuna delle quali descritta in termini delle informazioni anagrafiche e del ricovero del paziente a cui si riferisce.

3.7 Diagramma struttura XML dell'intero tracciato

Di seguito si presenta lo schema del flusso relativo all'intero insieme di SDO.

L'*header* (record di testa del documento) è *setSDO* e rappresenta, come una sequenza di elementi *sdo*, l'insieme di SDO descritte in termini delle loro parti Informazioni Anagrafiche e Informazioni Ricovero.

La mappatura dei diversi flussi indica la gerarchia, quindi la dipendenza di informazioni. La gerarchia delle informazioni è importante per capire le diverse dipendenze.



Nel paragrafo 4.6.2 è riportato lo schema XSD dove sono definiti i valori consentiti per ogni campo.

3.8 Struttura XML per la sezione Informazioni Anagrafiche

Come descritto nell'introduzione, la struttura XML qui descritta è conforme a quella stabilita dal Ministero della Salute per il flusso SDO, del quale però vengono raccolte soltanto le variabili di interesse per le attività del RIPI

Il nodo *informazioniAnagrafiche* contiene al suo interno le informazioni di carattere anagrafico che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente.

Di seguito viene riportato il tracciato record per la sezione Informazioni Anagrafiche.

<i>informazioniAnagrafiche</i>
Campo (campi chiave riportati in rosso)
codiceIstitutoDiCura
progressivoSDO
sexso
dataNascita
comuneNascita
livelloIstruzione
statoCivile
comuneResidenza
cittadinanza
pseudonimoPaziente
tipIDPazienteInVerVal
regioneResidenza
asiResidenza

Il dominio dei valori ammessi, è specificato nel paragrafo 3.8.2 riportante la tabella della definizione dei campi.

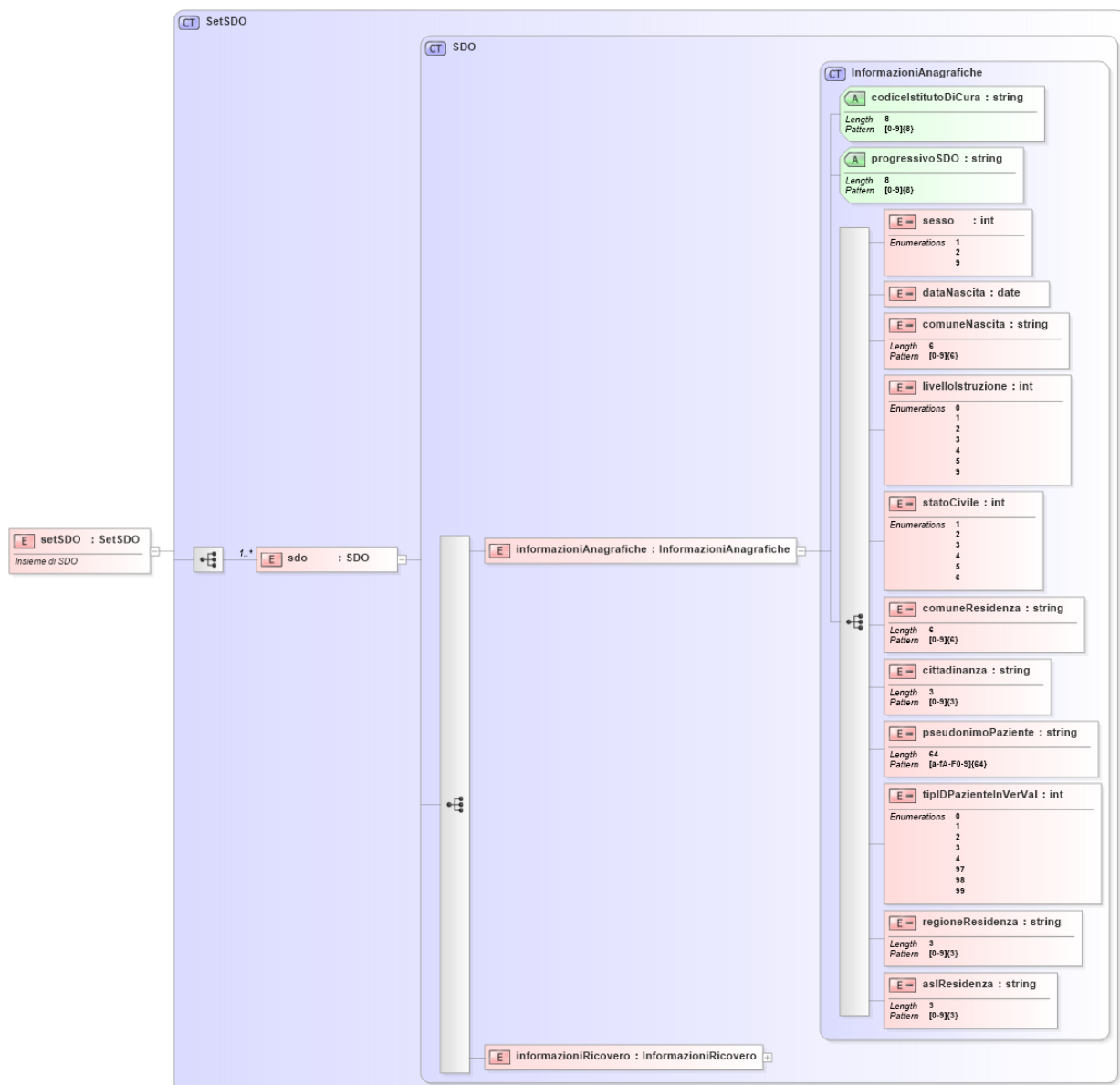
3.8.1 DIAGRAMMA STRUTTURA XML PER LA SEZIONE INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

L'header (record di testa della sezione) è *informazioniAnagrafiche*.

Nel tracciato XML sono riportate le informazioni relative alle Informazioni Anagrafiche del paziente rappresentate nel diagramma sottostante. La mappatura dei diversi flussi indica la gerarchia, quindi la dipendenza di informazioni. La gerarchia delle informazioni è importante per capire le diverse dipendenze.

Di seguito si presenta lo schema del flusso relativo alla sezione Informazioni Anagrafiche.

Alcuni tag sono riportati con linee tratteggiate per indicare la non obbligatorietà della presenza delle informazioni. In caso di indisponibilità delle informazioni facoltative il relativo tag deve essere omesso.



3.8.2 SEZIONE INFORMAZIONI ANAGRAFICHE – DEFINIZIONE DEI CAMPI

Si riporta di seguito il tracciato delle informazioni richieste.

Si specificano, inoltre, le caratteristiche che le informazioni devono possedere per rendere il flusso univoco ed omogeneo su tutto il territorio nazionale, così come descritto nel disciplinare tecnico.

Ad es. un campo definito *campo data* deve rispecchiare il formato specificato *yyyy-mm-dd*.

Si riporta nel seguito la legenda che specifica le abbreviazioni e gli acronimi utilizzati nella spiegazione del tracciato xml.

Legenda	
Tipo campo	Obbligatorietà
A: campo Alfabetico	OBB: sempre obbligatorio
AN: campo alfanumerico	FAC: sempre facoltativo
N: campo numerico	NBB: obbligatorio se si verificano le condizioni indicate
D: campo data (YYYY-MM-DD)	

informazioni Anagrafiche

Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni Dominio	Lunghezza campo
codiceIstitutoDiCura	Indica l'istituto di cura pubblico o privato	N	OBB	<p>CAMPO CHIAVE Formato: NNNNNNNN</p> <p>Il campo, che identifica l'Istituto di cura dal quale è dimesso il paziente, deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis. (codici di cui al D.M. 23/12/1996 e successive modifiche).</p> <p>Ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996, detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, per gli ultimi due caratteri utilizzare il codice "00"</p>	8
progressivoSDO	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica	N	OBB	<p>CAMPO CHIAVE Formato: NNNNNNNN</p> <p>Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i primi due identificano l'anno di ricovero; • gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura <p>La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifici in maniera univoca un singolo ricovero.</p>	8
 Sesso	Sesso del paziente	N	OBB	<p>Formato: N</p> <p>Valori ammessi: 1 = maschio 2 = femmina 9 = non definito</p>	1
dataNascita	Data di nascita del paziente	AN	OBB	<p>Formato: AAAA-MM-GG</p> <p>La data di Nascita non deve essere successiva alla Data di Ricovero.</p> <p>La differenza tra anno, mese e giorno di nascita e anno, mese e</p>	10

				giorno di dimissione non può essere superiore a 125 anni. <ul style="list-style-type: none"> Per i ricoveri riferiti all'evento nascita il campo "Provenienza del Paziente" deve essere uguale a "01"	
comuneNascita	Comune di nascita del paziente o, nel caso di paziente nato all'estero, Stato estero di nascita.	AN	OBB	Formato: NNNNNN Il codice da utilizzare è 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 sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT. In caso di comune o Stato estero cessati, utilizzare il codice ISTAT in uso al momento della nascita (Elenco dei comuni soppressi http://www.istat.it/it/archivio/6789)	6
livelloIstruzione	Titolo di studio del paziente al momento del ricovero	N	OBB	Formato: N Valori ammessi: 0 = Nessun titolo 1 = Licenza elementare 2 = Diploma di scuola media inferiore 3 = Diploma di scuola media superiore 4 = Diploma universitario o Laurea breve 5 = Laurea o superiore 9 = Non dichiarato	1
statoCivile	Stato civile del paziente al momento del ricovero	N	OBB	Formato: N Valori ammessi: 1 = Celibe/Nubile 2 = Coniugato/a 3 = Separato/a 4 = Divorziato/a 5 = Vedovo/a 6 = Non dichiarato	1
comuneResidenza	Comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto il paziente o, nel caso di	AN	OBB	Formato: NNNNNN Il codice da utilizzare è 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 sia residente all'estero va indicato il	6

	paziente residente all'estero, Stato estero di residenza, al momento del ricovero			<p>codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.</p> <p>Per i ricoveri riferiti all'evento nascita deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.</p> <p>Per gli stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice del comune di iscrizione al SSN ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla ASL e la Regione di assistenza.</p>	
cittadinanza	Cittadinanza del paziente al momento del ricovero	N	OBB	<p>Formato: <i>NNN</i></p> <p>Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza è il seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana; <p>il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dall'ISTAT, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera o sia apolide.</p>	3
pseudonimoPaziente	Codice identificativo del paziente al momento del ricovero ¹	AN	OBB	<p>Il campo deve avere lunghezza massima di 20 caratteri in input alla procedura di cifratura che produrrà un output di massimo 64 caratteri.</p> <p>Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo 5.1 Codice identificativo del paziente: modalità di alimentazione</p> <p>Solo per l'anno 2016 per i pellegrini del Giubileo straordinario della misericordia 2015/2016 (Art. 9-decies, c.3 del D.L. enti locali n.78/2015) utilizzare il codice di identificazione a 16 caratteri attribuito dal Ministero della Salute così costituito:</p> <ul style="list-style-type: none"> o i primi 3 caratteri valorizzati sempre con GIU; o i successivi 13 caratteri valorizzati con un progressivo numerico; 	64
tipIDPazienteInVerVal	Informazione relativa alla tipologia del codice	N	FAC	<p>Formato: <i>(N)N</i></p> <p>Valori ammessi:</p> <p>0 = Codice fiscale</p>	2

¹ Nella fase transitoria del Sistema SDO, le regioni sostituiscono al codice identificativo del paziente un codice cifrato ottenuto applicando al medesimo codice identificativo un algoritmo asimmetrico, a chiave pubblica nota, definito dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della salute, secondo quanto indicato al paragrafo 5.1 del presente documento.

	identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica			<p>1 = Codice STP 2 = Codice ENI 3 = Codice TEAM 4 - codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre. Tale valore viene verificato dal processo elaborativo a partire dall'anno di rilevazione 2020 97 - codice STP non presente in anagrafica. Tale valore viene verificato dal processo elaborativo a partire dall'anno di rilevazione 2020 98 - assistito richiedente l'anonimato. Tale valore viene verificato dal processo elaborativo a partire dall'anno di rilevazione 2020 99 = Codice non presente in banca dati</p> <p>Nella fase transitoria del Sistema SDO il campo non va valorizzato, ma a regime sarà un campo obbligatorio.</p> <p>Nella fase transitoria del Sistema SDO nel caso in cui il codice identificativo del paziente dato in input alla procedura di cifratura è una TEAM deve essere obbligatoriamente valorizzato con 3 = Codice TEAM</p>	
regioneResidenza	La regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente al momento del ricovero	N	OBB	<p>Formato: <i>NNN</i></p> <p>I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.</p> <p>Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, va indicato il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.</p>	3
aslResidenza	ASL che comprende il comune, o la frazione di comune in cui risiede l'assistito al	N	OBB	<p>Formato <i>NNN</i></p> <p>Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della ASL (di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1) utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali</p>	3

	momento del ricovero			<p>ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.</p> <p>Questa variabile si compila con 999 per i residenti all'estero, ovvero nel caso in cui la Regione di Residenza sia valorizzata con il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.</p>	
--	----------------------	--	--	--	--

3.9 Struttura XML per la sezione Informazioni Ricovero

La sezione *Informazioni Ricovero* comprende le informazioni relative al ricovero ospedaliero di un paziente.

