



## SPECIFICHE FUNZIONALI

# SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera

**19 Dicembre 2017**  
**Versione 1.4**



## Indice

1. Introduzione.....	4
1.1 Storia del documento.....	4
1.2 Obiettivi del documento.....	5
1.3 Definizioni.....	6
1.4 Riferimenti.....	6
1.5 Ambito di rilevazione dei flussi informativi.....	6
2. Informazioni funzionali relative ai tracciati.....	7
2.1 Tracciati.....	7
2.2 Assunzioni di base.....	8
2.3 Tempi e modalità di invio.....	9
3. Descrizione funzionale dei tracciati record.....	9
3.1 Formato dei file.....	9
3.2 Tipo di dati.....	9
3.3 Avvertenze generali per la valorizzazione dei campi.....	10
3.4 Descrizione funzionale dei campi.....	10
3.5 Standard tecnologici per la predisposizione dei dati.....	10
3.6 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche.....	10
3.6.1 Diagramma struttura XML per TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche.....	12
3.6.2 Tracciato TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche - Definizione dei campi ..	13
3.7 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO B - Informazioni Ricovero.....	21
3.7.1 Diagramma struttura XML per TRACCIATO B - Informazioni Ricovero.....	24
3.7.2 Tracciato TRACCIATO B - Informazioni Ricovero - Definizione dei Campi.....	27
4. Tracciati XML - XSD.....	61
4.1 Controlli, validazione e invio file.....	61
4.2 Campi chiave dei dati trasmessi.....	61
4.3 Modalità di invio.....	62
4.4 Controllo e bilanciamento dei record SDO di anagrafe e di ricovero.....	62
4.5 Modalità di elaborazione flussi.....	62
4.6 Tracciato A - Informazioni Anagrafiche.....	63
4.6.1 Tracciato Informazioni Anagrafiche XML (Esempio).....	63
4.6.2 Tracciato Informazioni Anagrafiche XSD.....	63
4.6.3 Riepilogo controlli e codici anomalia.....	68
4.7 Tracciato B - Informazioni Ricovero.....	75
4.7.1 Tracciato Informazioni Ricovero XML (Esempio).....	75
4.7.2 Tracciato Informazioni Ricovero XSD.....	78
4.7.3 Riepilogo controlli e codici anomalia.....	95



5. Allegati.....	117
5.1 Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere.....	117



## 1. Introduzione

### 1.1 Storia del documento

Il presente documento recepisce lo schema del DM Integrazione e aggiornamento delle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera e lo completa con le variabili di interesse regionale. Sono state riportate le date per le diverse fasi di attuazione a seguito dei tavoli tecnici regionali.

<i>Versione:</i>	<i>Data:</i>	<i>Sintesi variazioni:</i>
1.1	10 Febbraio 2017	Prima emissione
1.2	03 Marzo 2017	<p><i>Seconda versione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capitolo 2.3 Tempi e modalità di invio: Decorrenza validità disciplinare.</li> <li>• Capitolo 3.7 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO B – Informazioni Ricovero: Aggiunti nuovi campi: Valutazione multidisciplinare, Valutazione multidimensionale, Scala Barthel in ingresso, Scala Barthel in uscita;</li> <li>• 3.7.1 Diagramma struttura XML per TRACCIATO B – Informazioni Ricovero Aggiunta nuove variabili al diagramma;</li> <li>• 3.7.2 Tracciato TRACCIATO B – Informazioni Ricovero – Definizione dei Campi Modifica su campi: Esito Controllo svolto dal CVPS e Tipologia del controllo svolto dal CVPS; Inserimento campi: Valutazione multidisciplinare, Valutazione multidimensionale, Scala Barthel in ingresso, Scala Barthel in uscita;</li> <li>• 4.1 Controlli, validazione e invio file: Modifica dei contenuti;</li> <li>• 4.6.2 Tracciato Informazioni Anagrafiche XSD: Correzione errori sui TAG;</li> <li>• 4.6.3 Riepilogo controlli e codici anomalia: Modifiche sulle specifiche dei controlli;</li> <li>• 4.7.1 Tracciato Informazioni Ricovero XML (Esempio): Inserimento TAG nuovi campi;</li> <li>• 4.7.2 Tracciato Informazioni Ricovero XSD: Inserimento nuovi campi.</li> </ul>
1.3	20 Aprile 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.6.2 Tracciato TRACCIATO A – Informazioni Anagrafiche – Definizione dei campi;</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.7.2 Tracciato TRACCIATO B – Informazioni Ricovero – Definizione dei Campi;</li> <li>• 4.6.2 Tracciato Informazioni Anagrafiche XSD;</li> <li>• 4.7.2 Tracciato Informazioni Ricovero XSD;</li> <li>• 4.7.3 Riepilogo controlli e codici anomalia.</li> </ul>
1.4	19 Dicembre 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.4 Riferimenti</li> <li>• 3.7.2 Tracciato TRACCIATO B – Informazioni Ricovero – Definizione dei Campi</li> <li>• 4.6.3 Riepilogo controlli e codici anomalia</li> <li>• 4.7.3 Riepilogo controlli e codici anomalia</li> </ul>

## 1.2 Obiettivi del documento

Il presente documento definisce le specifiche tecniche del flusso informativo per l'alimentazione del sistema informativo sui dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati della Regione Marche, a seguito dell'approvazione del Decreto del Ministro della salute condiviso nel corso della Cabina di Regia del 24 marzo 2015, che integra le informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera e disciplina il relativo flusso informativo al fine di adeguare il contenuto informativo della SDO alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria. 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.

In sintesi gli obiettivi del documento sono:

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

Questa e le successive versioni del presente documento di specifiche tecniche saranno disponibili nell'area documentazione del GAF dell'Agenzia Regionale Sanitaria (<https://gaf.sanita.marche.it/Documentazione.aspx>).



### 1.3 Definizioni

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

#	Acronimo / Riferimento	Definizione
1	NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
2	LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
3	XML	eXtensible Markup Language
4	XSD	XML Schema Definition
5	SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
6	SSN	Sistema Sanitario Nazionale
7	MdS	Ministero della Salute
8	MRA	Monitoraggio Rete di Assistenza
9	DH	Day Hospital
10	RO	Regime Ordinario
11	TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
12	GAF	Gestione Accoglienza Flussi

### 1.4 Riferimenti

#	Riferimento	Descrizione
1	Decreto del Ministro della Salute n.261 del 7 Dicembre 2016 recante "Modifiche 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	DGR 498 del 10/04/2012 recante "Sistema di monitoraggio periodico per la verifica del rispetto della tempistica, della completezza e della qualità dei flussi informativi"	Sistema di monitoraggio periodico per la verifica del rispetto della tempistica, della completezza e della qualità dei flussi informativi
3	Decreto del Ministro della Salute n.262 del 07/12/2016.	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 (Decreto del Ministro della Salute n.262).
4	SPECIFICHE MINISTERO 1.6.5 del 04 Settembre 2017	Aggiornamento delle specifiche funzionali ministeriali alla versione 1.6.5

### 1.5 Ambito di rilevazione dei flussi informativi



Il Sistema SDO è alimentato con informazioni sintetiche e fedeli della cartella clinica per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati, così come definito all'art. 1 del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni, recante "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati".

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.

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



Gli Enti del SSR inviano i dati del flusso SDO esclusivamente in modalità elettronica, in due tracciati distinti, di seguito indicati:

TRACCIATO A - che contiene le informazioni di carattere anagrafico;

TRACCIATO B - che contiene le informazioni relative al ricovero.

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 ogni 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 i singoli tracciati sono enunciate nella descrizione dei tracciati stessi.





## 2.3 *Tempi e modalità di invio*

L'invio avviene mensilmente, entro i termini riportati nella seguente tabella:

<b>Scadenza invio</b>	<b>Periodo da trasmettere</b>
28 Febbraio anno in corso	Gennaio
31 Marzo anno in corso	Gennaio - Febbraio
30 Aprile anno in corso	Gennaio - Marzo
31 Maggio anno in corso	Gennaio - Aprile
30 Giugno anno in corso	Gennaio - Maggio
31 Luglio anno in corso	Gennaio - Giugno
31 Agosto anno in corso	Gennaio - Luglio
30 Settembre anno in corso	Gennaio - Agosto
31 Ottobre anno in corso	Gennaio - Settembre
30 Novembre anno in corso	Gennaio - Ottobre
30 Dicembre anno in corso	Gennaio - Novembre
24 Gennaio anno seguente	Gennaio - Dicembre (1° invio)
15 Marzo anno seguente	Gennaio - Dicembre (definitivo)

Gli Enti del SSR devono obbligatoriamente inviare i tracciati relativi ai dimessi delle proprie strutture attraverso l'applicativo regionale di Gestione e Accoglienza Flussi (GAF). L'ASUR provvede inoltre all'invio dei tracciati relativi ai dimessi delle strutture private accreditate. L'accesso sarà consentito solo agli utenti preventivamente registrati e abilitati su sistema Fed-Cohesion.

Le informazioni di cui al punto 1.5 del presente documento sono trasmesse dagli Enti del SSR alla Regione Marche a decorrere dal 31/10/2017, che a sua volta provvede alle necessarie verifiche sulla completezza e qualità delle informazioni trasmesse.

Dal 1° gennaio 2018 il conferimento dei suddetti dati è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 23 marzo 2005.

## 3. **Descrizione funzionale dei tracciati record**

### 3.1 *Formato dei file*

I file da inviare alla Regione Marche sono in formato XML, in base alle caratteristiche dei file XSD. I file che non rispettano le caratteristiche del 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 [3.6.2](#) e [3.7.1](#) 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 XML per il tracciato TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche

Il tracciato “TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche” comprende le informazioni di carattere anagrafico che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente.

Di seguito viene riportato il tracciato record “TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche”.