Di seguito viene riportato il tracciato record per la sezione Informazioni Ricovero.

I nodi di riferimento, intesi come insiemi di informazioni associate all'evento, sono riportati nella seguente tabella in coerenza con quanto definito nel disciplinare tecnico del decreto:

<i>informazioniRicovero</i>	
Campo (campi chiave riportati in rosso)	
codiceIstitutoDiCura	
progressivoSDO	
regimeRicovero	
dataPrenotazione	
classePriorita	
dataRicovero	
oraRicovero	
unitaOperativaAmmissione	
onereDegenza	
provenienzaPaziente	
tipoRicovero	
traumatismiIntossicazioni	
codiceCausaEsterna	
Trasferimenti	dataTrasferimento
	oraTrasferimento
	unitaTrasferimento
dimissione	unitaOperativaDimissione
	dataDimissioneMorte
	oraDimissioneMorte
	modalitaDimissione
riscontroAutoptico	
motivoRicoveroRegimeDiurno	
numGiornateRicoveroDiurno	
diagnosiPrincipale	diagnosiPrincipaleDimissione
	diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero
	Lateralita
	stadiazioneCondensata
diagnosiSecondarie	diagnosiSecondarieDimissione
	diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero
	Lateralita
	stadiazioneCondensata
interventoPrincipale	interventoPrincipale
	interventoPrincipaleEsterno

<i>informazioniRicovero</i>	
Campo (campi chiave riportati in rosso)	
	dataInterventoPrincipale
	oraInterventoPrincipale
	chirurgoInterventoPrincipale
	anestesistaInterventoPrincipale
	ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale
	Lateralita
interventiSecondari	interventiSecondari
	interventiSecondariEsterni
	dataInterventoSecondario
	oralnizioInterventoSecondario
	chirurgoInterventoSecondario
	anestesistaInterventoSecondario
	ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario
Lateralita	
rilevazioneDolore	
pressioneArteriosaSistolica	
creatininaSerica	
frazioneEiezione	

Il dominio dei contenuti informativi, quindi i valori ammessi, è specificato nel paragrafo 3.9.2 riportante la tabella della definizione dei campi.

3.9.1 DIAGRAMMA STRUTTURA XML PER LA SEZIONE INFORMAZIONI RICOVERO

Di seguito si presenta lo schema del flusso relativo alla sezione Informazioni Ricovero.

L'header (record di testa della sezione) è *informazioniRicovero*.

Nel tracciato XML sono riportate le informazioni relative alle Informazioni di Ricovero del paziente rappresentate nel diagramma sottostante. La mappatura dei diversi flussi indica la gerarchia, quindi la dipendenza di informazioni. La gerarchia delle informazioni è importante per capire le diverse dipendenze.

Alcuni tag sono riportati con linee tratteggiate per indicare la non obbligatorietà della presenza delle informazioni. In caso di indisponibilità delle informazioni facoltative il relativo tag deve essere omesso.

3.9.2 SEZIONE INFORMAZIONI RICOVERO – DEFINIZIONE DEI CAMPI

Si riporta di seguito il tracciato delle informazioni richieste.

Si specificano, inoltre, le caratteristiche che le informazioni devono riportare per rendere il flusso univoco ed omogeneo su tutto il territorio nazionale, così come descritto nel disciplinare tecnico di riferimento.

Ad es. un campo definito *campo data* deve rispecchiare il formato specificato *yyyy-mm-dd*. Oppure nel campo Tipo, che identifica il tipo di azione che assume il flusso in arrivo, riporta i valori ammessi : I inserimento, C cancellazione.

Si riporta di seguito la legenda per specificare le abbreviazioni e gli acronimi utilizzati nella spiegazione del tracciato xml.

Legenda	
Tipo campo	Obbligatorietà
A: campo Alfabetico	OBB: sempre obbligatorio
AN: campo alfanumerico	FAC: sempre facoltativo
N: campo numerico	NBB: obbligatorio se si verificano le condizioni indicate
D: campo data (YYYY-MM-DD)	

informazioniRicovero

Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni Dominio	Lunghezza campo
codiceIstitutoDiCura	Indica l'istituto di cura pubblico o privato	N	OBB	<p>CAMPO CHIAVE</p> <p>Formato: NNNNNNNN</p> <p>Il campo, che identifica l'Istituto di cura dal quale è dimesso il paziente, deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis. (codici di cui al D.M. 23/12/1996 e successive modifiche).</p> <p>Ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996, detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, per gli ultimi due caratteri utilizzare il codice "00"</p>	8

<p>progressivoSDO</p>	<p>Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica</p>	<p>N</p>	<p>OBB</p>	<p>CAMPO CHIAVE Formato: NNNNNNNN Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i primi due identificano l'anno di ricovero; • gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura <p>La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.</p>	<p>8</p>
------------------------------	---	----------	------------	---	----------

<p>regimeRicovero</p>	<p>Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" e "ricovero diurno"</p>	<p>N</p>	<p>OBB</p>	<p>Formato: N</p> <p>Valori ammessi: 1 = Ricovero ordinario 2 = Ricovero diurno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni: si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato; • è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero e non prevede il pernottamento del paziente; <p>fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che per la loro intrinseca complessità o invasività o per il correlato rischio per il paziente non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale.</p>	<p>1</p>
------------------------------	--	----------	------------	---	----------

<p>dataPrenotazione</p>	<p>La data di prenotazione esprime la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa.</p> <p>Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.</p>	<p>A N</p>	<p>NBB (<i>obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2 o se Regime di Ricovero = 1 e Tipo Ricovero = 1 o Tipo Ricovero = 4</i>)</p>	<p>Formato: AAAA-MM-GG</p> <p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti.</p> <p>La data di prenotazione deve essere compilata per tutti i ricoveri in regime diurno e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (con "tipo ricovero" valorizzato a "1" – ricovero programmato non urgente, oppure "4" – ricovero programmato con preospedalizzazione)</p> <p>La data di prenotazione deve essere precedente o coincidente con la data di ricovero.</p> <p>In caso di trasferimenti da altri istituti, la data di prenotazione deve coincidere con la data in cui il trasferimento è stato concordato fra i due istituti.</p> <p>La data di prenotazione non si compila per tipo ricovero "5" – parto non urgente.</p>	<p>10</p>
--------------------------------	--	----------------	---	--	-----------

<p>classePriorita</p>	<p>Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nell'Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002</p>	<p>A N</p>	<p>NBB (obbligatorio se valorizzata Data di Prenotazione)</p>	<p>Formato: N</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>A = Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.</p> <p>B = Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.</p> <p>C = Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.</p> <p>D = Ricovero senza attesa definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.</p> <p>La classe di priorità non si compila per tipo ricovero "5" – parto non urgente.</p>	<p>1</p>
------------------------------	---	----------------	---	--	----------

dataRicovero	Data di ricovero nell'istituto di cura	A N	OBB	<p>Formato: AAAA-MM-GG</p> <p>Coincide con la data in cui il paziente viene accettato nel reparto di ammissione.</p> <p>In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire la data in cui si effettua l'accesso alla sala operatoria</p> <p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti</p> <p>In caso di ricovero diurno (codice 2 per la variabile "Regime di ricovero"), va indicata la data del primo accesso.</p> <p>Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita, la provenienza del paziente deve essere valorizzata a "01"</p>	10
oraRicovero	Ora di accettazione nel reparto di ammissione; si intende l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente.	A N	NBB (obbligatori a se valorizzato Regime di Ricovero = 1)	<p>Formato: HH:MM</p> <p>Da compilare solo per i ricoveri ordinari.</p> <p>Si intende l'ora in cui viene assegnato il letto al paziente.</p> <p>In caso di ricoveri urgenti chirurgici, in cui il paziente accede direttamente alla sala operatoria, inserire l'ora di accesso alla sala operatoria.</p> <p>Per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita, l'ora di ricovero coincide con l'ora di nascita.</p>	5

<p>unitaOperativaAmmissione</p>	<p>L'unità operativa di ammissione individua l'unità operativa presso la quale il paziente viene ricoverato all'accettazione, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa.</p>	<p>N</p>	<p>OBB</p>	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNNNN</p> <p>Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP.13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).</p> <p>Il codice a 12 caratteri è così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, • i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, • i successivi due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis; se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, utilizzare il codice "00"; • gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina 	<p>12</p>
--	--	----------	------------	--	-----------

				<p>ospedaliere; ✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo o divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito o della stessa disciplina.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Per le case di cura private (modello HSP13) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliere; ✓ per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00". <p>Per l'evento nascita è ammessa la disciplina 31 (NIDO) Si rimanda all'elenco delle discipline, di cui all'allegato <u>Tabella 1</u>: CODICI DELLE SPECIALITÀ CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.</p>	
--	--	--	--	--	--

<p>onereDegenza</p>	<p>Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero.</p>	<p>A N</p>	<p>OBB</p>	<p>FORMATO = N</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>1 = ricovero a totale carico del SSN;</p> <p>2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);</p> <p>4 = ricovero senza oneri per il SSN;</p> <p>5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);</p> <p>6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);</p> <p>7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN;</p> <p>8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;</p> <p>A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;</p> <p>9 = altro.</p>	<p>1</p>
----------------------------	--	----------------	------------	--	----------

<p>provenienzaPaziente</p>	<p>La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero.</p>	<p>N</p>	<p>OBB</p>	<p>FORMATO = NN Valori ammessi: 01 = Ricovero al momento della nascita 02 = Pronto soccorso 03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico 04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato 08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura 09 = Carcere 10 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) 11 = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso 12 = provenienza OBI 99 = Altro</p> <p><i>L'OBI costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo o a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri setting assistenziali.</i></p> <p><i>Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l'esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo</i></p>	<p>2</p>
-----------------------------------	---	----------	------------	--	----------

<p>tipoRicovero</p>	<p>Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario individuali e i ricoveri programmati, distinguendoli dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.</p>	<p>N</p>	<p>NBB (obbligatorio se valorizzato) Regime di Ricovero = 1 e Provenienza del Paziente <> "01"</p>	<p>FORMATO = N</p> <p>Valori ammessi: 1 = ricovero programmato, non urgente; 2 = ricovero urgente; 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO); 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO devono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione. 5 = parto non urgente</p> <p>Questa variabile non si compila per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita ovvero Provenienza paziente = "01"</p> <p>In caso di trasferimento da altro istituto, il ricovero si intende programmato.</p> <p>Attribuire il valore "2" anche ai parti urgenti e ai pazienti provenienti da OBI.</p>	<p>1</p>
----------------------------	---	----------	--	---	----------

<p>traumatismiIntossicazioni</p>	<p>Informazione che caratterizza la causa del ricovero, quando questo è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89)</p>	<p>N</p>	<p>NBB (<i>obbligatori o se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di Ammission e <> 56, 60, 28 e 75</i>)</p>	<p>FORMATO = N</p> <p>Valori ammessi: 1 = infortunio sul lavoro; 2 = infortunio in ambiente domestico; 3 = incidente stradale; 4 = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta); 5 = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto); 9 = altro tipo di incidente o di intossicazione.</p>	<p>1</p>
<p>codiceCausaEsterna</p>	<p>Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo o dell'intossicazione e quando il ricovero è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89).</p>	<p>A N</p>	<p>NBB (<i>obbligatori o se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di Ammission e <> 56, 60, 28 e 75</i>)</p>	<p>FORMATO = ENNNN)</p> <p>In tale campo dovrà essere inserito un codice E della Classificazione ICD-9-CM versione correntemente in uso.</p> <p>Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89)</p>	<p>4/5</p>

<p>dataTrasferimento</p>	<p>La variabile descrive il percorso che il paziente ha seguito durante un singolo ricovero.</p> <p>Si ha un trasferimento quando il paziente viene trasferito da un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto al posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto/ struttura diversi. (senza chiusura della SDO)</p>	<p>A N</p>	<p>NBB (obbligatori a se valorizzata Ora Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e Regime di Ricovero=1)</p>	<p><u>Il set di informazioni (Data, Ora e Unità di trasferimento) è di per sé facoltativo ma in presenza di una sola delle tre informazioni devono essere compilate anche le altre due</u></p> <p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata la Data di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Ora di Trasferimento ed Unità Operativa di Trasferimento</p>	<p>10</p>
<p>oraTrasferimento</p>	<p>Si ha un trasferimento quando il paziente viene trasferito da un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto al posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto/ struttura diversi. (senza chiusura della SDO)</p>	<p>A N</p>	<p>NBB (obbligatori a se valorizzata Data Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e Regime di Ricovero=1)</p>	<p>Formato: HH:MM</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata l’Ora di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Data di Trasferimento ed Unità Operativa di Trasferimento <p>In presenza di Trasferimenti che hanno stessa Data di Trasferimento verrà inoltre controllato che l’Ora del Trasferimento sia successiva all’Ora del Trasferimento precedente.</p>	<p>5</p>

<p>unitaTrasferimento</p>		<p>N</p>	<p>NBB <i>(obbligatori a se valorizzato Data Trasferimento o Ora Trasferimento e Regime di Ricovero=1)</i></p>	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNNNN</p> <p>Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Il codice a 12 caratteri è così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, • i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, • i successivi due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis; se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, utilizzare il codice "00"; • gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera ; ✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. 	<p>12</p>
----------------------------------	--	----------	--	---	-----------

				<ul style="list-style-type: none"> o Per le case di cura private (modello HSP13) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera ; ✓ per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00". <p>Si rimanda all'elenco delle discipline, di cui all'allegato <u>Tabella1</u>: CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.</p> <p>In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata l'Unità Operativa di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Data di Trasferimento ed Ora di Trasferimento</p>	
--	--	--	--	---	--

<p>unitaOperativaDimissione</p>	<p>Indica l'unità operativa presso cui è ricoverato il paziente al momento della dimissione: il campo deve essere sempre compilato, anche nel caso in cui l'unità operativa coincida con l'unità operativa di ammissione o con quella relativa all'ultimo trasferimento interno.</p>	<p>N</p>	<p>OBB</p>	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNNNN</p> <p>Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Il codice a 12 caratteri è così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, • i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, • i successivi due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis; se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, utilizzare il codice "00"; • gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera ; ✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. 	<p>12</p>
--	--	----------	------------	---	-----------

				<ul style="list-style-type: none"> o Per le case di cura private (modello HSP13) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera ; ✓ per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00". <p>Per l'evento nascita è ammessa la disciplina 31 (NIDO)</p> <p>Si rimanda all'elenco delle discipline, di cui all'allegato <u>Tabella1</u>: CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.</p>	
dataDimissioneMorte	Indica la data di dimissione o di decesso del paziente	A N	OBB	<p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG</p> <p>Nel caso di ricovero in regime diurno, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso presso l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno.</p>	10

oraDimissioneMorte	Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora del decesso.	A N	NBB (<i>obbligatoria se valorizzato Regime di Ricovero = 1</i>)	Formato: HH:MM Inserire l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora di morte.	
---------------------------	--	--------	--	---	--

<p>modalitaDimissione</p>	<p>La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso dall'istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.</p>	<p>A N</p>	<p>OBB</p>	<p>FORMATO: NN</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto;</p> <p>02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente;</p> <p>03 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)</p> <p>04 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal d.m. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare";</p> <p>05 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato);</p> <p>06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti;</p> <p>07 = trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura;</p> <p>08 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione.</p>	<p>2</p>
----------------------------------	---	----------------	------------	---	----------

				09 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI	
riscontroAutoptico	Individua i pazienti deceduti durante il ricovero per i quali è stata effettuata l'autopsia.	N	NBB (<i>obbligatori</i> o se <i>valorizzato</i> Modalità di Dimissione = "01")	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = autopsia eseguita 2 = autopsia non eseguita Deve essere compilato se e solo se modalità di dimissione = '01"	1
motivoRicoveroRegimeDiurno	Indica se il ricovero in regime diurno è effettuato a scopo diagnostico, chirurgico, terapeutico o riabilitativo.	N	NBB (<i>obbligatori</i> o se <i>valorizzato</i> Regime di Ricovero = 2)	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up) 2 = ricovero diurno chirurgico 3 = ricovero diurno terapeutico 4 = ricovero diurno riabilitativo Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 della variabile "regime di ricovero")	1
numGiornateRicoveroDiurno	Indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto accessi presso l'istituto di cura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale in regime diurno	N	NBB (<i>obbligatori</i> o se <i>valorizzato</i> Regime di Ricovero = 2)	FORMATO: NNN Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre l'anno di inizio del ciclo assistenziale, riportare il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha accessi presso l'istituto di cura fino al 31 dicembre. Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 della variabile "regime di ricovero")	3

<p>diagnosiPrincipaleDimissione</p>	<p>La diagnosi principale di dimissione è la condizione, identificata alla fine del ricovero come la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche.</p>	<p>A N</p>	<p>OBB</p>	<p>FORMATO: ANN(NN)</p> <p>La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 996.30 e non 996.3</p> <p>Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.</p> <p>La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di dimissione ospedaliera e correttamente codificata utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).</p>	<p>3/5</p>
--	---	----------------	------------	---	------------

diagnosiPrincipaleDimissioneAIR ricovero	Indica se la diagnosi principale rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.	N	OBB	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1
Lateralita	Ove applicabile specificare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	A N	FAC	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
stadiazioneCondensata	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)	N	NBB <i>(obbligatori o in presenza di diagnosi di dimissione principale identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)</i>	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto	1

<p>diagnosiSecondarieDimissione</p>	<p>Le diagnosi secondarie di dimissione sono quelle condizioni, diverse dalla diagnosi principale, che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.</p>	<p>A N</p>	<p>FAC</p>	<p>FORMATO: ANN(NN)</p> <p>La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 996.30 e non 996.3</p> <p>Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico. Possono essere riportate al massimo cinque diagnosi secondarie, che devono essere correttamente codificate utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).</p>	<p>3/5</p>
--	--	----------------	------------	---	------------

diagnosiSecondarieDimissioneAl Ricovero	<p>Indica se la diagnosi secondaria rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.</p>	<p>N</p>	<p>NBB (<i>obbligatorio per ogni campo di diagnosi secondaria di dimissione compilata</i>)</p>	<p>FORMATO: N</p> <p>Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì</p>	<p>1</p>
Lateralita	<p>Ove applicabile specificare se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale</p>	<p>A N</p>	<p>FAC</p>	<p>FORMATO: N</p> <p>Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale</p>	<p>1</p>

stadiazioneCondensata (secondaria)	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione secondaria (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)	N	FAC	FORMATO: N Valori ammessi in presenza di diagnosi di dimissione secondaria identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto	1
--	---	---	-----	---	---

<p>interventoPrincipale</p>	<p>L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero e individuata come quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.)</p>	<p>A N</p>	<p>FAC</p>	<p>FORMATO: NNN(N) La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 55.91 e non 55.9 L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero individuata secondo i seguenti criteri: 1. in presenza di più procedure chirurgiche, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.); 2. nel caso in cui siano segnalate sia procedure chirurgiche sia procedure diagnostiche o terapeutiche, riportare sempre prima le procedure chirurgiche; 3. in presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche, selezionare e codificare come principale quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse; 4. in caso di parto. L'intervento principale deve</p>	<p>3/4</p>
------------------------------------	---	----------------	------------	--	------------

				essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).	
interventoPrincipaleEsterno	Indica se l'intervento principale è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente	N	NBB (<i>obbligatori o se valorizzato Intervento Principale</i>)	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1
dataInterventoPrincipale	Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento principale.	A N	NBB (<i>obbligatori o se valorizzato Intervento Principale</i>)	Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG	10
oraInterventoPrincipale	Indica l'ora di inizio dell'intervento principale, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione (così come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2 / 2.7 117 del 14/3/1996).	A N	NBB (<i>obbligatori o se valorizzato Intervento Principale</i>)	FORMATO: HH:MM Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l'ora di inizio della procedura riportata nel campo "Intervento principale". In presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.	

<p>chirurgoInterventoPrincipale NB: (Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio)</p>	<p>Individua il chirurgo responsabile dell'intervento principale.</p>	<p>A N</p>	<p>NBB (obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ)</p>	<p>Le informazioni di dominio sono dettagliate nel paragrafo <u>5.4</u></p> <p>Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ)</p> <p>Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio.</p>	<p>88</p>
<p>anestesistaInterventoPrincipale</p>	<p>Individua l'anestesista dell'intervento principale.</p>	<p>A N</p>	<p>FAC</p>	<p>Le informazioni di dominio sono dettagliate nel paragrafo <u>5.4</u></p>	<p>88</p>
<p>ckListSalaOperatorialInterventoPrincipale</p>	<p>Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012</p>	<p>N</p>	<p>NBB (obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ))</p>	<p>FORMATO: N</p> <p>Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile</p> <p>Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ)</p> <p>Compilare per tutte le procedure effettuate in sala operatoria</p>	<p>1</p>

Lateralita	Ove applicabile specificare se l'intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	A N	FAC	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
interventiSecondari	Ulteriori procedure oltre all'intervento principale.	A N	FAC	FORMATO: MNN(N) Quando nella cartella clinica sono indicate procedure in numero superiore alle sei previsti dal tracciato record della S.D.O., la scelta delle priorità delle segnalazioni è condotta secondo quanto stabilito nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni rep. atti 64/CSR del 29/06/2010 L'intervento secondario deve essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).	3/4
interventiSecondariEsterni	Indicare se l'ulteriore procedura rispetto all'intervento principale è stata effettuata in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quello in cui è ricoverato il paziente	N	NBB <i>(obbligatori o per ogni campo di intervento secondario compilato)</i>	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1

<p>dataInterventoSecondario</p>	<p>Indica la data dell'intervento secondario per ogni campo di intervento compilato.</p>	<p>A N</p>	<p>NBB (obbligatori o per ogni campo di intervento secondario compilato)</p>	<p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG</p> <p>N.B. Per i ricoveri con preospedalizzazione – TIPO_RICOVERO = 4 la data delle procedure eseguite può essere anteriore alla data di ricovero</p>	<p>10</p>
<p>oralnizioInterventoSecondario</p>	<p>Indica l'ora di inizio dell'intervento secondario, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione (così come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2 / 2.7 117 del 14/3/1996).</p>	<p>A N</p>	<p>NBB (obbligatori o per ogni campo di intervento secondario compilato)</p>	<p>Formato: HH:MM</p> <p>Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l'ora di inizio della procedura riportata nel campo "Intervento secondario".</p> <p>In presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.</p>	<p>5</p>
<p>chirurgoInterventoSecondario</p> <p>NB: (Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio)</p>	<p>Individua il chirurgo responsabile dell'intervento secondario.</p>	<p>A N</p>	<p>NBB (obbligatori o per ogni campo di intervento secondario compilato di classificazione 4 AHRQ))</p>	<p>Le informazioni di dominio sono dettagliate nel paragrafo <u>5.4</u></p> <p>Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ)</p> <p>Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio</p>	<p>88</p>

anestesistaInterventoSecondario	Individua l'anestesista dell'intervento secondario.	A N	FAC	Le informazioni di dominio sono dettagliate nel paragrafo <u>5.4</u>	88
ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario	Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITAMENTO" del 20 dicembre 2012	N	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato di classificazione 4 AHRQ))	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ) Compilare per tutte le procedure effettuate in sala operatoria	1
Lateralita	Ove applicabile specificare se l'intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	A N	FAC	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
rilevazioneDolore	Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010	N	OBB	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1

<p>pressioneArteriosaSistolica</p>	<p>Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx)</p>	<p>N</p>	<p>NBB (<i>obbligatori o se presente diagnosi - principale o secondaria - valorizzata con codice ICD9-CM 410.xx</i>).</p>	<p>FORMATO: NNN</p> <p>Riportare il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso.</p>	<p>3</p>
---	---	----------	---	--	----------

<p>creatininaSerica</p>	<p>Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL)</p>	<p>N</p>	<p>NBB <i>(obbligatori o se valgono le condizioni specificate nelle informazioni di dominio)</i></p>	<p>FORMATO: NN,NN</p> <p>Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) <u>valore massimo accettabile 99,99 mg/dL.</u></p> <p>Il campo deve essere compilato nei seguenti casi:</p> <p>1) intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento;</p> <p>2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx) e pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Indicare il valore della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del</p>	<p>1/5</p>
--------------------------------	---	----------	---	--	------------

				<p>ricovero in ospedale;</p> <p>intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.</p>	
frazioneEiezione	<p>Indica la frazione di eiezione pre-operatoria riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x).</p>	N	<p>NBB (<i>obbligatori o se rilevato intervento – principale o secondario – valorizzato con codice ICD9-CM 36.1x o 35.1x-35.2x</i>).</p>	<p>FORMATO: NN</p> <p>Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.</p>	2

4 TRACCIATI XML - XSD

I tracciati che seguono sono stati formattati con indentazioni per renderne più chiara la lettura. Insieme allo schema XML è fornito il relativo schema XSD.