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

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

Tracciato	Nodo di riferimento	Campo
	Informazioni Anagrafiche	Codice istituto di cura ( <b>CHIAVE DEL RECORD</b> )
		Numero progressivo della scheda SDO ( <b>CHIAVE DEL RECORD</b> )
		Numero progressivo scheda SDO della puerpera
		Sesso
		Data di nascita
		Comune di nascita
		Livello di istruzione
		Stato civile
		Comune di residenza
		Cittadinanza



Tracciato	Nodo di riferimento	Campo
		Codice identificativo del paziente
		Regione di residenza
		ASL di residenza
		Azienda erogatrice
		Cognome paziente
		Nome paziente

Il dominio dei contenuti informativi, quindi i valori ammessi, è specificato nel paragrafo 3.6.2 riportante la tabella della definizione dei campi.

Nel paragrafo 4.6.2 è riportato un esempio di schema xsd dove sono definiti i valori consentiti per ogni campo.



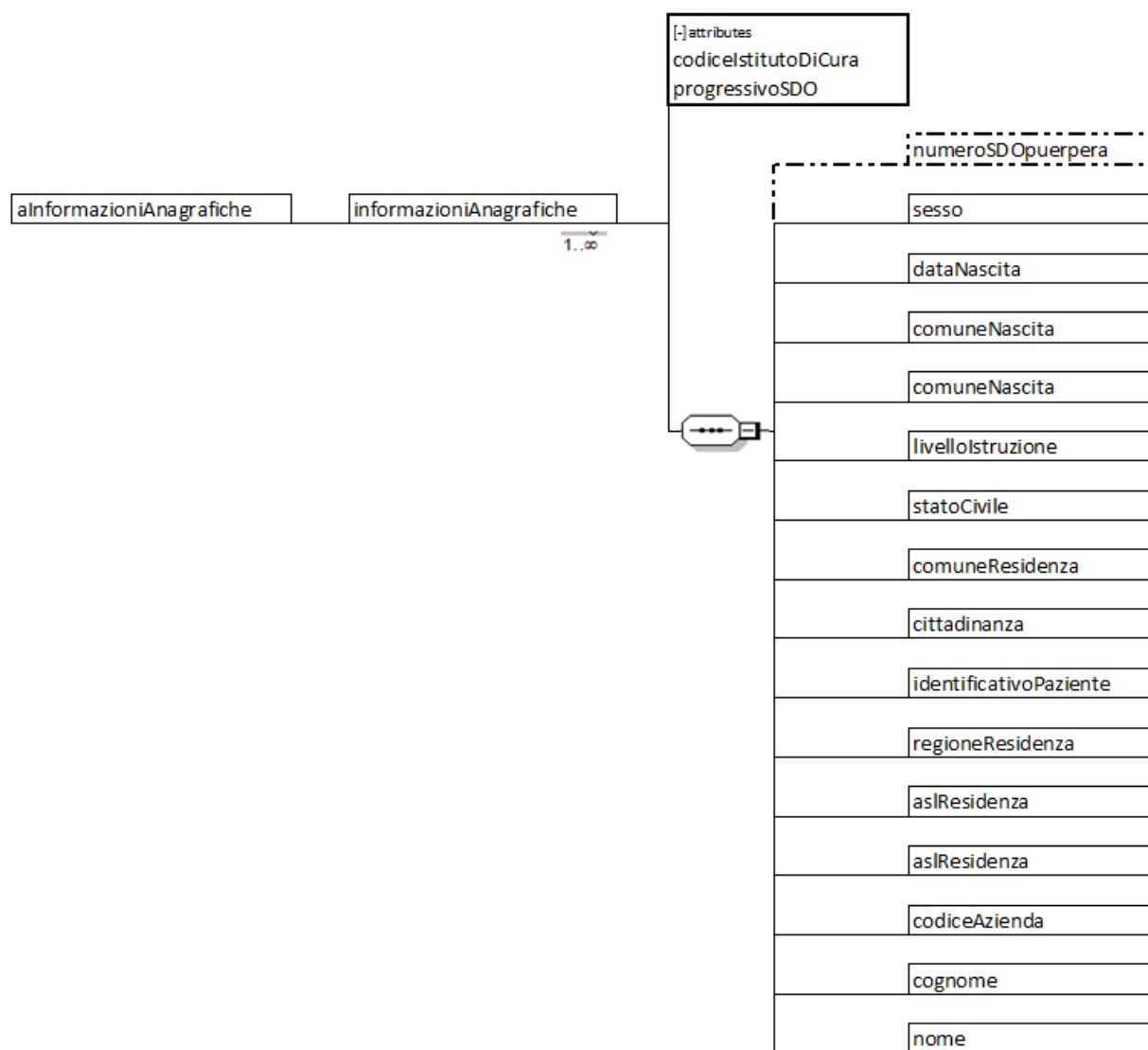
### 3.6.1 Diagramma struttura XML per TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche

Di seguito si presenta lo schema del flusso relativo al tracciato TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche.

L'header (record di testa del documento) è *Informazioni Anagrafiche*.

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.

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.





### 3.6.2 Tracciato TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche - Definizione dei campi

Si riporta di seguito il tracciato delle informazioni richieste. Con “nodo di riferimento” si identifica il raggruppamento di un insieme di informazioni relative alla tematica assunta come nodo.

Si specificano, inoltre, le caratteristiche che le informazioni devono possedere per rendere il flusso univoco ed omogeneo su tutto il territorio regionale , 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)	



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni anagrafiche	Codice Istituto di Cura	Indica l'istituto di cura pubblico o privato	N	OBB	<b>CAMPO CHIAVE</b> Formato: NNNNNNNN 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). 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"	8
	Numero progressivo della scheda SDO	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica	N	OBB	<b>CAMPO CHIAVE</b> Formato: NNNNNNNN Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: <ul style="list-style-type: none"><li>• i primi due identificano l'anno di ricovero;</li><li>• gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura</li></ul> 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.	8



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Numero progressivo scheda SDO della puerpera	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica della scheda SDO della madre relativa al parto.	N	NBB <i>(Obbligatorio solo nel caso si tratti della SDO di un neonato relativa all'evento della sua nascita ovvero Provenienza del paziente="01")</i>	Formato: NNNNNNNN Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: <ul style="list-style-type: none"> <li>i primi due identificano l'anno di ricovero;</li> <li>gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura.</li> </ul> <i>Questo campo deve essere compilato con valore "99999999" nel caso in cui la madre richieda l'anonimato o il neonato venga dato in adozione.)</i>	8
	Sesso	Sesso del paziente	N	OBB	Formato: N Valori ammessi: 1 = maschio 2 = femmina 9 = non definito	1
	Data di Nascita	Data di nascita del paziente	AN	OBB	Formato: AAAA-MM-GG La data di Nascita non deve essere successiva alla Data di Ricovero. La differenza tra anno, mese e giorno di nascita e anno, mese e giorno di dimissione non può essere superiore a 125 anni. <ul style="list-style-type: none"> <li>Per i ricoveri riferiti all'evento nascita il campo "Provenienza del Paziente" deve essere uguale a "01"</li> </ul>	10



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Comune di nascita	Comune di nascita del paziente o, nel caso di paziente nato all'estero, Stato estero di nascita.	AN	OBB	<p>Formato: NNNNNN</p> <p>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.</p> <p>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 <a href="http://www.istat.it/it/archivio/6789">http://www.istat.it/it/archivio/6789</a>)</p>	6
	Livello di Istruzione	Titolo di studio del paziente al momento del ricovero	N	OBB	<p>Formato: N</p> <p>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</p>	1
	Stato civile	Stato civile del paziente al momento del ricovero	N	OBB	<p>Formato: N</p> <p>Valori ammessi: 1 = Celibe/Nubile 2 = Coniugato/a 3 = Separato/a 4 = Divorziato/a 5 = Vedovo/a 6 = Non dichiarato</p>	1





Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Comune di residenza	Comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, Stato estero di residenza, al momento del ricovero	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 codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT. 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. 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.	6
	Cittadinanza	Cittadinanza del paziente al momento del ricovero	N	OBB	Formato: NNN Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza è il seguente: • 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.	3



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Codice identificativo del paziente	Codice identificativo del paziente al momento del ricovero	AN	OBB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice fiscale, a 16 caratteri (legge 412/91);</li> <li>• Per i cittadini europei in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) riportare il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri, riportato sulla TEAM;</li> <li>• Per i cittadini Europei non in possesso della TEAM e non iscrivibili al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice ENI (Europeo non iscritto) a 16 caratteri (Circolare Ministero della Salute 19 febbraio 2008);</li> <li>• Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato 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);</li> <li>• <b>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</b> così costituito: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ i primi 3 caratteri valorizzati sempre con GIU;</li> <li>○ i successivi 13 caratteri valorizzati con un progressivo numerico;</li> </ul> </li> <li>• Per gli stranieri richiedenti la protezione internazionale (D.Lgs. n. 142 del 18/08/2015 e circolare n.8 Agenzia delle Entrate prot. AGE.AGEDC001.REGISTRO UFFICIALE.0119143.26-07-2016-U): Il numero di codice fiscale provvisorio delle persone fisiche è costituito da una espressione numerica di undici cifre.</li> <li>• Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere compilato con il carattere "X" ripetuto 20 volte;</li> </ul> <p>Il campo deve essere compilato con allineamento a sinistra; se il codice è inferiore ai 20 caratteri disponibili, riempire i restanti con spazi.</p>	20



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Regione di Residenza	La regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente al momento del ricovero	N	OBB	<p>Formato: NNN</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
	ASL di Residenza	ASL che comprende il comune, o la frazione di comune in cui risiede l'assistito al momento del ricovero	N	OBB	<p>Formato NNN</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 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> <p>Per tutti i comuni marchigiani utilizzare il codice "201".</p>	3
	Codice Azienda	Codice dell'Azienda Sanitaria nel cui territorio è ubicata la struttura oppure Codice dell'Azienda Ospedaliera/INRCA	N	OBB	<p>Codice a tre cifre identificativo dell'azienda sanitaria che trasmette il dato relativo alla prestazione.</p> <p>Valori ammessi: 201=ASUR 901=AO Marche NORD 905=AO OSP. Riuniti 921=INRCA</p>	3



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Cognome	Cognome del paziente.	AN	OBB	La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO è riservata ai seguenti casi coperti da riservatezza: - pazienti affetti da HIV in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 042 o V08 - pazienti affetti da dipendenza a sostanze stupefacenti: in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 303xx o 304xx - in caso di parto senza riconoscimento del nuovo nato: in presenza di DRG da 370 a 375 - in caso di aborto: in presenza di diagnosi principali o secondarie con codice 635xx	30
	Nome	Nome del paziente.	AN	OBB	(vedi regole sul cognome)	30



### 3.7 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO B - Informazioni Ricovero

Il tracciato TRACCIATO B - Informazioni Ricovero comprende le informazioni relative al ricovero ospedaliero di un paziente.

Di seguito viene riportato il tracciato record TRACCIATO B - 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:

Tracciato	Nodo di riferimento	Campo
B - Informazioni Ricovero	Informazioni Ricovero	Codice istituto di cura (CHIAVE DEL RECORD)
		Numero progressivo della scheda SDO (CHIAVE DEL RECORD)
		Regime di ricovero
		Data di prenotazione
		Classe di priorità
		Data di ricovero
		Ora di ricovero
		Unità operativa di ammissione
		Onere della degenza
		Provenienza del paziente
		Tipo di ricovero
		Traumatismi o intossicazioni
		Codice causa esterna
	Trasferimenti	Data trasferimento
		Ora trasferimento
		Unità operativa trasferimento
	Dimissione	Unità operativa di dimissione
		Data di dimissione o morte
		Ora di dimissione o morte
		Modalità di dimissione
	Informazioni Ricovero	Riscontro autoptico
		Motivo del ricovero in regime diurno
		Numero di giornate di presenza in ricovero diurno
		Peso alla nascita
	Diagnosi principale	Diagnosi principale di dimissione
		Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero
		Stadiazione condensata
Lateralità		
Diagnosi secondarie	Diagnosi secondarie di dimissione	



Tracciato	Nodo di riferimento	Campo	
		Diagnosi secondarie presenti al ricovero	
		Stadiazione condensata	
		Lateralità	
	Intervento principale	Intervento principale	
		Intervento principale esterno	
		Data intervento principale	
		Ora inizio intervento principale	
		Identificativo chirurgo intervento principale	
		Identificativo anestesista intervento principale	
		Check list sala operatoria intervento principale	
		Lateralità	
		Interventi secondario	Interventi secondari
			Interventi secondari esterni
	Data intervento secondario		
	Ora inizio intervento secondario		
	Identificativo chirurgo intervento secondario		
	Identificativo anestesista intervento secondario		
	Check list sala operatoria intervento secondario		
	Lateralità		
	Informazioni Ricovero	Rilevazione del dolore	
		Pressione arteriosa sistolica	
		Creatinina serica	
		Frazione eiezione	
		Altra attività effettuata nell'ambito del ricovero	
		Numero di organi espantati da cadavere	
		Giornate di degenza ricoveri ordinari	
		DRG	
		Importo a carico del SSR	
		Tariffa DRG	
		Tariffa aggiuntiva DRG	
		Quota a carico dell'utente	
		Esito Controllo CVPS	
		Tipo Controllo CVPS	
Importo abbattimento CVPS			
Valutazione multidisciplinare			
Valutazione multidimensionale			
Scala Barthel in ingresso			
Scala Barthel in uscita			



Il dominio dei contenuti informativi, quindi i valori ammessi, è specificato nel paragrafo 3.7.2 riportante la tabella della definizione dei campi.

Nel paragrafo 4.7.2 è riportato un esempio di schema xsd dove sono definiti i valori consentiti per ogni campo.



### 3.7.1 Diagramma struttura XML per TRACCIATO B - Informazioni Ricovero

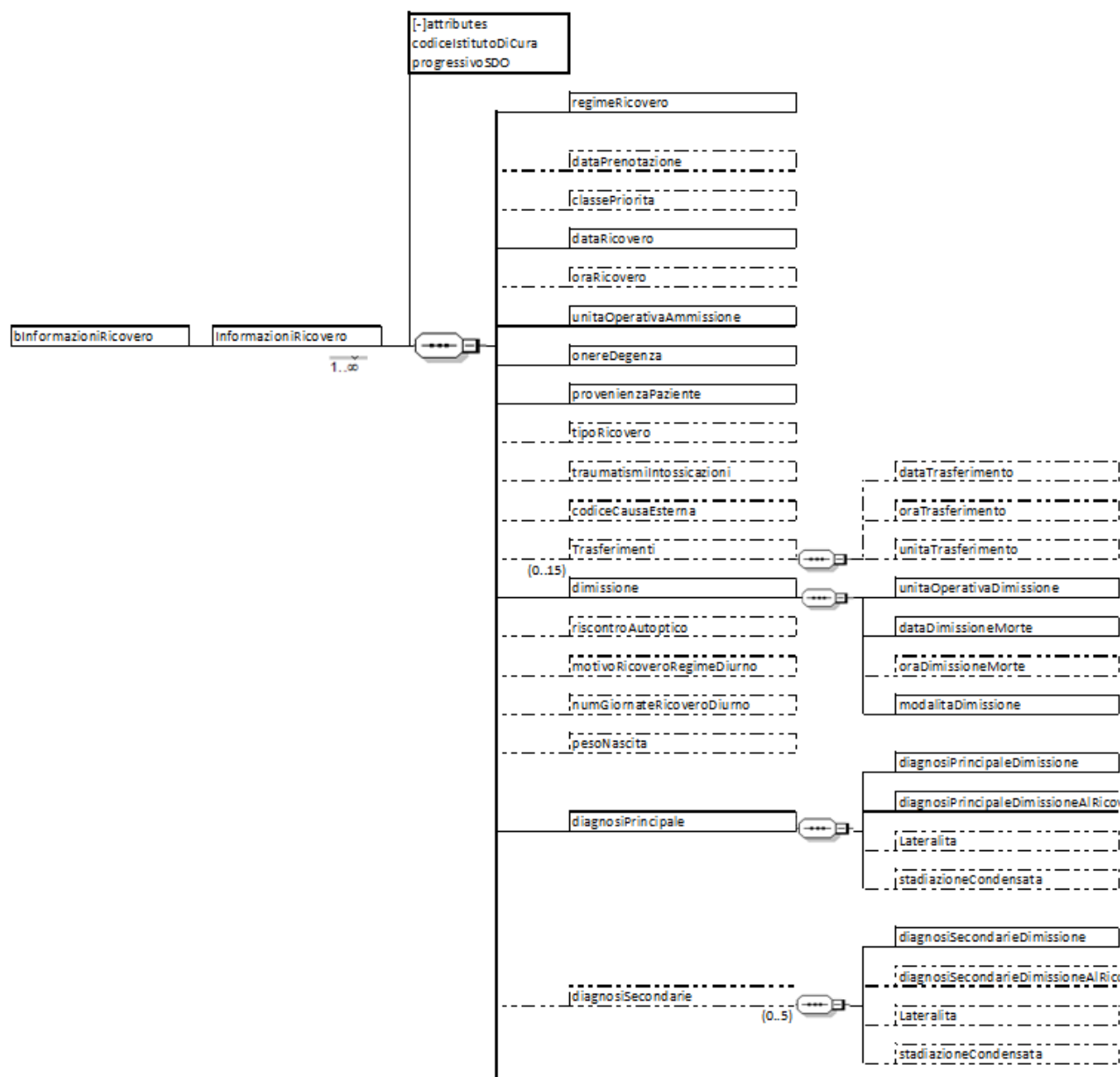
Di seguito si presenta lo schema del flusso relativo al tracciato TRACCIATO B - Informazioni Ricovero.

*L'header* (record di testa del documento) è *Informazioni Ricovero*.

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 omissivo.









### 3.7.2 Tracciato TRACCIATO B - Informazioni Ricovero - Definizione dei Campi

Si riporta di seguito il tracciato delle informazioni richieste. Con “nodo di riferimento” si identifica il raggruppamento di un insieme di informazioni relative alla tematica assunta come nodo.