4.1 Controlli, validazione e invio file

È consigliabile che gli enti effettuino una validazione preliminare prima di procedere con l'invio in quanto, in fase di acquisizione verranno scartati i file che non risultino conformi agli schemi XML di seguito riportati; A tale scopo è consigliato l'utilizzo del servizio di validazione integrato nella piattaforma SOnAR, che permette di controllare se un documento xml generato in base allo schema qui descritto, è ben formato o valido.

Ogni singola informazione nel file, nel caso sia formattata correttamente e valida, ma nei successivi controlli non risulti coerente con le specifiche, verrà trattata secondo le indicazioni riportate nel paragrafo 4.6.3 e 4.6.4 (Riepilogo controlli e codici anomalie)

4.2 Campi chiave per i dati trasmessi

La trasmissione di ciascun evento è univocamente individuata dai seguenti campi chiave:

Informazioni Anagrafiche

Evento	Nodo di riferimento	Campi chiave
Informazioni Anagrafiche	informazioniAnagrafiche	codiceIstitutoDiCura
		progressivoSDO

Tracciato Informazioni Ricovero

Evento	Nodo di riferimento	Campi chiave
Informazioni Ricovero	informazioniRicovero	codiceIstitutoDiCura
		progressivoSDO

Questo insieme di dati identifica univocamente l'appartenenza delle informazioni trasmesse.

4.3 Modalità di invio

L'invio dei dati dovrà essere effettuato utilizzando il servizio SOnAR (<https://ripi.iss.it/sonar>) predisposto allo scopo. Le tempistiche di trasmissione dovranno rispettare quanto stabilito per i singoli registri.

4.4 Controllo e bilanciamento dei record SDO di anagrafe e di ricovero

Il controllo di corrispondenza tra il numero di schede (record) inviate presenti nel flusso SDO anagrafico ed il numero di schede (record) inviate per il flusso SDO ricoveri viene effettuato bilanciando il numero di schede considerando i seguenti campi: CODICE ISTITUTO DI CURA e NUMERO PROGRESSIVO DELLA SCHEDA SDO. Le schede (record) che non trovano corrispondenza in entrambi i flussi SDO verranno scartate.

4.5 Modalità di elaborazione flussi

A seguito della trasmissione dei dati attraverso la piattaforma SOnAR, i file trasmessi vengono sottoposti ai controlli descritti nel dettaglio nei paragrafi 4.6.3 e 4.6.4, che possono generare, relativamente al file considerato anomalie, scarto di valori o del file intero. Tali eventi verranno notificati al responsabile della trasmissione attraverso le consuete modalità di comunicazione impiegate dalla piattaforma.

4.6 Tracciato SDO

4.6.1 ESEMPIO DI SET DI SDO IN FORMATO XML

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8"?>
<setSDO>
  <sdo>
    <informazioniAnagrafiche codiceIstitutoDiCura="03004001"
progressivoSDO="07064023">
      < Sesso>1</ Sesso>
      < dataNascita>1960-01-01</ dataNascita>
      < comuneNascita>058091</ comuneNascita>
      < livelloIstruzione>9</ livelloIstruzione>
      < statoCivile>6</ statoCivile>
      < comuneResidenza>058091</ comuneResidenza>
      < cittadinanza>100</ cittadinanza>

< pseudonimoPaziente>01edfa2153fc7902328af56a8f7091e414d59d1a89d0ea6e0b6708337264c38f</ pse
udonimoPaziente>
      < tipIDPazienteInVerVal>0</ tipIDPazienteInVerVal>
      < regioneResidenza>120</ regioneResidenza>
      < aslResidenza>201</ aslResidenza>
    </informazioniAnagrafiche>
    < informazioniRicovero codiceIstitutoDiCura="03004001" progressivoSDO="07064023">
      < regimeRicovero>1</ regimeRicovero>
      < dataPrenotazione>2006-10-01</ dataPrenotazione>
      < classePriorita>D</ classePriorita>
      < dataRicovero>2007-03-27</ dataRicovero>
      < unitaOperativaAmmissione>030040013601</ unitaOperativaAmmissione>
      < onereDegenza>5</ onereDegenza>
      < provenienzaPaziente>04</ provenienzaPaziente>
      < tipoRicovero>4</ tipoRicovero>
      < dimissione>
```

```

        <unitaOperativaDimissione>030040013601</unitaOperativaDimissione>
        <dataDimissioneMorte>2007-04-13</dataDimissioneMorte>
        <modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
    </dimissione>
    <diagnosiPrincipale>
        <diagnosiPrincipaleDimissione>71525</diagnosiPrincipaleDimissione>
<diagnosiPrincipaleDimissioneAlRicovery>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAlRicovery>
        <Lateralita>2</Lateralita>
    </diagnosiPrincipale>
    <diagnosiSecondarie>
        <diagnosiSecondarieDimissione>2859</diagnosiSecondarieDimissione>
<diagnosiSecondarieDimissioneAlRicovery>1</diagnosiSecondarieDimissioneAlRicovery>
        <Lateralita>2</Lateralita>
    </diagnosiSecondarie>
    <interventoPrincipale>
        <interventoPrincipale>8151</interventoPrincipale>
        <interventoPrincipaleEsterno>0</interventoPrincipaleEsterno>
        <dataInterventoPrincipale>2007-04-01</dataInterventoPrincipale>
<chirurgoInterventoPrincipale>AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA</chirurgoInterventoPrincipale>
<ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>0</ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>
        <Lateralita>2</Lateralita>
    </interventoPrincipale>
    <rilevazioneDolore>0</rilevazioneDolore>
</informazioniRicovery>
</sdo>
<sdo>
    <informazioniAnagrafiche codiceIstitutoDiCura="03004001"
progressivoSDO="09075034">
        <sexo>1</sexo>
        <dataNascita>1960-01-01</dataNascita>
        <comuneNascita>058091</comuneNascita>
        <livelloIstruzione>9</livelloIstruzione>
        <statoCivile>6</statoCivile>
        <comuneResidenza>058091</comuneResidenza>
        <cittadinanza>100</cittadinanza>
<pseudonimoPaziente>01edfa2153fc7902328af56a8f7091e414d59d1a89d0ea6e0b6708337264c38f</pse
udonimoPaziente>
        <tipIDPazienteInVerVal>0</tipIDPazienteInVerVal>
        <regioneResidenza>120</regioneResidenza>
        <aslResidenza>201</aslResidenza>
    </informazioniAnagrafiche>
    <informazioniRicovery codiceIstitutoDiCura="03004001" progressivoSDO="09075034">
        <regimeRicovery>1</regimeRicovery>
        <dataPrenotazione>2008-10-01</dataPrenotazione>
        <classePriorita>D</classePriorita>
        <dataRicovery>2009-05-28</dataRicovery>
        <unitaOperativaAmmissione>030040013601</unitaOperativaAmmissione>
        <onereDegenza>5</onereDegenza>
        <provenienzaPaziente>04</provenienzaPaziente>

```

```
<tipoRicovero>4</tipoRicovero>
<dimissione>
  <unitaOperativaDimissione>030040013601</unitaOperativaDimissione>
  <dataDimissioneMorte>2009-06-06</dataDimissioneMorte>
  <modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
</dimissione>
<diagnosiPrincipale>
  <diagnosiPrincipaleDimissione>71525</diagnosiPrincipaleDimissione>
<diagnosiPrincipaleDimissioneAlRicovero>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAlRicovero>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</diagnosiPrincipale>
<diagnosiSecondarie>
  <diagnosiSecondarieDimissione>2859</diagnosiSecondarieDimissione>
<diagnosiSecondarieDimissioneAlRicovero>1</diagnosiSecondarieDimissioneAlRicovero>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</diagnosiSecondarie>
<interventoPrincipale>
  <interventoPrincipale>8154</interventoPrincipale>
  <interventoPrincipaleEsterno>0</interventoPrincipaleEsterno>
  <dataInterventoPrincipale>2009-05-30</dataInterventoPrincipale>
<chirurgoInterventoPrincipale>AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA</chirurgoInterventoPrincipale>
<ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>0</ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>
  <Lateralita>2</Lateralita>
  </interventoPrincipale>
  <rilevazioneDolore>0</rilevazioneDolore>
</informazioniRicovero>
</sdo>
<sdo>
  <informazioniAnagrafiche codiceIstitutoDiCura="01001001"
progressivoSDO="16000001">
    <sexo>1</sexo>
    <dataNascita>1960-01-01</dataNascita>
    <comuneNascita>058091</comuneNascita>
    <livelloIstruzione>9</livelloIstruzione>
    <statoCivile>6</statoCivile>
    <comuneResidenza>058091</comuneResidenza>
    <cittadinanza>100</cittadinanza>
</informazioniAnagrafiche>
<informazioniRicovero codiceIstitutoDiCura="01001001" progressivoSDO="16000001">
  <regimeRicovero>1</regimeRicovero>
  <dataPrenotazione>2015-06-01</dataPrenotazione>
  <classePriorita>D</classePriorita>
  <dataRicovero>2016-01-01</dataRicovero>
  <unitaOperativaAmmissione>010010013601</unitaOperativaAmmissione>
```

```

<onereDegenza>5</onereDegenza>
<provenienzaPaziente>04</provenienzaPaziente>
<tipoRicovero>4</tipoRicovero>
<dimissione>
  <unitaOperativaDimissione>010010013601</unitaOperativaDimissione>
  <dataDimissioneMorte>2016-01-10</dataDimissioneMorte>
  <modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
</dimissione>
<diagnosiPrincipale>
  <diagnosiPrincipaleDimissione>71511</diagnosiPrincipaleDimissione>
</diagnosiPrincipale>
<diagnosiPrincipaleDimissioneAlRicovery>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAlRicovery>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</diagnosiPrincipale>
<interventoPrincipale>
  <interventoPrincipale>8180</interventoPrincipale>
  <interventoPrincipaleEsterno>0</interventoPrincipaleEsterno>
  <dataInterventoPrincipale>2016-01-02</dataInterventoPrincipale>
</interventoPrincipale>
<chirurgoInterventoPrincipale>AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA</chirurgoInterventoPrincipale>
<ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>0</ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</interventoPrincipale>
  <rilevazioneDolore>0</rilevazioneDolore>
</informazioniRicovery>
</sdo>
<sdo>
  <informazioniAnagrafiche codiceIstitutoDiCura="03004001"
progressivoSDO="07064025">
    <sexo>1</sexo>
    <dataNascita>1960-01-01</dataNascita>
    <comuneNascita>058091</comuneNascita>
    <livelloIstruzione>9</livelloIstruzione>
    <statoCivile>6</statoCivile>
    <comuneResidenza>058091</comuneResidenza>
    <cittadinanza>100</cittadinanza>
  </informazioniAnagrafiche>
  <informazioniRicovery codiceIstitutoDiCura="03004001" progressivoSDO="07064025">
    <regimeRicovery>1</regimeRicovery>
    <dataPrenotazione>2015-06-01</dataPrenotazione>
    <classePriorita>D</classePriorita>
    <dataRicovery>2016-01-01</dataRicovery>
    <unitaOperativaAmmissione>030040013601</unitaOperativaAmmissione>
    <onereDegenza>5</onereDegenza>
    <provenienzaPaziente>04</provenienzaPaziente>
    <tipoRicovery>4</tipoRicovery>
  </informazioniRicovery>
</sdo>
<pseudonimoPaziente>01edfa2153fc7902328af56a8f7091e414d59d1a89d0ea6e0b6708337264c38f</pse
udonimoPaziente>
  <tipIDPazienteInVerVal>0</tipIDPazienteInVerVal>
  <regioneResidenza>120</regioneResidenza>
  <aslResidenza>201</aslResidenza>
</informazioniAnagrafiche>
<informazioniRicovery codiceIstitutoDiCura="03004001" progressivoSDO="07064025">
  <regimeRicovery>1</regimeRicovery>
  <dataPrenotazione>2015-06-01</dataPrenotazione>
  <classePriorita>D</classePriorita>
  <dataRicovery>2016-01-01</dataRicovery>
  <unitaOperativaAmmissione>030040013601</unitaOperativaAmmissione>
  <onereDegenza>5</onereDegenza>
  <provenienzaPaziente>04</provenienzaPaziente>
  <tipoRicovery>4</tipoRicovery>
</informazioniRicovery>

```

```

    <dimissione>
      <unitaOperativaDimissione>030040013601</unitaOperativaDimissione>
      <dataDimissioneMorte>2016-01-10</dataDimissioneMorte>
      <modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
    </dimissione>
    <diagnosiPrincipale>
      <diagnosiPrincipaleDimissione>71511</diagnosiPrincipaleDimissione>

<diagnosiPrincipaleDimissioneAlRicobero>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAlRicobero>
      <Lateralita>2</Lateralita>
    </diagnosiPrincipale>
    <interventoPrincipale>
      <interventoPrincipale>8180</interventoPrincipale>
      <interventoPrincipaleEsterno>0</interventoPrincipaleEsterno>
      <dataInterventoPrincipale>2016-01-02</dataInterventoPrincipale>

<chirurgoInterventoPrincipale>AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA</chirurgoInterventoPrincipale>

<ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>0</ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>
      <Lateralita>2</Lateralita>
    </interventoPrincipale>
    <rilevazioneDolore>0</rilevazioneDolore>
  </informazioniRicobero>
</sdo>
</setSDO>

```

4.6.2 SCHEMA XSD PER L'INSIEME DI SDO

```

<?xml version="1.0" encoding="utf-8" ?>
<xs:schema xmlns:vc="http://www.w3.org/2007/XMLSchema-versioning"
attributeFormDefault="unqualified" elementFormDefault="qualified" vc:minVersion="1.1"
xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xs:element name="setSDO" type="SetSDO">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation>Insieme di SDO</xs:documentation>
    </xs:annotation>
  </xs:element>
  <xs:complexType name="SetSDO">
    <xs:sequence>
      <xs:element name="sdo" type="SDO" maxOccurs="unbounded" />
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
  <xs:complexType name="SDO">
    <xs:sequence>
      <xs:element name="informazioniAnagrafiche" type="InformazioniAnagrafiche" />
      <xs:element name="informazioniRicobero" type="InformazioniRicobero" />
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
  <xs:complexType name="InformazioniAnagrafiche">
    <xs:sequence>
      <xs:element name="sesso">
        <xs:simpleType>

```

```

        <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:enumeration value="1" />
            <xs:enumeration value="2" />
            <xs:enumeration value="9" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="dataNascita">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:date" />
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="comuneNascita">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="6" />
            <xs:pattern value="[0-9]{6}" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="livelloIstruzione">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:enumeration value="0" />
            <xs:enumeration value="1" />
            <xs:enumeration value="2" />
            <xs:enumeration value="3" />
            <xs:enumeration value="4" />
            <xs:enumeration value="5" />
            <xs:enumeration value="9" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="statoCivile">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:enumeration value="1" />
            <xs:enumeration value="2" />
            <xs:enumeration value="3" />
            <xs:enumeration value="4" />
            <xs:enumeration value="5" />
            <xs:enumeration value="6" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="comuneResidenza">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="6" />
            <xs:pattern value="[0-9]{6}" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>

```



```

<xs:element name="cittadinanza">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="3" />
      <xs:pattern value="[0-9]{3}" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="pseudonimoPaziente">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="64" />
      <xs:pattern value="[a-fA-F0-9]{64}" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="tipIDPazienteInVerVal">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:int">
      <xs:enumeration value="0" />
      <xs:enumeration value="1" />
      <xs:enumeration value="2" />
      <xs:enumeration value="3" />
      <xs:enumeration value="4" />
      <xs:enumeration value="97" />
      <xs:enumeration value="98" />
      <xs:enumeration value="99" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="regioneResidenza">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="3" />
      <xs:pattern value="[0-9]{3}" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="aslResidenza">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="3" />
      <xs:pattern value="[0-9]{3}" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
<xs:attribute name="codiceIstitutoDiCura" use="required">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="8" />
      <xs:pattern value="[0-9]{8}" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:attribute>

```

```

        </xs:simpleType>
    </xs:attribute>
    <xs:attribute name="progressivoSDO" use="required">
        <xs:simpleType>
            <xs:restriction base="xs:string">
                <xs:length value="8" />
                <xs:pattern value="[0-9]{8}" />
            </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
    </xs:attribute>
</xs:complexType>
<xs:complexType name="InformazioniRicovero">
    <xs:sequence>
        <xs:element name="regimeRicovero">
            <xs:simpleType>
                <xs:restriction base="xs:int">
                    <xs:enumeration value="1" />
                    <xs:enumeration value="2" />
                </xs:restriction>
            </xs:simpleType>
        </xs:element>
        <xs:element name="dataPrenotazione" type="xs:date" minOccurs="0" />
        <xs:element name="classePriorita" minOccurs="0">
            <xs:simpleType>
                <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:enumeration value="A" />
                    <xs:enumeration value="B" />
                    <xs:enumeration value="C" />
                    <xs:enumeration value="D" />
                </xs:restriction>
            </xs:simpleType>
        </xs:element>
        <xs:element name="dataRicovero" type="xs:date" />
        <xs:element name="oraRicovero" minOccurs="0">
            <xs:simpleType>
                <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:pattern value="(0[0-9]|1[0-9]|2[0-3]):[0-5][0-9]$" />
                </xs:restriction>
            </xs:simpleType>
        </xs:element>
        <xs:element name="unitaOperativaAmmissione">
            <xs:simpleType>
                <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:length value="12" />
                    <xs:pattern value="[0-9]{12}" />
                </xs:restriction>
            </xs:simpleType>
        </xs:element>
        <xs:element name="onereDegenza">
            <xs:simpleType>
                <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:enumeration value="1" />
                    <xs:enumeration value="2" />
                </xs:restriction>
            </xs:simpleType>
        </xs:element>
    </xs:sequence>
</xs:complexType>

```

```

        <xs:enumeration value="4" />
        <xs:enumeration value="5" />
        <xs:enumeration value="6" />
        <xs:enumeration value="7" />
        <xs:enumeration value="8" />
        <xs:enumeration value="A" />
        <xs:enumeration value="9" />
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="provenienzaPaziente">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:enumeration value="01" />
            <xs:enumeration value="02" />
            <xs:enumeration value="03" />
            <xs:enumeration value="04" />
            <xs:enumeration value="05" />
            <xs:enumeration value="06" />
            <xs:enumeration value="07" />
            <xs:enumeration value="08" />
            <xs:enumeration value="09" />
            <xs:enumeration value="10" />
            <xs:enumeration value="11" />
            <xs:enumeration value="12" />
            <xs:enumeration value="99" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="tipoRicovero" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:enumeration value="1" />
            <xs:enumeration value="2" />
            <xs:enumeration value="3" />
            <xs:enumeration value="4" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="traumatismiIntossicazioni" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:pattern value="" />
            <xs:enumeration value="1" />
            <xs:enumeration value="2" />
            <xs:enumeration value="3" />
            <xs:enumeration value="4" />
            <xs:enumeration value="5" />
            <xs:enumeration value="9" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="codiceCausaEsterna" minOccurs="0">

```

```

    <xs:simpleType>
      <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:minLength value="4" />
        <xs:maxLength value="5" />
        <xs:pattern value="(E[8|9][0-9][0-9]$)|(E[8|9][0-9][0-9][0-9]$)"
      />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="Trasferimenti" minOccurs="0" maxOccurs="15">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="dataTrasferimento" type="xs:date" minOccurs="0"
    />

      <xs:element name="oraTrasferimento" minOccurs="0">
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:pattern value="(0[0-9]|1[0-9]|2[0-3]):[0-5][0-9]$" />
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
      <xs:element name="unitaTrasferimento" minOccurs="0">
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="12" />
            <xs:pattern value="[0-9]{12}" />
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="dimissione">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="unitaOperativaDimissione">
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="12" />
            <xs:pattern value="[0-9]{12}" />
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
      <xs:element name="dataDimissioneMorte" type="xs:date" />
      <xs:element name="oraDimissioneMorte" minOccurs="0">
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:pattern value="(0[0-9]|1[0-9]|2[0-3]):[0-5][0-9]$" />
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="modalitaDimissione">

```

```

        <xs:simpleType>
            <xs:restriction base="xs:string">
                <xs:enumeration value="01" />
                <xs:enumeration value="02" />
                <xs:enumeration value="03" />
                <xs:enumeration value="04" />
                <xs:enumeration value="05" />
                <xs:enumeration value="06" />
                <xs:enumeration value="07" />
                <xs:enumeration value="08" />
                <xs:enumeration value="09" />
            </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
    </xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="riscontroAutoptico" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:enumeration value="1" />
            <xs:enumeration value="2" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="motivoRicoveryoRegimeDiurno" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:enumeration value="1" />
            <xs:enumeration value="2" />
            <xs:enumeration value="3" />
            <xs:enumeration value="4" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="numGiornateRicoveryoDiurno" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:minInclusive value="1" />
            <xs:maxInclusive value="366" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="diagnosiPrincipale">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="diagnosiPrincipaleDimissione">
                <xs:simpleType>
                    <xs:restriction base="xs:string">
                        <xs:minLength value="3" />
                        <xs:maxLength value="5" />
                    </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
            </xs:element>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>

```

```

</xs:element>
<xs:element name="diagnosiPrincipaleDimissioneAlRicovero">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:int">
      <xs:enumeration value="0" />
      <xs:enumeration value="1" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="Lateralita" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:int">
      <xs:enumeration value="1" />
      <xs:enumeration value="2" />
      <xs:enumeration value="3" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="stadiazioneCondensata" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:enumeration value="1" />
      <xs:enumeration value="2" />
      <xs:enumeration value="3" />
      <xs:enumeration value="4" />
      <xs:enumeration value="5" />
      <xs:enumeration value="6" />
      <xs:enumeration value="7" />
      <xs:enumeration value="8" />
      <xs:enumeration value="9" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="diagnosiSecondarie" minOccurs="0" maxOccurs="5">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="diagnosiSecondarieDimissione" minOccurs="0">
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:minLength value="3" />
            <xs:maxLength value="5" />
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
      <xs:element name="diagnosiSecondarieDimissioneAlRicovero"
minOccurs="0">
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:enumeration value="0" />
            <xs:enumeration value="1" />

```

```

        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="Lateralita" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:enumeration value="1" />
            <xs:enumeration value="2" />
            <xs:enumeration value="3" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="stadiazioneCondensata" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:enumeration value="1" />
            <xs:enumeration value="2" />
            <xs:enumeration value="3" />
            <xs:enumeration value="4" />
            <xs:enumeration value="5" />
            <xs:enumeration value="6" />
            <xs:enumeration value="7" />
            <xs:enumeration value="8" />
            <xs:enumeration value="9" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="interventoPrincipale">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="interventoPrincipale" minOccurs="0">
                <xs:simpleType>
                    <xs:restriction base="xs:string">
                        <xs:minLength value="3" />
                        <xs:maxLength value="4" />
                    </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
            </xs:element>
            <xs:element name="interventoPrincipaleEsterno" minOccurs="0">
                <xs:simpleType>
                    <xs:restriction base="xs:int">
                        <xs:enumeration value="0" />
                        <xs:enumeration value="1" />
                    </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
            </xs:element>
            <xs:element name="dataInterventoPrincipale" type="xs:date"
minOccurs="0" />
            <xs:element name="oraInterventoPrincipale" minOccurs="0">
                <xs:simpleType>

```

```

        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:pattern value="(0[0-9]|1[0-9]|2[0-3]):[0-5][0-
9]$" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="chirurgoInterventoPrincipale" minOccurs="0"
maxOccurs="3">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:maxLength value="88" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="anestesistaInterventoPrincipale" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="88" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale"
minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:enumeration value="0" />
            <xs:enumeration value="1" />
            <xs:enumeration value="9" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="Lateralita" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:int">
            <xs:enumeration value="1" />
            <xs:enumeration value="2" />
            <xs:enumeration value="3" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="interventiSecondari" minOccurs="0" maxOccurs="10">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="interventiSecondari" minOccurs="0">
                <xs:simpleType>
                    <xs:restriction base="xs:string">
                        <xs:minLength value="3" />
                        <xs:maxLength value="4" />
                    </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
            </xs:element>

```



```

<xs:element name="interventiSecondariEsterni" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:int">
      <xs:enumeration value="0" />
      <xs:enumeration value="1" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="dataInterventoSecondario" type="xs:date"
minOccurs="0" />
<xs:element name="oraInizioInterventoSecondario" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="(0[0-9]|1[0-9]|2[0-3]):[0-5][0-
9]$" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="chirurgoInterventoSecondario" minOccurs="0"
maxOccurs="3">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:maxLength value="88" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="anestesistaInterventoSecondario" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="88" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario"
minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:int">
      <xs:enumeration value="0" />
      <xs:enumeration value="1" />
      <xs:enumeration value="9" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="lateralita" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:int">
      <xs:enumeration value="1" />
      <xs:enumeration value="2" />
      <xs:enumeration value="3" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>

```