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*.  
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)	



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
<b>Informazioni Ricovero</b>	Codice Istituto di Cura	Indica l'istituto di cura pubblico o privato	N	OBB	<p><b>CAMPO CHIAVE</b> 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
	Numero progressivo della scheda SDO	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica	N	OBB	<p><b>CAMPO CHIAVE</b> Formato: NNNNNNNN</p> <p>Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i primi due identificano l'anno di ricovero;</li> <li>• gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura</li> </ul> <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>	8



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Regime di Ricovero	Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" e "ricovero diurno"	N	OBB	<p>Formato: N</p> <p>Valori ammessi: 1 = Ricovero ordinario 2 = Ricovero diurno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni: si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato;</li> <li>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;</li> <li>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.</li> </ul>	1
	Data di Prenotazione	<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>	AN	<p>NBB</p> <p>(obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2 o se Regime di Ricovero = 1 e Tipo Ricovero = 1 o Tipo Ricovero = 4)</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>	10



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Classe di priorità	Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nell' Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002	AN	NBB <i>(obbligatorio se valorizzata Data di Prenotazione)</i>	Formato: N  Valori ammessi: 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. 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. C = Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. D = Ricovero senza attesa definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.  La classe di priorità non si compila per tipo ricovero "5" - parto non urgente.	1



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



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Unità operativa di ammissione	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.	N	OBB	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNN</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"> <li>• i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma,</li> <li>• i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale,</li> <li>• 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";</li> <li>• gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera;</li> <li>✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.</li> </ul> </li> <li>o Per le case di cura private (modello HSP13) <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera;</li> <li>✓ per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00".</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Si rimanda all'elenco delle discipline, di cui all'allegato <u>Tabella1</u>: CODICI DELLE SPECIALITÀ CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.</p>	12





Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Onere Degenza	della 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.	AN	OBB	FORMATO = N  Valori 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; 5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione); 6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera); 7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN; 8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; 9 = altro.	1



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Provenienza del paziente	La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero.	N	OBB	<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>	2



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Tipo di ricovero	Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario individua 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.	N	NBB <i>(obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e Provenienza del Paziente &lt;&gt; "01")</i>	<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>	1
	Traumatismi o Intossicazioni	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)	N	NBB <i>(obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di Ammissione &lt;&gt; 56, 60, 28 e 75)</i>	<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>	1



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Codice Esterna Causa	Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo o dell'intossicazione 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).	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di Ammissione <> 56, 60, 28 e 75))	FORMATO = ENNNN)  In tale campo dovrà essere inserito un codice E della Classificazione ICD-9-CM versione correntemente in uso. 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)	4/5



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
<b>Trasferimenti</b> (NB: Possono essere inseriti da 1 a 15 trasferimenti, sia interni che esterni, relativamente ad un singolo ricovero)	Data Trasferimento	<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>	AN	<p>NBB (obbligatoria 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>	10
	Ora Trasferimento		AN	<p>NBB (obbligatoria se valorizzata Data Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e Regime di Ricovero=1)</p>	<p>Formato: OO:MM</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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</li> <li>■ 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</li> </ul>	5



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Unità Operativa Trasferimento		N	NBB (obbligatoria se valorizzato Data Trasferimento o Ora Trasferimento e Regime di Ricovero=1)	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNN</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"> <li>• i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma,</li> <li>• i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale,</li> <li>• 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";</li> <li>• gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/ disciplina ospedaliera;</li> <li>✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.</li> </ul> </li> <li>o Per le case di cura private (modello HSP13) <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/ disciplina ospedaliera;</li> <li>✓ per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00".</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <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>	12



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
<b>Dimissione</b>	Unità operativa di dimissione	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.	N	OBB	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNN</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).</p> <p>Il codice a 12 caratteri è così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma,</li> <li>• i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale,</li> <li>• 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";</li> <li>• gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/ disciplina ospedaliera;</li> <li>✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.</li> </ul> </li> <li>o Per le case di cura private (modello HSP13) <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/ disciplina ospedaliera;</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00".</li> </ul> <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 SPECIALITÀ CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.</p>	12



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Data di dimissione o morte	Indica la data di dimissione o di decesso del paziente	AN	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
	Ora di dimissione o morte	Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora del decesso.	AN	NBB <i>(obbligatoria se valorizzato Regime di Ricovero = 1)</i>	<p>Formato: OO:MM</p> <p>Inserire l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora di morte.</p>	5





Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Modalità di dimissione	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.	AN	OBB	<p>FORMATO: NN</p> <p>Valori 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 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</p>	2
<b>Informazioni Ricovero (segue)</b>	Riscontro autoptico	Individua i pazienti deceduti durante il ricovero per i quali è stata effettuata l'autopsia.	N	NBB <i>(obbligatorio se valorizzato Modalità di Dimissione = "01")</i>	<p>FORMATO: N</p> <p>Valori ammessi:            1 = autopsia eseguita            2 = autopsia non eseguita</p> <p>Deve essere compilato se e solo se modalità di dimissione = '01'</p>	1



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Motivo del ricovero in regime diurno	Indica se il ricovero in regime diurno è effettuato a scopo diagnostico, chirurgico, terapeutico o riabilitativo.	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2)	<p>FORMATO: N</p> <p>Valori ammessi: 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up) 2 = ricovero diurno chirurgico 3 = ricovero diurno terapeutico 4 = ricovero diurno riabilitativo</p> <p>Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 della variabile "regime di ricovero")</p>	1
	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno	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 (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2)	<p>FORMATO: NNN</p> <p>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.</p> <p>Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 della variabile "regime di ricovero")</p>	3
	Peso alla nascita	Indica il peso rilevato al momento della nascita e riportato nella scheda di dimissione relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita.	N	NBB (obbligatorio se provenienza del paziente = "01")	<p>FORMATO: NNN</p> <p>Peso rilevato al momento della nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.</p> <p>Va rilevato il peso in grammi</p>	4



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
<b>Diagnosi Principale</b>	Diagnosi principale dimissione di	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.	AN	OBB	<p>FORMATO: ANN(NN) La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 996.30 e non 996.3 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>	3/5
	Diagnosi principale dimissione presente al 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	<p>FORMATO: N</p> <p>Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì</p>	1



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Lateralità	Ove applicabile specificare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	FORMATO: N  Valori ammessi:  1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
	Stadiazione condensata	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>(obbligatorio 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



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
<p><b>Diagnosi Secondarie</b> NB: (Possono essere inserite da 1 a 5 diagnosi secondarie)</p>	Diagnosi secondarie di dimissione	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.	AN	FAC	<p>FORMATO: ANN(NN) 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>	3/5
	Diagnosi secondarie presenti al ricovero	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.	N	NBB (obbligatorio per ogni campo di diagnosi secondaria di dimissione compilata)	<p>FORMATO: N</p> <p>Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì</p>	1



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Lateralità	Ove applicabile specificare se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
	Stadiazione condensata 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: 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



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
<b>Intervento Principale</b>	Intervento Principale	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.)	AN	FAC	<p>FORMATO: NNN(N)</p> <p>La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 55.91 e non 55.9</p> <p>L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero individuata secondo i seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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.);</li><li>2. nel caso in cui siano segnalate sia procedure chirurgiche sia procedure diagnostiche o terapeutiche, riportare sempre prima le procedure chirurgiche;</li><li>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;</li><li>4. in caso di parto.</li></ol> <p>L'intervento principale 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).</p>	3/4



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Intervento principale esterno	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 (obbligatorio se valorizzato Intervento Principale)	FORMATO: N  Valori ammessi:  0 = No 1 = Sì	1
	Data intervento principale	Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento principale.	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato Intervento Principale)	Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG	10
	Ora inizio intervento principale	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).	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato Intervento Principale)	FORMATO: OO: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.	5





Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Identificativo Chirurgo intervento principale NB: (Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio)	Individua il chirurgo responsabile dell'intervento principale.	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ)	Codice fiscale del chirurgo.  Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ)  Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio.	16
	Identificativo Anestesista intervento principale	Individua l'anestesista dell'intervento principale.	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ)	Codice fiscale dell'anestesista.  Per quanto riguarda l'identificativo dell'anestesista, è obbligatorio solo per le categorie AHRQ 4, ma è possibile compilare il dato anche per altre procedure (facoltativamente, non obbligatoriamente);	16
	Check List Sala Operatoria intervento principale	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 se valorizzato Intervento Principale 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



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Lateraltà	Ove applicabile specificare se l'intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	FORMATO: N  Valori ammessi:  1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
<b>Interventi Secondari</b>  NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)	Interventi secondari	Ulteriori procedure oltre all'intervento principale.	AN	FAC	FORMATO: NNN(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
	Interventi secondari esterni	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>(obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato)</i>	FORMATO: N  Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Data intervento secondario	Indica la data dell'intervento secondario per ogni campo di intervento compilato.	AN	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato)	Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG  N.B. Per i ricoveri con preospedalizzazione - TIPO_RICOVERO = 4 la data delle procedure eseguite può essere anteriore alla data di ricovero	10
	Ora inizio intervento secondario	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).	AN	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato)	Formato: OO: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 secondario".  In presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.	5
	Identificativo Chirurgo intervento secondario  NB: (Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio)	Individua il chirurgo responsabile dell'intervento secondario.	AN	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato di classificazione 4 AHRQ))	Codice fiscale del chirurgo.  Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ)  Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio	16



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Identificativo Anestesista intervento secondario	Individua l'anestesista dell'intervento secondario.	AN	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato di classificazione 4 AHRQ))	Codice fiscale dell'anestesista.  Per quanto riguarda l'identificativo dell' anestesista, è obbligatorio solo per le categorie AHRQ 4, ma è possibile compilare il dato anche per altre procedure (facoltativamente, non obbligatoriamente);	16
	Check List Sala Operatoria intervento secondario	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
	Lateralità	Ove applicabile specificare se l'intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	FORMATO: N  Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
<b>Informazioni Ricovero (segue)</b>	Rilevazione del dolore	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
	Pressione arteriosa sistolica	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)	N	NBB <i>(obbligatorio se presente diagnosi - principale o secondaria - valorizzata con codice ICD9-CM 410.xx).</i>	FORMATO: NNN 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.	3



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Creatinina serica	Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL)	N	NBB <i>(obbligatorio se valgono le condizioni specificate nelle informazioni di dominio)</i>	<p>FORMATO: NN,NN</p> <p>Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) <b>valore massimo accettabile 99.99 mg/dL.</b></p> <p>Il campo deve essere compilato nei seguenti casi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>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 ricovero in ospedale;</li><li>3) 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.</li></ol>	1/5



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Frazione di eiezione	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).	N	NBB (obbligatorio se rilevato intervento - principale o secondario - valorizzato con codice ICD9-CM 36.1x o 35.1x-35.2x).	FORMATO: NN  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.	2