```

</xs:element>
<xs:element name="rilevazioneDolore">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:enumeration value="0" />
      <xs:enumeration value="1" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="pressioneArteriosaSistolica" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:positiveInteger">
      <xs:totalDigits value="3" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="creatininaSerica" type="xs:string" minOccurs="0" />
<xs:element name="frazioneEiezione" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:nonNegativeInteger">
      <xs:totalDigits value="2" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
<xs:attribute name="codiceIstitutoDiCura" use="required">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="8" />
      <xs:pattern value="[0-9]{8}" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:attribute>
<xs:attribute name="progressivoSDO" use="required">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="8" />
      <xs:pattern value="[0-9]{8}" />
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:attribute>
</xs:complexType>
</xs:schema>

```

4.6.3RIEPILOGO CONTROLLI E CODICI ANOMALIA PER LA SEZIONE INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

Di seguito si riporta una tabella nella quale vengono riassunte le diverse tipologie di errore riferite al flusso inviato:

- In rosso i controlli XSD e di controllo per l'interconnessione che applicati genereranno lo scarto completo di tutto il file inviato (Errore XSD)

- In blu i controlli ETL che generano uno scarto. In questo caso sono scartati solo i singoli record.
- In verde i controlli ETL che genereranno un'anomalia. In questo caso il record sarà comunque acquisito dal sistema.

Sezione Informazioni Anagrafiche

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
codiceIstitutoDiCura		mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1902	Incongruenza tra regione inviante e codice istituto di cura dichiarato	i primi 3 caratteri del Codice istituto di cura che indicano il "codice regione" sono diversi dal codice della regione inviante i dati.
	1300	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo chiave.	Il valore inserito e controllato non è presente in anagrafica strutture da flussi HSP.11, HSP.11bis
progressivoSDO		mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
		Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza è diversa da 8 caratteri
	1908	scarto per chiave duplicata nel singolo flusso	La singola chiave non può essere ripetuta all'interno del flusso
	1910	sbilanciamento: chiave non presente in entrambi i flussi	Le schede (record) che non trovano corrispondenza in entrambi i flussi SDO verranno scartate
sesso		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1=Maschio 2=Femmina 9 = non definito
dataNascita		Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1306	Data nascita successiva alla Data Ricovero	Data nascita > Data ricovero
	1307	Data di nascita non congruente	La differenza tra anno, mese e giorno di nascita e anno, mese e giorno di dimissione è superiore a 124 anni..
	1308	Data di nascita non congruente con Data di Ricovero e/o Dimissione della madre	Se "Provenienza Paziente"="01" e "Numero progressivo scheda SDO della puerpera" <> "99999999" allora "Data di nascita" (del neonato) non è ricompresa tra la "Data di ricovero" e la "Data di

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			dimissione o morte" contenute nella scheda SDO della madre
	1309	Data di nascita non coerente con Provenienza del paziente	<ul style="list-style-type: none"> Provenienza del paziente = "01" e Data di nascita <> Data Ricovero Oppure (OR) <ul style="list-style-type: none"> Data di nascita = Data Ricovero e "Provenienza del paziente" diversa da uno dei seguenti valori: <ul style="list-style-type: none"> 01 = ricovero al momento della nascita 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato 08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura
comuneNascita		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i residenti in Italia il codice non è 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. Per i residenti all'estero non è rispettata la corretta modalità di compilazione che è '999SSS' dove 'SSS' è il codice stato estero ISTAT.
livelloIstruzione		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 0 = Nessun titolo 1 = Licenza elementare 2 = Diploma di scuola media inferiore 3 = Diploma di scuola media superiore 4 = Diploma universitario o Laurea breve 5 = Laurea o superiore 9 = Non dichiarato
statoCivile		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Celibe/Nubile 2 = Coniugato/a 3 = Separato/a 4 = Divorziato/a 5 = Vedovo/a

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			6 = Non dichiarato
comuneResidenza		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i residenti in Italia il codice non è 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. Per i residenti all'estero non è rispettata la corretta modalità di compilazione che è '999SSS' dove 'SSS' è il codice stato estero ISTAT.
	1310	Errata compilazione del Comune di Residenza per i residenti in territorio estero	il codice è stato erroneamente compilato 'SSS999'. (Si applica solo per i comuni di residenza esteri e viene automaticamente riportato nella forma '999SSS')
cittadinanza		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi (Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza deve essere: • 100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana; • il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dall'ISTAT, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera o sia apolide.)
	1311	Cittadinanza incongruente con Tipologia del codice identificativo assistito nella banca dati di verifica validità	Cittadinanza = 100 (italiana) e "Tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità" = 1 o 2 o 3
pseudonimoPaziente		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
		Identificativo Paziente TEAM non valido	Il codice passato in input alla procedura di cifratura è inferiore o uguale 20 caratteri e il campo non è stato valorizzato con 3 = Codice TEAM
	1353	Codice identificativo del paziente non valido	Codice identificativo del paziente non valido
tipIDPazienteInVerVal	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi Previsto per utilizzo futuro, all'applicazione delle procedure di cui all'articolo 6, comma 1 del citato decreto. 0 = Codice fiscale 1 = Codice STP 2 = Codice ENI 3 = Codice TEAM

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			4 - codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre 97 - codice STP non presente in anagrafica 98 - assistito richiedente l'anonimato 99 = Codice non presente in banca dati
regioneResidenza		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i residenti in Italia: I valori ammessi sono diversi da quelli a tre caratteri definiti con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Per i residenti all'estero: non è stato indicato il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.
	20074	Incongruenza tra Regione Residenza e Comune Residenza	SE il campo "comune di residenza" è valido e il codice regione di residenza non corrisponde alla regione di appartenenza del comune italiano, oppure non corrisponde allo stato estero indicato nel campo "comune di residenza" ("999SSS"); SE il campo "comune di residenza" è errato o non compilato, la regione di residenza si considera valida solo se appartiene alla tabella di riferimento;
aslResidenza		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i residenti in Italia: Il campo non è valorizzato con i codici a tre caratteri della ASL (di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1) utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Per i residenti all'estero: La ASL di Residenza non è stata compilata con "999"
	10160	Codice ASL di residenza del paziente non verificabile a causa del codice regione di residenza non valido	Se regione di residenza risulta non appartenente alla tabella di dominio oppure risulta incongruente con comune di residenza;
	10163	Codice ASL di residenza incongruente con comune di residenza	Se codice ASL non corrisponde ad ASL di appartenenza del comune di residenza, così come ricavato da tabella corrispondenza comuni-ASL di MRA

4.6.4 RIEPILOGO CONTROLLI E CODICI ANOMALIA PER LA SEZIONE INFORMAZIONI RICOVERO

Di seguito si riporta una tabella nella quale vengono riassunte le diverse tipologie di errore riferite al flusso inviato:

- In rosso i controlli XSD e di controllo per l'interconnessione che applicati genereranno lo scarto completo di tutto il file inviato (Errore XSD)
- In blu i controlli ETL che generano uno scarto. In questo caso sono scartati solo i singoli record.
- In verde i controlli ETL che genereranno un'anomalia. In questo caso il record sarà comunque acquisito dal sistema.

Sezione Informazioni Ricovero

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
codiceIstitutoDiCura		mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1902	Incongruenza tra regione inviante e codice istituto di cura dichiarato	i primi 3 caratteri del Codice istituto di cura che indicano il "codice regione" sono diversi dal codice della regione inviante i dati.
	1300	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo chiave.	Il valore inserito e controllato non è presente in anagrafica strutture da flussi HSP.11, HSP.11bis
progressivoSDO		mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
		Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 8 caratteri
	1908	scarto per chiave duplicata nel singolo flusso	La singola chiave non può essere ripetuta all'interno del flusso
	1910	sbilanciamento: chiave non presente in entrambi i flussi	Le schede (record) che non trovano corrispondenza in entrambi i flussi SDO verranno scartate
regimeRicovero		mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Ricovero ordinario 2 = Ricovero diurno
dataPrenotazione	1312	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	1313	Data Prenotazione compilata quando non necessario/previsto	<ul style="list-style-type: none"> ■ data valida in Regime di Ricovero = "Ordinario" (1) e "Tipo ricovero non compilato"; ■ data valida in Regime di Ricovero = "Ordinario"(1) e [Tipo Ricovero non programmato o parto (Tipo Ricovero = 2, 3 o 5) o Provenienza del Paziente=01];
	1314	Data Prenotazione successiva alla Data Ricovero	Data prenotazione > Data Ricovero
	1315	Data Prenotazione uguale alla Data Ricovero	<p>"Data prenotazione" = "Data Ricovero" e "Provenienza del paziente" diversa da una dei seguenti valori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico • 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato • 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato • 08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura <p>Segnalazione volta a una verifica da parte della regione inviante.</p>
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Data Prenotazione" non valorizzata se [(Regime di Ricovero = "2") o (Regime di Ricovero = "1" e Tipo Ricovero = "1" o Tipo Ricovero = "4")]
classePriorita	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	<p>Valori diversi da quelli ammessi :</p> <p>A = Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.</p> <p>B = Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma</p>

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			<p>che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.</p> <p>C = Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.</p> <p>D = Ricovero senza attesa definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.</p>
	1316	Classe di Priorità compilata quando non necessario/previsto	<ul style="list-style-type: none"> ■ campo valido, ma tipo ricovero non compilato se Regime Ricovero = "Ricovero Ordinario" (1) e Provenienza Paziente <> "01"; ■ campo valido, ma Tipo Ricovero non programmato o parto (Tipo Ricovero = 2, 3 o 5);
	1317	Classe di Priorità non compilata quando dovuto/previsto	<ul style="list-style-type: none"> ■ campo non compilato con Regime di Ricovero = "Ricovero Diurno" (2); ■ campo non compilato con Tipo di Ricovero = "Ricovero programmato non urgente" (1) oppure = "Ricovero programmato con preospedalizzazione" (4) e regime di ricovero = "1" ordinario
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Classe di Priorità" non è stato valorizzato con "Data di Prenotazione" valorizzata.
dataRicovero		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
		Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1318	Data di Ricovero successiva alla Data di Dimissione	Data ricovero > Data dimissione
	1319	Data di Ricovero non corretta	<ul style="list-style-type: none"> ■ Data non compresa fra il 31/12 dell'anno di riferimento e il 01/01 di cinque anni prima ■ In regime di Ricovero= "2" Diurno l'anno della data di ricovero è diverso dall'anno della Data di Dimissione

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
oraRicovero	1320	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	1321	Ora di Ricovero incongruente con Ora di Dimissione	In caso di dimissione nello stesso giorno, l'ora di ricovero è successiva all'ora di dimissione
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Ora di Ricovero" è valorizzato con Regime di Ricovero <> "1" Il campo "Ora di Ricovero" non è valorizzato con Regime di Ricovero = "1"
unitaOperativaAmmissione		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Valori non presenti nell'elenco reparti per struttura desunti dall'anagrafica HSP valida alla data di ricovero. Nel caso di evento nascita, identificato da uno dei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> • provenienza del paziente ="01" • coincidenza della data di nascita con la data di ricovero la disciplina 31 (NIDO) è ammessa anche se non censita nei modelli HSP.12/13. In presenza di stabilimenti privati sarà eseguito un duplice controllo: <ul style="list-style-type: none"> • codice istituto (primi 6 caratteri) e codice stabilimento (7° e 8° carattere) deve essere presente nel modello HSP.11bis; • codice istituto (primi 6 caratteri) e codice disciplina (9° e 10° carattere) deve essere presente nel modello HSP.13
onereDegenza		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 1 = ricovero a totale carico del SSN; 2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera); 4 = ricovero senza oneri per il SSN;

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			<p>5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);</p> <p>6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);</p> <p>7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN;</p> <p>8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;</p> <p>A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;</p> <p>9 = altro.</p>
	1322	Onere della Degenza incongruente con Cittadinanza	Con cittadinanza=100 è stato compilato Onere della degenza uguale a 7 o 8 o A
		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
provenienzaPaziente	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	<p>Valori diversi da quelli ammessi:</p> <p>01 = Ricovero al momento della nascita</p> <p>02 = Pronto soccorso</p> <p>03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico</p> <p>04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura</p> <p>05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico</p> <p>06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato</p> <p>07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato</p> <p>08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura</p> <p>09 = Carcere</p> <p>10 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)</p> <p>11 = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero</p>

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			<p>formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso</p> <p>12 = provenienza OBI</p> <p>99 = Altro</p>
tipoRicovero	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	<p>Valori diversi da quelli ammessi:</p> <p>1 = ricovero programmato, non urgente;</p> <p>2 = ricovero urgente;</p> <p>3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);</p> <p>4 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO devono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione.</p> <p>5 = parto non urgente</p>
	1323	Tipo di Ricovero incongruente con Regime di Ricovero	Tipo Ricovero non programmato [2,3,5] e Regime di Ricovero = "2")
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Tipo di Ricovero" non valorizzato se Regime di Ricovero = "1" e Provenienza Paziente <> "01"
traumatismiIntossicazioni	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	<p>Valori diversi da quelli ammessi :</p> <p>1 = infortunio sul lavoro;</p> <p>2 = infortunio in ambiente domestico;</p> <p>3 = incidente stradale;</p> <p>4 = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);</p> <p>5 = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);</p> <p>9 = altro tipo di incidente o di intossicazione</p>
	1324	Traumatismi o intossicazioni non congruente	<p>Il campo " Traumatismi o Intossicazioni " È VALORIZZATO in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regime di Ricovero diverso da 1 • diagnosi principale non compresa tra 800-904 e 910-995.89 • Disciplina di Ammissione uguale a 56 (recupero e riabilitazione funzionale) o 60 (Lungodegenti) o 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo " Traumatismi o Intossicazioni " NON È VALORIZZATO in presenza di (devono essere soddisfatte tutte le seguenti condizioni): <ul style="list-style-type: none"> Regime di Ricovero uguale a 1 diagnosi principale compresa tra 800-904 o 910-995.89 Disciplina di Ammissione diverso da 56 (recupero e riabilitazione funzionale), 60 (Lungodegenti), 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)
codiceCausaEsterna	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Codice Causa esterna (che corrisponde alla codifica di maggior dettaglio disponibile per il codice indicato) non presente in anagrafica ICD 9 CM Paragrafo: Classificazione Supplementare Delle Cause Esterne Di Traumatismo E Avvelenamento (E800-E999)
	1326	Codice Causa Esterna compilato in mancanza di diagnosi principale di trauma	Il campo " Codice Causa Esterna " È VALORIZZATO in presenza di almeno una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> Regime di Ricovero diverso da 1 diagnosi principale non compresa tra 800-904 e 910-995.89 Disciplina di Ammissione uguale a 56 (recupero e riabilitazione funzionale) o 60 (Lungodegenti) o 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo " Codice Causa Esterna " NON È VALORIZZATO in presenza di (devono essere soddisfatte tutte le seguenti condizioni): <ul style="list-style-type: none"> Regime di Ricovero uguale a 1 diagnosi principale compresa tra 800-904 o 910-995.89 Disciplina di Ammissione diverso da 56 (recupero e riabilitazione funzionale), 60 (Lungodegenti), 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
dataTrasferimento	1312	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1327	Data Trasferimento incongruente con Data Ricovero e/o Data Dimissione	Data trasferimento non è compresa fra data ricovero e data dimissione
	1328	Data Trasferimento minore di Data Trasferimento precedente	Data trasferimento non successiva a quella del trasferimento precedente in presenza di più trasferimenti. (Inserimento in ordine cronologico dei trasferimenti)
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Data Trasferimento" non è valorizzato se valorizzata Ora Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e il Regime di Ricovero=1
oraTrasferimento	1312	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	1329	Ora Trasferimento incongruente con Ora Ricovero e/o Ora Dimissione	<ul style="list-style-type: none"> ■ Con Data trasferimento =Data ricovero e Ora Trasferimento <Ora Ricovero ■ Con Data trasferimento =Data Dimissione e Ora trasferimento >Ora dimissione
	1330	Ora Trasferimento minore o uguale di Ora Trasferimento precedente	In presenza di trasferimenti che hanno stessa Data di Trasferimento l'Ora del Trasferimento successivo è minore o uguale dell'Ora del Trasferimento precedente
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Ora Trasferimento" non è valorizzato se è valorizzata Data di Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e il Regime di Ricovero=1
unitaTrasferimento	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	<p>Unità operativa non presente nell'elenco reparti per struttura desunti dall'anagrafica HSP</p> <p>In presenza di stabilimenti privati sarà eseguito un duplice controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • codice istituto (primi 6 caratteri) e codice stabilimento (7° e 8° carattere) deve essere presente nel modello HSP.11bis; • codice istituto (primi 6 caratteri) e codice disciplina (9° e 10° carattere) deve essere presente nel modello HSP.13

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	1331	Unità Operativa Trasferimento incongruente	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unità Operativa Trasferimento (primi 6 caratteri) <> Codice Istituto di Cura (primi 6 caratteri) [A seguito di un trasferimento esterno (desumibile dal codice struttura) DEVE seguire SEMPRE un trasferimento interno] ■ Unità operativa trasferimento uguale all'unità operativa trasferimento precedente
	1332	La prima occorrenza di Unità Operativa Trasferimento risulta uguale a Unità Operativa di Ammissione	Unità Operativa Trasferimento = Unità operativa di ammissione (Il controllo va effettuato solo sul primo trasferimento)
	1333	Ultima occorrenza di Unità Operativa Trasferimento risulta diversa da Unità Operativa di Dimissione	Unità Operativa Trasferimento<>Unità operativa di dimissione (Il controllo va effettuato solo sull'ultimo trasferimento)
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Unità Operativa Trasferimento" non è valorizzato se è valorizzata Data Trasferimento o Ora Trasferimento e il Regime di Ricovero=1
unitaOperativaDimissione		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	<p>Unità operativa non presente nell'elenco reparti per struttura desunti dall'anagrafica HSP.</p> <p>Nel caso di evento nascita, identificato da uno dei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • provenienza del paziente ="01" • coincidenza della data di nascita con la data di ricovero <p>la disciplina 31 (NIDO) è ammessa anche se non censita nei modelli HSP.12/13.</p> <p>In presenza di stabilimenti privati sarà eseguito un duplice controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • codice istituto (primi 6 caratteri) e codice stabilimento (7° e 8° carattere) deve essere presente nel modello HSP.11bis; • codice istituto (primi 6 caratteri) e codice disciplina (9° e 10° carattere) deve

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			essere presente nel modello HSP.13
	1334	Unita operativa di Dimissione incongruente con Codice Istituto di Cura	I primi 8 caratteri dell'Unità operativa di dimissione sono diversi dal Codice Istituto di Cura
dataDimissioneMorte		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
		Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1335	Data di dimissione o morte non appartenente ad anno di riferimento	Anno di "Data dimissione o morte" diverso dall'anno dichiarato in fase di invio del flusso al GAF (Gestione accoglienza flussi)
oraDimissioneMorte	1320	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	Il campo "Ora di dimissione o morte" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "1"
modalitaDimissione		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto; 02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente; 03 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) 04 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal d.m. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"; 05 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			non si sia ripresentato durante il ciclo programmato); 06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti; 07 = trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura; 08 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione. 09 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI
riscontroAutoptico	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = autopsia eseguita 2 = autopsia non eseguita
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Riscontro autoptico" non è valorizzato se modalità di dimissione = '01"
motivoRicoveroRegimeDiurno	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up) 2 = ricovero diurno chirurgico 3 = ricovero diurno terapeutico 4 = ricovero diurno riabilitativo
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Motivo del ricovero in regime diurno" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "2"
numGiornateRicoveroDiurno	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Numero di giornate di presenza in ricovero diurno" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "2"
	1336	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno incongruenti con data ricovero e/o dimissione	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno maggiori di "Data di dimissione o morte" - "Data di Ricovero" + 1
diagnosiPrincipaleDimissione		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento per un campo obbligatorio	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9 oppure "V"]

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo obbligatorio	Valori diversi da quelli ammessi : 0 = No 1 = Sì
Lateralita	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
stadiazioneCondensata	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	<ul style="list-style-type: none"> ■ "Stadiazione condensata" non è valorizzato in presenza di diagnosi di dimissione principale identificata dai codici ICD-9-CM da 140.0 a 190.9 e da 193 a 199.1 Oppure (OR) <ul style="list-style-type: none"> ■ "Stadiazione condensata" valorizzata in assenza di diagnosi di dimissione principale identificata dai codici ICD-9-CM da 140.0 a 190.9 e da 193 a 199.1
diagnosiSecondarieDimissione	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9 oppure "V"]

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Diagnosi secondarie presenti al ricovero" non è valorizzata per ogni campo di diagnosi secondaria di dimissione compilata (codice ICD9-CM)
Lateralita	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo obbligatorio	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
	1348	Presenza di informazione in assenza di Diagnosi	Valorizzazione del campo in assenza di Diagnosi Secondaria presente al ricovero che prevede l'eventuale l'indicazione del lato
stadiazioneCondensata	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto
	1352	Stadiazione condensata secondaria incongruente con diagnosi di dimissione secondaria	"Stadiazione condensata" valorizzata in assenza di diagnosi di dimissione secondaria identificata dai codici ICD-9-CM da 140.0 a 190.9 e da 193 a 199.1
interventoPrincipale	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9]
interventoPrincipaleEsterno	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Intervento principale esterno" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale
	1346	Intervento principale esterno non congruente con trasferimenti	Intervento principale esterno = "1" in assenza di un trasferimento con codice unità operativa (<i>primi 6 caratteri</i>) <> da unità operativa di ammissione (<i>primi 6 caratteri</i>)
dataInterventoPrincipale	1312	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Data intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale
	1339	Data intervento principale incongruente con data ricovero e/o data dimissione	Data Intervento Principale < Data Ricovero o Data Intervento Principale > Data Dimissione o Morte
oraInterventoPrincipale	1320	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	1340	Data Ora Intervento Principale incongruente con data/ora ricovero e/o data/ora dimissione	Data e Ora intervento Principale non è compresa fra data/ora ricovero e data/ora dimissione solo con date [Il controllo data/ora viene effettuato solo se la Data dell'intervento Principale coincide con Data di Ammissione e Tipo ricovero<>4 oppure se coincide con Data Dimissione]
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Ora intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ
chirurgoInterventoPrincipale	1341	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 88 caratteri attesi
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Identificativo Chirurgo intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ
anestesistaInterventoPrincipale	1341	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 88 caratteri attesi
ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			1 = Sì 9 = Non Applicabile
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Check List Sala Operatoria intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ
Lateralita	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
	1349	Presenza di informazione in assenza di intervento	Valorizzazione del campo in assenza di Intervento Principale che prevede l'eventuale l'indicazione del lato
interventiSecondari	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9]
interventiSecondariEsterni	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Interventi secondari esterni" non è valorizzato se valorizzato Intervento secondario
	1342	Intervento secondario esterno non congruente con trasferimenti	Intervento secondario esterno = "1" in assenza di trasferimento con codice unità operativa (primi 6 caratteri) <> da unità operativa di ammissione (primi 6 caratteri)
dataInterventoSecondario	1312	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Data intervento secondario" non è valorizzato se valorizzato intervento secondario
	1343	Data intervento secondario incongruente con data ricovero e/o data dimissione	<ul style="list-style-type: none"> ■ data formalmente corretta ma maggiore di data dimissione ■ Tipo Ricovero <> "4" e Data Intervento Secondario < Data Ricovero
oralnizioInterventoSecondario	1320	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	1344	Data Intervento Secondario Ora	Data e Ora intervento Secondario non è compresa fra data/ora ricovero e

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
		incongruente con data/ora ricovero e data/ora dimissione	Tipo Ricovero <> 4" e data/ora dimissione [Il controllo data/ora viene effettuato solo se la Data dell'intervento Secondario coincide con Data di Ammissione e Tipo ricovero<>4 oppure se coincide con Data Dimissione]
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Ora intervento secondario" non è valorizzato se valorizzato Intervento Secondario di classificazione 4 AHRQ
chirurgoInterventoSecondario	1341	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 88 caratteri attesi
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Identificativo Chirurgo intervento secondario" non è valorizzato se valorizzato Intervento Secondario di classificazione 4 AHRQ