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Altra attività effettuata nell'ambito del ricovero	Indica la presenza di una particolare attività all'interno della SDO	N	OBB	Valori ammessi: 0 = nessuna attività 1 = espianto di organo da cadavere per trapianto 2 = impianto di cuore artificiale 3 = assistenza alberghiera per il genitore che assiste il bambino ricoverato 4 = impianto di protesi (Allegato 3 D.G.R. n. 1621 del 10.09.2002 5= Osservazione, prelievo e trasporto effettuate all'interno della Regione sede del trapianto(TU Mob. Sanitaria) 6= Osservazione, prelievo e trasporto effettuate in una Regione diversa da quella sede del trapianto(TU Mob. Sanitaria) 7=Paziente inviato in lungodegenza dagli stabilimenti dei Presidi unici di AV (ex ospedali di rete) e dalle AO/INRCA, con tariffa aggiuntiva di € 16 giornaliera per i primi 20 giorni di degenza (DRG 1291 del 2014) 8=Ricovero in DH oncologico concomitante con la somministrazione di farmaci oncologici (Abbattimento del 90% della tariffa)	1
	Numero di organi espantati da cadavere	Indica il numero di organi espantati e/o tessuti prelevati	N	OBB	Valori ammessi: da 0 a 9	1
	Giornate di degenza ricoveri ordinari	Indica le effettive giornate trascorse durante il ricovero ordinario	N	OBB	Vanno indicate le giornate di degenza relative allo specifico episodio di ricovero normalmente corrispondenti alla differenza tra la data di dimissione e la data di ricovero (esclusi eventuali giorni di permesso ex DGR n. 926 del 19.04.1999) per i ricoveri di un giorno va indicato obbligatoriamente il valore 1. In caso di DH il campo assume valore 0. Valori ammessi: da 0 a 999	3





Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	DRG	Diagnosis Related Groups	N	OBB	FORMATO: NNN Formato da "000" a "999" Indica il DRG risultante dalla elaborazione dei dati con la versione in vigore del Grouper	3
	Importo ricovero	Importo degenza a carico del S.S.R.	N	OBB	L'importo è calcolato come sommatoria dei campi "Tariffa DRG" + "Tariffa aggiuntiva" - "Quota a carico dell'utente" - "Abbattimento CVPS" l'importo va indicato in EURO con due cifre decimali separate dal punto. Formato da "000000.00" a "999999.99"	9
	Tariffa DRG	Importo economico secondo il tariffario in vigore	N	OBB	Indica la tariffa del DRG valorizzato secondo gli atti regionali in vigore. Formato da "000000.01" a "999999.99"	9
	Tariffa Aggiuntiva al DRG	Importo economico da sommare alla tariffa base	N	OBB	Importo da sommare alla tariffa del DRG nei casi previsti dalla normativa regionale e nazionale (Osservazione, prelievo e trasporto organi). Formato da "000000.00" a "999999.99"	9
	Quota a carico dell'utente	Indica l'importo pagato dal paziente durante il ricovero	N	NBB (obbligatorio se il campo "onere della degenza" assume i valori 2, 4, 5, 6 e 9)	Formato da "000000.00" a "999999.99"	9



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Esito Controllo svolto dal CVPS	Indica l'esito dei controlli effettuati dal Comitato di controllo delle Prestazioni Sanitarie (CVPS)	AN	OBB	Valori ammessi:  0 = scheda non controllata  a = scheda controllata "confermata"  b = scheda controllata "non confermata" senza abbattimento  c = scheda controllata "non confermata con abbattimento tariffario del 50%" per assenza del PRI o del PAI e per inappropriata clinica;  d = scheda controllata "non confermata con abbattimento tariffario del 60% per le giornate oltre soglia" per i ricoveri clinicamente appropriati, ma oltre soglia, per erogatore identificato sec HSP11.  3 = scheda controllata "non confermata con abbattimento"	1



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Tipologia del controllo svolto dal CVPS	Indica la tipologia dei controlli effettuati dal Comitato di controllo delle Prestazioni Sanitarie (CVPS)	N	OBB	Vengono utilizzate le tipologie presenti nei decreti di aggiornamento dei controlli CVPS: Valori ammessi: 00 = Nessun tipo 01 = A.1 Controlli generali sul tracciato record SDO 02 = A.2 Controlli generali sui DRG 03 = A.3.1.1 Controlli generali sui DRG chirurgici ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria 04 = A.3.1.2 Controlli generali sui DRG medici ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria 05 = A.3.2 Controlli generali sulle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in Day surgery 06 = A.3.3 Controlli sull'attività di Day hospital medici 07 = A.3.4 Controlli sui parti cesarei 08 = A.3.5.a Controlli sui ricoveri di riabilitazione 09 = A.3.5.b Controlli sui ricoveri di lungodegenza 10 = A.4 Controllo della documentazione clinica 11 = A.5 Altro	2
	Importo abbattimento CVPS	Indica l'eventuale abbattimento tariffario applicato a seguito dei controlli effettuati dal Comitato di controllo delle Prestazioni Sanitarie (CVPS)	N	NBB (obbligatorio se il campo "Esito Controllo svolto dal CVPS" assume i valori 3, C, D)	Formato da "000000.00" a "999999.99"	9



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Valutazione multidisciplinare	Indica l'evidenza documentale di una valutazione multidisciplinare nell'ambito di un PDTA strutturato	N	OBB	Valori ammessi: 0=No 1=PDTA Regionale 2=PDTA Aziendale	1
	Valutazione multidimensionale	Indica l'evidenza documentale di una valutazione integrata ospedale/territorio	N	OBB	Valori ammessi: 0=No 1=Si	1
	Scala Barthel in ingresso	Barthel Index (BI) in Ingresso (Scala di valutazione della disabilità)	AN	<i>NBB (obbligatorio se il campo "disciplina di dimissione" assume i valori 28, 56, 60, 75)</i>	Valori ammessi:  XXX=Non richiesto Oppure da "000" a "100"	3
	Scala Barthel in uscita	Barthel Index (BI) in Uscita	AN	<i>NBB (obbligatorio se il campo "disciplina di dimissione" assume i valori 28, 56, 60, 75)</i>	Valori ammessi:  XXX=Non richiesto Oppure da "000" a "100"	3



## 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

I file in fase di acquisizione dalle Aziende Sanitarie, verranno scartati nel caso non risultino conformi agli schemi XML (di seguito riportati); per garantire la conformità con le specifiche XML richieste è necessario quindi che le strutture pubbliche e private effettuino una validazione preliminare prima di procedere con l'invio. Tale verifica può essere effettuata tramite un validatore che permette di controllare se un documento xml generato in base ad uno schema 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 4.4.3 (Riepilogo controlli e codici anomalie)

### 4.2 Campi chiave dei dati trasmessi

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

#### Tracciato Informazioni Anagrafiche

Evento	Nodo di riferimento	Campi chiave
Informazioni Anagrafiche	Informazioni Anagrafiche	Codice istituto di cura
		Numero progressivo della scheda SDO

#### Tracciato Informazioni Ricovero

Evento	Nodo di riferimento	Campi chiave
Informazioni Ricovero	Informazioni Ricovero	Codice istituto di cura
		Numero progressivo della scheda SDO

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



### **4.3 Modalità di invio**

Le Aziende Sanitarie devono obbligatoriamente inviare i tracciati attraverso la web application raggiungibile al seguente link: <https://gaf.sanita.marche.it>  
L'accesso sarà consentito solo agli utenti preventivamente registrati e abilitati su sistema Fed-Cohesion.

### **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 PPROGRESSIVO DELLA SCHEDA SDO. Le schede (record) che non trovano corrispondenza in entrambi i flussi SDO verranno scartate; l'esito dello scarto sarà visualizzato attraverso la funzionalità "Visualizza attività" dal Sistema di Gestione e Accoglienza Flussi (GAF).

### **4.5 Modalità di elaborazione flussi**

A parità di Anno, Azienda e Periodo:

- saranno elaborati gli invii trasmessi via GAF per i quali nel corso della giornata risulti pervenuto sia il flusso SDO anagrafico sia il flusso SDO ricoveri;
- non saranno elaborati gli invii trasmessi via GAF per i quali nel corso della giornata risulti pervenuto il solo flusso SDO anagrafico o il solo flusso SDO ricoveri.