anestesistaInterventoSecondario	1341	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 88 caratteri attesi
ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Check List Sala Operatoria intervento secondario" non è valorizzato se valorizzato intervento secondario di classificazione 4 AHRQ
Lateralita	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
	1349	Presenza di informazione in assenza di Intervento	Valorizzazione del campo in assenza di Intervento Secondario che prevede l'eventuale l'indicazione del lato
rilevazioneDolore		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 0 = No 1 = Sì

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
pressioneArteriosaSistolica		Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 3 caratteri
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Pressione arteriosa sistolica" non è valorizzato in presenza di diagnosi principale o secondaria valorizzata con codice ICD9-CM 410.xx
	1345	Valore non consentito	Inserito un valore < 30 o > 300
creatininaSerica	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	[Viene segnalato errore se non vengono rispettati i seguenti criteri di compilazione: 1) intervento chirurgico principale o secondario con codice ICD9-CM = 36.1x o codice ICD9-CM da 35.1x a 35.2x 2) diagnosi principale o secondaria con codice ICD9-CM = 820.xx e Data Ricovero-Data di nascita >= 65 anni 3) intervento chirurgico principale o secondario con codici ICD-9 CM = a: 81.51, 81.52, 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55]
	1345	Valore non consentito	Inserito un valore negativo o > di 99,99
frazioneEiezione		Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 2 caratteri
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Frazione di eiezione" non è valorizzato in presenza di interventi chirurgici principali o secondari con codice ICD9-CM = 36.1x o con codice ICD9-CM da 35.1x a 35.2x
	1345	Valore non consentito	Inserito un valore non compreso tra 0 e 99

5 ALLEGATI

5.1 Codice identificativo del paziente: modalità di alimentazione

Per le seguenti categorie, il codice identificativo del paziente è identificato come segue:

- Per i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale: il codice fiscale, a 16 caratteri (legge 412/91) in input alla procedura di cifratura;
- Per i cittadini europei in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM): il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri, riportato sulla TEAM in input alla procedura di cifratura;
- Per i cittadini Europei non in possesso della TEAM e non iscrivibili al Servizio sanitario nazionale: il codice ENI (Europeo non iscritto) a 16 caratteri (Circolare Ministero della Salute 19 febbraio 2008) in input alla procedura di cifratura;
- Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno: il codice STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi D.P.R. 31.8.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000, n.5) in input alla procedura di cifratura;
- Per gli stranieri richiedenti protezione internazionale: il codice fiscale a 11 caratteri (D.Lgs 142/2015) in input alla procedura di cifratura;
- Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni: il campo deve essere compilato con il carattere "X" ripetuto 20 volte in input alla procedura di cifratura;

In tutti i casi, il campo deve essere compilato con allineamento a sinistra; se il codice da inserire in input alla procedura di cifratura è inferiore ai 20 caratteri, i restanti dovranno essere riempiti con spazi (blank).

5.2 Assegnazione del codice univoco nazionale ISS ("CUNI") da parte dei soggetti alimentanti il RIPI

Per analogia con le disposizioni di cui al DECRETO 7 dicembre 2016, n. 262 "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato. (17G00016) e in particolare alle disposizioni dell'art. 3, comma 1, lettera b), i sistemi informativi dei soggetti alimentanti il RIAP, mediante procedure automatiche eseguite successivamente alla verifica di validità del codice identificativo e preliminarmente alla trasmissione dei dati anagrafici al RIAP, sostituiscono i codici identificativi presenti nei tracciati di origine con i corrispettivi codici univoci prodotti da una funzione non invertibile e resistente alle collisioni. Tale funzione è rappresentata da un algoritmo di hash² che, applicato ad un codice identificativo (dato in input), produce un codice univoco (digest di output) dal quale non è possibile risalire al codice identificativo di origine. L'algoritmo di hash adottato è scelto dall'Istituto ed è condiviso tra tutti i soggetti alimentanti, al fine di rendere il codice univoco nazionale ISS (CUNI) così ottenuto, a fronte del codice identificativo dell'assistito, unico sul territorio nazionale, anche in caso di mobilità di questi ultimi (ad es. trattamenti sanitari fuori regione, cambi di residenza, etc.).

² La funzione di Hash dipenderà da una chiave di lunghezza adeguata alla dimensione e al ciclo di vita dei dati. (Si vedano in proposito le raccomandazioni ENISA contenute nel rapporto "Algorithms, Key Sizes and Parameters Report", October 2013 (<https://www.enisa.europa.eu/activities/identity-and-trust/library/deliverables/algorithms-key-sizes-and-parameteres-report>)).

5.3 Assegnazione del codice univoco nazionale avulso (CUNA)

Le procedure di cui agli articoli 3, commi 3 e 4 e art. 8, commi 3 e 4, lettera b) del DECRETO 7 dicembre 2016, n. 262, sono attuate in modo centralizzato dall'Istituto e sono abilitate dall'adozione di una componente infrastrutturale tecnologica denominata "piattaforma codice univoco nazionale avulso" che effettua la generazione ed assegnazione del codice univoco nazionale avulso (CUNA) agli assistiti appresentati dal codice identificativo nazionale ISS (CUNI). Tale operazione avviene contestualmente all'acquisizione dei tracciati dei dati anagrafici contenenti i codici univoci nazionali dell'Istituto, con le seguenti modalità operative:

- il CUNA è generato mediante l'adozione di una funzione di crittografia invertibile³, rappresentata da un algoritmo scelto dall'Istituto, del codice identificativo nazionale ISS (CUNI) ricevuto nei tracciati anagrafici;
- il CUNA è assegnato attraverso la diretta sostituzione del codice identificativo nazionale ISS (CUNI) all'interno del tracciato anagrafico di pertinenza con il CUNA;
- il CUNA è utilizzato come unico elemento identificativo dell'assistito nel corso di tutti i successivi trattamenti operati sul RIAP.
- La "piattaforma codice univoco nazionale avulso" si avvale per la funzionalità di cifratura di un dispositivo denominato Trusted Platform Module (TPM) che presenta le seguenti caratteristiche:
 - prevede una gestione automatizzata delle procedure di generazione, assegnazione ed utilizzo del codice univoco;
 - dispone di algoritmi di hashing e di cifratura simmetrica o asimmetrica volti all'elaborazione del codice univoco a partire dal codice univoco non invertibile e alla cifratura e decifratura dei codici identificativi per le deroghe concesse;
 - gestisce esclusivamente in un'area protetta della memoria i dati di input, rimuovendoli dalla stessa una volta applicate le tecniche crittografiche di pertinenza e calcolato pertanto i corrispettivi dati di output. Tale accorgimento preclude la potenziale costruzione di matrici di associazione 'dato di input - dato di output' che consentirebbero di rendere invertibili le elaborazioni eseguite senza conoscere la chiave degli algoritmi;
 - genera, memorizza e protegge per l'intero ciclo di vita, le chiavi che consentono il calcolo del codice univoco e la cifratura e decifratura dei codici identificativi per le deroghe concesse;
 - prevede l'autenticazione forte per gli amministratori della piattaforma che accedono al sistema esclusivamente per finalità di gestione e manutenzione (il sistema di autenticazione è integrato con il sistema di autenticazione dell'Istituto) e per gli utenti autorizzati ad accedere direttamente od indirettamente alle funzionalità di hashing, cifratura e decifratura.

Le operazioni di accesso da parte degli amministratori sono registrate e i dati relativi sono registrati in appositi file di log, al fine di evidenziare eventuali anomalie e/o utilizzi impropri, anche tramite specifici allarmi.

³ L'algoritmo definito potrà appartenere alle le tipologie note (ad es. AES256). La funzione di crittografia simmetrica dipenderà da una chiave di lunghezza adeguata alla dimensione e al ciclo di vita dei dati. (Si vedano in proposito le raccomandazioni ENISA contenute nel rapporto "Algorithms, Key Sizes and Parameters Report", October 2013 (<https://www.enisa.europa.eu/activities/identity-and-trust/library/deliverables/algorithms-key-sizes-and-parameteres-report>)).

Le informazioni registrate in tali file di log sono le seguenti:

- i dati identificativi del soggetto che ha effettuato l'accesso;
- la data e l'ora dell'accesso;
- l'operazione effettuata.

I predetti file di log sono conservati in modo sicuro e trattati in forma aggregata, salvo la necessità di verificare la correttezza e la liceità delle singole operazioni effettuate.

I file di log sono conservati per dodici mesi e cancellati alla scadenza.

5.4 Codici identificativi del chirurgo e dell'anestesista: modalità di alimentazione

Al livello regionale i codici identificativi relativi al chirurgo e all'anestesista sono oggetto del seguente, specifico trattamento, precedente all'invio dei dati al Ministero della salute. Le regioni e province autonome, mediante procedure automatiche procedono:

- 1) alla verifica di validità dei predetti codici identificativi, attraverso uno scambio informativo con il servizio fornito dal sistema Tessera Sanitaria, come descritto al paragrafo 5.5;
- 2) alla soluzione di eventuali casi di errore, precedentemente al passo 3 che segue;
- 3) alla sostituzione dei predetti codici identificativi con i corrispettivi codici univoci prodotti da una funzione non invertibile e resistente alle collisioni⁴. Tale funzione è rappresentata da un algoritmo di hash⁵ che, applicato ad un codice identificativo (dato in input), produce un codice univoco (digest di output) dal quale non è possibile risalire al codice identificativo di origine. L'algoritmo di hash adottato è definito dalla DGSISS del Ministero della salute ed è condiviso tra tutti i soggetti alimentanti, al fine di rendere il codice univoco non invertibile così ottenuto, a fronte del codice identificativo di input, unico sul territorio nazionale.

In particolare, si prevedono le seguenti specifiche tecniche:

- funzione di Hash irreversibile a 256 bit
- output 32 bytes – output 88 caratteri;

Per la generazione del codice identificativo del chirurgo e dell'anestesista si utilizzerà l'algoritmo HMAC-SHA-256 con digest di output codificato in Base64

5.5 Codici identificativi del chirurgo e dell'anestesista: procedura di verifica della validità

La procedura di verifica della validità del codice identificativo del chirurgo e dell'anestesista prevede uno scambio informativo con il servizio fornito dal sistema Tessera Sanitaria.

Il servizio viene invocato, preventivamente alla sostituzione del codice identificativo con il codice univoco non invertibile, dai Soggetti alimentanti il sistema.

Tale servizio, a fronte di un codice identificativo in ingresso, restituisce le informazioni inerenti la sua validità (valido o errato in quanto inesistente nella banca dati del sistema Tessera Sanitaria), utilizzando, limitatamente ai soli campi indicati di seguito, il tracciato definito nel disciplinare tecnico, allegato 1 del decreto 22 luglio 2005 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, attuativo del comma 9 dell'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nella sezione "Trasmissione dei dati relativi agli assistiti", come esposto nella tabella "Variazioni anagrafiche trasmesse dal Ministero dell'economia e delle finanze", integrato, a cura del Ministero dell'Economia e delle Finanze, dal campo A descritto in tabella:

⁴ Per il dominio rappresentato dalla totalità dei codici identificativi teoricamente possibili.

⁵ La funzione di Hash dipenderà da una chiave di lunghezza adeguata alla dimensione e al ciclo di vita dei dati. (Si vedano in proposito le raccomandazioni ENISA contenute nel rapporto "Algorithms, Key Sizes and Parameters Report", October 2013 (<https://www.enisa.europa.eu/activities/identity-and-trust/library/deliverables/algorithms-key-sizes-and-parameters-report>)).

Progressivo campo	Descrizione campo
6	Codice fiscale attuale
A	Informazione relativa alla presenza in banca dati del codice di cui si verifica la validità: 0 = Codice identificativo valido (presente in banca dati) 1 = Codice identificativo errato (non presente in banca dati)

Tabella 1 – Informazioni restituite nella procedura di verifica del codice fiscale del chirurgo e dell’anestesista

5.6 Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere

01	Allergologia	77	Nefrologia pediatrica
03	Anatomia ed istologia patologica	29	Nefrologia
05	Angiologia	48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)
51	Astanteria	62	Neonatologia
06	Cardiochirurgia pediatrica	76	Neurochirurgia pediatrica
07	Cardiochirurgia	30	Neurochirurgia
08	Cardiologia (a)	32	Neurologia (d)
09	Chirurgia generale	33	Neuropsichiatria infantile
10	Chirurgia maxillo facciale	75	Neuro-riabilitazione
11	Chirurgia pediatrica	31	Nido
12	Chirurgia plastica	34	Oculistica
13	Chirurgia toracica	35	Odontoiatria e stomatologia
14	Chirurgia vascolare	64	Oncologia
02	Day hospital (b)	65	Oncoematologia pediatrica
98	Day surgery (b)		
99	Cure palliative (m)	66	Oncoematologia
52	Dermatologia	36	Ortopedia e traumatologia
97	Detenuti	37	Ostetricia e ginecologia
18	Ematologia	38	Otorinolaringoiatria
54	Emodialisi		
55	Farmacologia clinica	39	Pediatria (e)
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	67	Pensionanti
58	Gastroenterologia	68	Pneumologia
21	Geriatrics	40	Psichiatria (f)
46	Grandi ustioni pediatriche	69	Radiologia
47	Grandi ustioni	70	Radioterapia
20	Immunologia (c)	74	Radioterapia oncologica
60	Lungodegenti	56	Recupero e riabilitazione funzionale (g)
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	71	Reumatologia
24	Malattie infettive e tropicali	49	Terapia intensiva (i)
25	Medicina del lavoro	73	Terapia intensiva neonatale
26	Medicina generale		
27	Medicina legale	42	Tossicologia
61	Medicina nucleare	50	Unità coronarica (l)
15	Medicina sportiva	28	Unità spinale
41	Medicina termale	43	Urologia
		78	Urologia pediatrica

a) utilizzare il codice 08 per il reparto o specialità di cardiologia, esclusi eventuali letti di unità coronarica; per quest'ultima, anche se inclusa nel reparto di cardiologia, utilizzare il codice 50.

b) da utilizzare per i reparti esclusivamente dedicati ad attività di day hospital/day surgery multispecialistico.

c) per immunoematologia utilizzare il codice 18.

- d) per psichiatria utilizzare il codice 40, per neuropsichiatria infantile il codice 33.
- e) per neonatologia utilizzare il codice 62.
- f) per neuropsichiatria infantile utilizzare il codice 33.
- g) per unità spinale utilizzare il codice 28; per la neuro-riabilitazione usare il codice 75.
- i) per l'unità intensiva cardiologica utilizzare il codice 50.
- l) codice da utilizzare anche se i letti sono inclusi in un reparto di cardiologia.
- m) codice da utilizzare per i ricoveri in regime diurno per cure palliative, in conformità con le indicazioni presenti nel "documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" approvato nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012.