## 4.6 Tracciato A - Informazioni Anagrafiche

### 4.6.1 Tracciato Informazioni Anagrafiche XML (Esempio)

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?><alInformazioniAnagrafiche
xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <informazioniAnagrafiche progressivoSDO="16008542" codicelstitutoDiCura="12090100">
    <numeroSDOpuerpera>99999999</numeroSDOpuerpera>
    <sexo>2</sexo>
    <dataNascita>2016-03-16</dataNascita>
    <comuneNascita>001001</comuneNascita>
    <livelloIstruzione>0</livelloIstruzione>
    <statoCivile>1</statoCivile>
    <comuneResidenza>001001</comuneResidenza>
    <cittadinanza>100</cittadinanza>
    <identificativoPaziente>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</identificativoPaziente>
    <regioneResidenza>010</regioneResidenza>
    <aslResidenza>201</aslResidenza>
    <codiceAzienda>201</codiceAzienda>
    <cognome>ANONIMO</cognome>
    <nome>ANONIMO</nome>
  </informazioniAnagrafiche>
  <informazioniAnagrafiche progressivoSDO="16008543" codicelstitutoDiCura="12090100">
    <numeroSDOpuerpera>99999999</numeroSDOpuerpera>
    <sexo>2</sexo>
    <dataNascita>2016-03-16</dataNascita>
    <comuneNascita>001001</comuneNascita>
    <livelloIstruzione>0</livelloIstruzione>
    <statoCivile>1</statoCivile>
    <comuneResidenza>001001</comuneResidenza>
    <cittadinanza>100</cittadinanza>
    <identificativoPaziente>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</identificativoPaziente>
    <regioneResidenza>010</regioneResidenza>
    <aslResidenza>201</aslResidenza>
    <codiceAzienda>201</codiceAzienda>
    <cognome>ANONIMO</cognome>
    <nome>ANONIMO</nome>
  </informazioniAnagrafiche>
</alInformazioniAnagrafiche>
```

### 4.6.2 Tracciato Informazioni Anagrafiche XSD

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<xs:schema attributeFormDefault="unqualified" elementFormDefault="qualified"
xmlns:anagSDO="http://www.anagSDO.com/xml-schema-extensions"
xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xs:element name="alInformazioniAnagrafiche">
    <xs:complexType>
      <xs:sequence>
        <xs:element minOccurs="1" maxOccurs="unbounded" name="informazioniAnagrafiche">
          <xs:complexType>
            <xs:sequence>
              <xs:element name="numeroSDOpuerpera" minOccurs="0">
                <xs:annotation>
```



```
<xs:appinfo>
  <anagSDO:exampleValues>
    <anagSDO:example value="16008542"/>
    <anagSDO:example value="99999999"/>
  </anagSDO:exampleValues>
</xs:appinfo>
</xs:annotation>
<xs:simpleType>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="8"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="sesso">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="dataNascita" type="xs:date">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <anagSDO:exampleValues>
        <anagSDO:example value="2016-03-16"/>
      </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
</xs:element>
<xs:element name="comuneNascita">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <anagSDO:exampleValues>
        <anagSDO:example value="001001"/>
        <anagSDO:example value="999201"/>
      </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
<xs:length value="6"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="livelloIstruzione">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="statoCivile">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
```





```

</xs:element>
<xs:element name="comuneResidenza">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <anagSDO:exampleValues>
        <anagSDO:example value="001001"/>
        <anagSDO:example value="999201"/>
      </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
<xs:length value="6"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="cittadinanza">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <anagSDO:exampleValues>
        <anagSDO:example value="100"/>
        <anagSDO:example value="201"/>
        <anagSDO:example value="999"/>
      </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
<xs:length value="3"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="identificativoPaziente">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <anagSDO:exampleValues>
        <anagSDO:example value="aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa"/>
      </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[a-zA-Z0-9 +/={20}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
  <xs:element name="regioneResidenza">
    <xs:annotation>
      <xs:appinfo>
        <anagSDO:exampleValues>
          <anagSDO:example value="010"/>
          <anagSDO:example value="041"/>
          <anagSDO:example value="201"/>
        </anagSDO:exampleValues>
      </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
  </xs:simpleType>

```



```

        <xs:restriction base="xs:string">
<xs:length value="3"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="aslResidenza">
    <xs:annotation>
        <xs:appinfo>
            <anagSDO:exampleValues>
                <anagSDO:example value="102"/>
                <anagSDO:example value="201"/>
                <anagSDO:example value="999"/>
            </anagSDO:exampleValues>
        </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
<xs:length value="3"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="codiceAzienda">
    <xs:annotation>
        <xs:appinfo>
            <anagSDO:exampleValues>
                <anagSDO:example value="102"/>
                <anagSDO:example value="201"/>
                <anagSDO:example value="999"/>
            </anagSDO:exampleValues>
        </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
<xs:length value="3"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="cognome">
    <xs:annotation>
        <xs:appinfo>
            <anagSDO:exampleValues>
                <anagSDO:example value="aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa"/>
            </anagSDO:exampleValues>
        </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
<xs:minLength value="2"/>
            <xs:maxLength value="30"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="nome">
    <xs:annotation>
        <xs:appinfo>
            <anagSDO:exampleValues>

```



```

        <anagSDO:example value="aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa"/>
    </anagSDO:exampleValues>
</xs:appinfo>
</xs:annotation>
<xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
<xs:minLength value="2"/>
    <xs:maxLength value="30"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
<xs:attribute name="codiceIstitutoDiCura" use="required">
    <xs:annotation>
        <xs:appinfo>
            <anagSDO:exampleValues>
                <anagSDO:example value="12090100"/>
            </anagSDO:exampleValues>
        </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
<xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:pattern value="[0-9]{8}"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:attribute>
<xs:attribute name="progressivoSDO" use="required">
    <xs:annotation>
        <xs:appinfo>
            <anagSDO:exampleValues>
                <anagSDO:example value="16008542"/>
            </anagSDO:exampleValues>
        </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
<xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
<xs:pattern value="[0-9]{8}"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:attribute>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:schema>

```



#### 4.6.3 Riepilogo controlli e codici anomalia

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

- **Tipo "S"**: i controlli XSD che applicati genereranno lo scarto completo di tutto il file inviato (Errore XSD)
- **Tipo "G"**: i controlli ETL che generano uno scarto. In questo caso sono scartati solo i singoli record e, quindi, non acquisiti nel Database regionale. Il file scarti ETL (dettaglio errori) è disponibile nell'apposita area "Visualizza attività" del GAF.
- **Tipo "W"**: i controlli ETL che genereranno un'anomalia. In questo caso il record sarà comunque acquisito dal sistema e riepilogato all'interno del file dettaglio errori.

I controlli di tipo "G" e "W" saranno generati solo in assenza di errori di tipo "S".

#### TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche

CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Codice istituto di cura	0101	S	mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	0102	G	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.
	0103	G	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
Numero progressivo scheda SDO	0201	S	mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	0202	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza è diversa da 8 caratteri
	0203	S	chiave del record duplicata all'interno del flusso	La singola chiave non può essere ripetuta all'interno del flusso
	0204	S	sbilanciamento: chiave non presente in entrambi i flussi	Le schede (record) che non trovano corrispondenza in entrambi i flussi SDO verranno scartate
Numero progressivo scheda SDO della puerpera	0301	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Numero progressivo della scheda SDO della puerpera" non valorizzato quando Provenienza del Paziente = "01" (Evento nascita)
	0302	W	Errata valorizzazione di un campo obbligatorio	"Numero progressivo della scheda SDO della puerpera" è <> da "99999999" e inesistente nella base dati SDO
	0303	W	Incongruenza con Tipo di Ricovero nella scheda SDO della puerpera	La scheda SDO della madre riporta in Tipo Ricovero valori <> da 1 o 2 o 4 o 5
	0304	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 8 caratteri
Sesso	0401	S	Mancata valorizzazione di un	Tag XML non presente o tag XML



CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			campo obbligatorio	presente ma non valorizzato.
	0402	G	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1=Maschio 2=Femmina 9 = non definito
	0403	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Data di Nascita	0501	S	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	0502	G	Data nascita successiva alla Data Ricovero	Data nascita > Data ricovero
	0503	W	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..
	0504	W	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 dimissione o morte" contenute nella scheda SDO della madre
	0505	W	Data di nascita non coerente con Provenienza del paziente	Provenienza del paziente = "01" e Data di nascita <> Data Ricovero Oppure (OR) <ul style="list-style-type: none"> <li>Data di nascita = Data Ricovero e "Provenienza del paziente" diversa da uno dei seguenti valori:</li> <li>05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico</li> <li>06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato</li> <li>07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato</li> <li>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</li> </ul>
Comune di nascita	0601	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	0602	W	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i nati 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 nati all'estero non è rispettata la corretta modalità di compilazione che è '999SSS' dove 'SSS' è il codice stato estero ISTAT.
	0603	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 6 caratteri



CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Livello di Istruzione	0701	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	0702	W	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
	0703	W	Incongruenza con l'età dell'assistito	Il livello di istruzione non risulta congruente con l'età dell'assistito
	0704	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Stato civile	0801	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	0802	W	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 6 = Non dichiarato
	0803	W	Incongruenza con l'età dell'assistito	Lo stato civile non risulta congruente con l'età dell'assistito
	0804	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Comune di residenza	0901	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	0902	G	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. Il codice viene verificato in base alla data di ricovero e deve essere compreso nel periodo di validità indicato dall'ISTAT
	0903	G	Errata compilazione del Comune di Residenza per i residenti all'estero	il codice è stato erroneamente compilato 'SSS999'.
	0904	W	Incongruenza con l'onere della degenza per assistiti italiani	Con comune italiano è stato compilato Onere della degenza uguale a 7 o 8 o A
	0905	W	Incongruenza con l'onere della degenza per assistiti stranieri	Con comune straniero è stato compilato Onere della degenza uguale a 1 o 2 o 5 o 6
	0906	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 6 caratteri



CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Cittadinanza	1001	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1002	G	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi (Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza deve essere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana;</li> <li>• il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dall'ISTAT, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera o sia apolide.)</li> </ul>
	1003	W	Cittadinanza incongruente con Onere della degenza	Cittadinanza = 100 (italiana) e "Onere della degenza" = 8 o A
	1004	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 3 caratteri
Codice identificativo del paziente	1101	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1102	G	Formato non coerente	Il formato non risulta coerente con le seguenti tipologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice fiscale, a 16 caratteri (legge 412/91);</li> <li>• Per i cittadini europei in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) riportare il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri, riportato sulla TEAM;</li> <li>• Per i cittadini Europei non in possesso della TEAM e non iscrivibili al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice ENI (Europeo non iscritto) a 16 caratteri (Circolare Ministero della Salute 19 febbraio 2008);</li> <li>• Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato 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);</li> <li>• 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>o i primi 3 caratteri valorizzati sempre con GIU;</li> <li>o i successivi 13 caratteri valorizzati con un progressivo numerico;</li> </ul> </li> <li>• Per gli stranieri richiedenti la protezione internazionale (D.Lgs. n. 142 del 18/08/2015 e circolare n.8 Agenzia delle Entrate prot. AGE.AGEDC001.REGISTRO UFFICIALE.0119143.26-07-2016-U): il numero di codice fiscale provvisorio delle</li> </ul>



CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
				<p>persone fisiche è costituito da una espressione numerica di undici cifre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere compilato con il carattere "X" ripetuto 20 volte;</li> </ul>
Codice identificativo del paziente (continua)	1103	W	Formato del Codice Fiscale non corretto	Il formato del codice fiscale risulta formalmente scorretto
Regione di Residenza	1201	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1202	G	Non appartenenza alla tabella di riferimento	<p>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.</p> <p>Per i residenti all'estero: non è stato indicato il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.</p>
	1203	W	Incongruenza tra Regione Residenza e Comune Residenza	<p>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");</p> <p>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;</p>
	1204	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 3 caratteri
ASL di Residenza	1301	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1302	W	Non appartenenza alla tabella di riferimento	<p>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.</p> <p>Per i residenti all'estero: La ASL di Residenza non è stata</p>





CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
				compilata con "999"
	1303	W	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;
	1304	W	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
	1305	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 3 caratteri
Codice Azienda	1401	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1402	G	Non appartenenza alla tabella di riferimento	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.
	1403	G	Incongruenza tra codice azienda e istituto di cura	Il codice Azienda non è congruente con quella in anagrafica strutture da flussi HSP.11, HSP.11bis
	1404	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 3 caratteri
Cognome paziente	1501	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1502	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza minima è 2, la massima 30
	1503	W	Campo compilato con valori non validi	Sono presenti dei simboli non validi per la compilazione del campo
Nome paziente	1601	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1602	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza minima è 2, la massima 30
	1603	W	Campo compilato con valori non validi	Sono presenti dei simboli non validi per la compilazione del campo
	1604	W	Uso errato della dicitura ANONIMO ANONIMO nei campi nome e cognome	La compilazione dei campi cognome e nome con la dicitura ANONIMO è riservata ai seguenti casi previsti dalla normativa vigente: 1. Legge 135/90 per i casi di HIV e AIDS. I ricoveri sono individuabili dal codice di diagnosi principale o secondaria '042' o 'V08'. 2. DPR 309/90 per i pazienti affetti da dipendenza a sostanze stupefacenti. I ricoveri sono individuabili dalla categoria diagnostica '303' o '304'. 3. Decreto Ministero della Sanità n° 349



CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
				<p>del 16/07/2001 "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni". per le donne che vogliono partorire in anonimato. I ricoveri sono individuabili dal campo DRG che vanno dal '370' al '375'. 4. Legge 194/78 per i ricoveri di IVG. I ricoveri sono individuabili dalla categoria diagnostica principale o secondaria '635'.</p>



## 4.7 Tracciato B - Informazioni Ricovero

### 4.7.1 Tracciato Informazioni Ricovero XML (Esempio)

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<InformazioniRicovero xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <informazioniRicovero codicelstitutoDiCura="12090100" progressivoSDO="16008542">
    <regimeRicovero>2</regimeRicovero>
    <dataPrenotazione>2016-02-01</dataPrenotazione>
    <classePriorita>C</classePriorita>
    <dataRicovero>2016-03-17</dataRicovero>
    <oraRicovero>21:46</oraRicovero>
    <unitaOperativaAmmissione>120901000201</unitaOperativaAmmissione>
    <onereDegenza>4</onereDegenza>
    <provenienzaPaziente>11</provenienzaPaziente>
    <tipoRicovero>3</tipoRicovero>
    <traumatismiIntossicazioni>4</traumatismiIntossicazioni>
    <codiceCausaEsterna>E9538</codiceCausaEsterna>
    <Trasferimenti>
      <dataTrasferimento>2017-04-19</dataTrasferimento>
      <oraTrasferimento>16:15</oraTrasferimento>
      <unitaTrasferimento>999999999999</unitaTrasferimento>
    </Trasferimenti>
    <Trasferimenti>
      <dataTrasferimento>2016-03-18</dataTrasferimento>
      <oraTrasferimento>15:15</oraTrasferimento>
      <unitaTrasferimento>120901000652</unitaTrasferimento>
    </Trasferimenti>
    <dimissione>
      <unitaOperativaDimissione>120901000201</unitaOperativaDimissione>
      <dataDimissioneMorte>2016-03-25</dataDimissioneMorte>
      <oraDimissioneMorte>16:25</oraDimissioneMorte>
      <modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
    </dimissione>
    <riscontroAutoptico>2</riscontroAutoptico>
    <motivoRicoveroRegimeDiurno>3</motivoRicoveroRegimeDiurno>
    <numGiornateRicoveroDiurno>1</numGiornateRicoveroDiurno>
    <pesoNascita>1523</pesoNascita>
    <diagnosiPrincipale>
      <diagnosiPrincipaleDimissione>V181</diagnosiPrincipaleDimissione>
      <diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>
      <Lateralita>1</Lateralita>
      <stadiazioneCondensata>4</stadiazioneCondensata>
    </diagnosiPrincipale>
    <diagnosiSecondarie>
      <diagnosiSecondarieDimissione>V25</diagnosiSecondarieDimissione>
      <diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>0</diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>
      <Lateralita>3</Lateralita>
      <stadiazioneCondensata>7</stadiazioneCondensata>
    </diagnosiSecondarie>
    <interventoPrincipale>
      <interventoPrincipale>002</interventoPrincipale>
      <interventoPrincipaleEsterno>1</interventoPrincipaleEsterno>
      <dataInterventoPrincipale>2016-03-21</dataInterventoPrincipale>
    </interventoPrincipale>
  </informazioniRicovero>
</InformazioniRicovero>
```



```

<oraInterventoPrincipale>15:06</oraInterventoPrincipale>
<chirurgoInterventoPrincipale>aaaaaaaaaaaaaaaa</chirurgoInterventoPrincipale>
<anestesistaInterventoPrincipale>aaaaaaaaaaaaaaaa</anestesistaInterventoPrincipale>
  <ckListSalaOperatorialInterventoPrincipale>1</ckListSalaOperatorialInterventoPrincipale>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</interventoPrincipale>
<interventiSecondari>
  <interventiSecondari>534</interventiSecondari>
  <interventiSecondariEsterni>1</interventiSecondariEsterni>
  <dataInterventoSecondario>2016-03-22</dataInterventoSecondario>
  <oralnizioInterventoSecondario>18:29</oralnizioInterventoSecondario>
<chirurgoInterventoSecondario>aaaaaaaaaaaaaaaa</chirurgoInterventoSecondario>
<anestesistaInterventoSecondario>aaaaaaaaaaaaaaaa</anestesistaInterventoSecondario>
  <ckListSalaOperatorialInterventoSecondario>0</ckListSalaOperatorialInterventoSecondario>
  <Lateralita>3</Lateralita>
</interventiSecondari>
<rilevazioneDolore>1</rilevazioneDolore>
<pressioneArteriosaSistolica>85</pressioneArteriosaSistolica>
<creatininaSerica>0.98</creatininaSerica>
<frazioneEiezione>96</frazioneEiezione>
<alAttSdo>0</alAttSdo>
<numOrgEsp>000</numOrgEsp>
<ggDegOrd>000</ggDegOrd>
<DRG>001</DRG>
<importo>001000.00</importo>
<tarDRG>001000.00</tarDRG>
<tarAGGDRG>000000.00</tarAGGDRG>
<importoUtente>000000.00</importoUtente>
<esitoCVPS>0</esitoCVPS>
<tipoCVPS>00</tipoCVPS>
<importoCVPS>000000.00</importoCVPS>
<ValMDisci>0</ValMDisci>
<ValMDimen>0</ValMDimen>
<ScBarIng>XXX</ScBarIng>
<ScBarUsc>000</ScBarUsc>
</informazioniRicovero>
<informazioniRicovero codicelIstitutoDiCura="12090100" progressivoSDO="16008543">
  <regimeRicovero>2</regimeRicovero>
  <dataPrenotazione>2016-02-01</dataPrenotazione>
  <classePriorita>C</classePriorita>
  <dataRicovero>2016-03-17</dataRicovero>
  <oraRicovero>21:46</oraRicovero>
  <unitaOperativaAmmissione>120901000201</unitaOperativaAmmissione>
  <onereDegenza>4</onereDegenza>
  <provenienzaPaziente>11</provenienzaPaziente>
  <tipoRicovero>3</tipoRicovero>
  <traumatismiIntossicazioni>4</traumatismiIntossicazioni>
  <codiceCausaEsterna>E9538</codiceCausaEsterna>
  <Trasferimenti>
    <dataTrasferimento>2017-04-19</dataTrasferimento>
    <oraTrasferimento>16:15</oraTrasferimento>
    <unitaTrasferimento>999999999999</unitaTrasferimento>
  </Trasferimenti>
  <Trasferimenti>
    <dataTrasferimento>2016-03-18</dataTrasferimento>
    <oraTrasferimento>15:15</oraTrasferimento>
    <unitaTrasferimento>120901000652</unitaTrasferimento>
  </Trasferimenti>

```



```

</Trasferimenti>
<dimissione>
  <unitaOperativaDimissione>120901000201</unitaOperativaDimissione>
  <dataDimissioneMorte>2016-03-25</dataDimissioneMorte>
  <oraDimissioneMorte>16:25</oraDimissioneMorte>
  <modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
</dimissione>
<riscontroAutoptico>2</riscontroAutoptico>
<motivoRicoveroRegimeDiurno>3</motivoRicoveroRegimeDiurno>
<numGiornateRicoveroDiurno>1</numGiornateRicoveroDiurno>
<pesoNascita>1523</pesoNascita>
<diagnosiPrincipale>
  <diagnosiPrincipaleDimissione>V181</diagnosiPrincipaleDimissione>
  <diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>
  <Lateralita>1</Lateralita>
  <stadiazioneCondensata>4</stadiazioneCondensata>
</diagnosiPrincipale>
<diagnosiSecondarie>
  <diagnosiSecondarieDimissione>V25</diagnosiSecondarieDimissione>
  <diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>0</diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>
  <Lateralita>3</Lateralita>
  <stadiazioneCondensata>7</stadiazioneCondensata>
</diagnosiSecondarie>
<interventoPrincipale>
  <interventoPrincipale>002</interventoPrincipale>
  <interventoPrincipaleEsterno>1</interventoPrincipaleEsterno>
  <dataInterventoPrincipale>2016-03-21</dataInterventoPrincipale>
  <oraInterventoPrincipale>15:06</oraInterventoPrincipale>
<chirurgoInterventoPrincipale>bbbbbbbbbbbbbbbb</chirurgoInterventoPrincipale>
<anestesistaInterventoPrincipale>bbbbbbbbbbbbbbbb</anestesistaInterventoPrincipale>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>1</ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</interventoPrincipale>
<interventiSecondari>
  <interventiSecondari>534</interventiSecondari>
  <interventiSecondariEsterni>1</interventiSecondariEsterni>
  <dataInterventoSecondario>2016-03-22</dataInterventoSecondario>
  <oralnizioInterventoSecondario>18:29</oralnizioInterventoSecondario>
<chirurgoInterventoSecondario>bbbbbbbbbbbbbbbb</chirurgoInterventoSecondario>
<anestesistaInterventoSecondario>bbbbbbbbbbbbbbbb</anestesistaInterventoSecondario>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>0</ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>
  <Lateralita>3</Lateralita>
</interventiSecondari>
<rilevazioneDolore>1</rilevazioneDolore>
<pressioneArteriosaSistolica>85</pressioneArteriosaSistolica>
<creatininaSerica>0.98</creatininaSerica>
<frazioneEiezione>96</frazioneEiezione>
<alAttSdo>0</alAttSdo>
<numOrgEsp>000</numOrgEsp>
<ggDegOrd>000</ggDegOrd>
<DRG>002</DRG>
<importo>002000.00</importo>
<tarDRG>002000.00</tarDRG>
<tarAGGDRG>000000.00</tarAGGDRG>
<importoUtente>000000.00</importoUtente>
<esitoCVPS>0</esitoCVPS>
<tipoCVPS>00</tipoCVPS>

```



```
<importoCVPS>000000.00</importoCVPS>
  <ValMDisci>0</ValMDisci>
  <ValMDimen>1</ValMDimen>
  <ScBarIng>XXX</ScBarIng>
  <ScBarUsc>010</ScBarUsc>
</informazioniRicovero>
</bInformazioniRicovero>
```

#### 4.7.2 Tracciato Informazioni Ricovero XSD

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<xs:schema xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema"
  xmlns:RicSDO="http://www.RicSDO.com/xml-schema-extensions"
  elementFormDefault="qualified" attributeFormDefault="unqualified">
  <xs:element name="bInformazioniRicovero">
    <xs:complexType>
      <xs:sequence>
        <xs:element name="informazioniRicovero" minOccurs="1"
maxOccurs="unbounded">
          <xs:complexType>
            <xs:sequence>
              <xs:element name="regimeRicovero">
                <xs:simpleType>
                  <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:length value="1"/>
                  </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
              </xs:element>
              <xs:element name="dataPrenotazione" minOccurs="0">
                <xs:annotation>
                  <xs:appinfo>
                    <RicSDO:exampleValues>
                      <RicSDO:example value="2016-02-01"/>
                    </RicSDO:exampleValues>
                  </xs:appinfo>
                </xs:annotation>
                <xs:simpleType>
                  <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:length value="10"/>
                  </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
              </xs:element>
              <xs:element name="classePriorita" minOccurs="0">
                <xs:simpleType>
                  <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:length value="1"/>
                  </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
              </xs:element>
              <xs:element name="dataRicovero" type="xs:date">
```



```
<xs:annotation>
  <xs:appinfo>
    <RicSDO:exampleValues>
      <RicSDO:example value="2016-03-17"/>
    </RicSDO:exampleValues>
  </xs:appinfo>
</xs:annotation>
</xs:element>
<xs:element name="oraRicovery" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="21:46"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="5"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="unitaOperativaAmmissione">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="120901000201"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="12"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="onereDegenza">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="provenienzaPaziente">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="2"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
```





```
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="tipoRicovero" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="traumatismiIntossicazioni" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="codiceCausaEsterna" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="E853"/>
        <RicSDO:example value="E9538"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:minLength value="4"/>
      <xs:maxLength value="5"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="Trasferimenti" minOccurs="0" maxOccurs="15">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="dataTrasferimento" minOccurs="0">
        <xs:annotation>
          <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
              <RicSDO:example value="2016-03-18"/>
            </RicSDO:exampleValues>
          </xs:appinfo>
        </xs:annotation>
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="10"/>
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
```





```
</xs:element>
<xs:element name="oraTrasferimento" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="15:15"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="5"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="unitaTrasferimento" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="120901000652"/>
        <RicSDO:example value="120915010438"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="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:annotation>
          <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
              <RicSDO:example value="120901000201"/>
            </RicSDO:exampleValues>
          </xs:appinfo>
        </xs:annotation>
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="12"/>
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
```



```
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="dataDimissioneMorte">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="2016-03-25"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:date"/>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="oraDimissioneMorte" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="16:25"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="5"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="modalitaDimissione">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="2"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="riscontroAutoptico" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="motivoRicoveroRegimeDiurno" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
```



```
<xs:length value="1"/>
</xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="numGiornateRicoveroDiurno" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:integer">
      <xs:minInclusive value="1"/>
      <xs:maxInclusive value="999"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="pesoNascita" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="1523"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:integer">
      <xs:minInclusive value="100"/>
      <xs:maxInclusive value="9999"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="diagnosiPrincipale">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="diagnosiPrincipaleDimissione">
        <xs:annotation>
          <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
              <RicSDO:example value="V181"/>
              <RicSDO:example value="99883"/>
            </RicSDO:exampleValues>
          </xs:appinfo>
        </xs:annotation>
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:minLength value="3"/>
            <xs:maxLength value="5"/>
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
      <xs:element name="diagnosiPrincipaleDimissioneAlRicovero">
        <xs:simpleType>
```



```

        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="1"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="Lateralita" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="1"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="stadiazioneCondensata" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="1"/>
        </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">
                <xs:annotation>
                    <xs:appinfo>
                        <RicSDO:exampleValues>
                            <RicSDO:example value="8976"/>
                            <RicSDO:example value="V25"/>
                        </RicSDO:exampleValues>
                    </xs:appinfo>
                </xs:annotation>
                <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:string">
                        <xs:length value="1"/>
                    </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
            </xs:element>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>

```



```
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="Lateralita" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="stadiazioneCondensata" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="interventoPrincipale" minOccurs="0">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="interventoPrincipale">
        <xs:annotation>
          <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
              <RicSDO:example value="002"/>
              <RicSDO:example value="5689"/>
            </RicSDO:exampleValues>
          </xs:appinfo>
        </xs:annotation>
        <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:string">
            <xs:length value="1"/>
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
      <xs:element name="dataInterventoPrincipale" minOccurs="0">
        <xs:annotation>
```



```

    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="2016-03-21"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="10"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="oraInterventoPrincipale" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="15:06"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="5"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="chirurgoInterventoPrincipale"
minOccurs="0" maxOccurs="3">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="aaaaaaaaaaaaaaaa"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:maxLength value="16"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="anestesistaInterventoPrincipale"
minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="aaaaaaaaaaaaaaaa"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:maxLength value="16"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>

```



```

    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:maxLength value="16"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale"
minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="Lateralita" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </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">
        <xs:annotation>
          <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
              <RicSDO:example value="534"/>
              <RicSDO:example value="8967"/>
            </RicSDO:exampleValues>
          </xs:appinfo>
        </xs:annotation>
        <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:string">
    <xs:length value="1"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="dataInterventoSecondario" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="2016-03-22"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="10"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="oraInizioInterventoSecondario"
minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="18:29"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="5"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="chirurgoInterventoSecondario"
minOccurs="0" maxOccurs="3">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="aaaaaaaaaaaaaaaa"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:maxLength value="16"/>
    </xs:restriction>

```





```

        </xs:simpleType>
    </xs:element>
    <xs:element name="anestesistaInterventoSecondario"
minOccurs="0">
        <xs:annotation>
            <xs:appinfo>
                <RicSDO:exampleValues>
                    <RicSDO:example value="aaaaaaaaaaaaaaaa" />
                </RicSDO:exampleValues>
            </xs:appinfo>
        </xs:annotation>
        <xs:simpleType>
            <xs:restriction base="xs:string">
                <xs:maxLength value="16" />
            </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
    </xs:element>
    <xs:element name="ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario"
minOccurs="0">
        <xs:simpleType>
            <xs:restriction base="xs:string">
                <xs:length value="1" />
            </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
    </xs:element>
    <xs:element name="Lateralita" minOccurs="0">
        <xs:simpleType>
            <xs:restriction base="xs:string">
                <xs:length value="1" />
            </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
    </xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="rilevazioneDolore">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="1" />
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="pressioneArteriosaSistolica" minOccurs="0">
    <xs:annotation>
        <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
                <RicSDO:example value="85" />
                <RicSDO:example value="135" />
            </RicSDO:exampleValues>
        </xs:appinfo>
    </xs:annotation>

```



```
</RicSDO:exampleValues>
</xs:appinfo>
</xs:annotation>
<xs:simpleType>
  <xs:restriction base="xs:positiveInteger">
    <xs:totalDigits value="3"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="creatininaSerica" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="05.30"/>
        <RicSDO:example value="55.00"/>
        <RicSDO:example value="00.98"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[0-9]{1,2}\.{1}[0-9]{2}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="frazioneEiezione" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:nonNegativeInteger">
      <xs:totalDigits value="2"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="alAttSdo">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="numOrgEsp">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:integer">
      <xs:minInclusive value="0"/>
      <xs:maxInclusive value="9"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="ggDegOrd">
```



```
<xs:simpleType>
  <xs:restriction base="xs:integer">
    <xs:minInclusive value="0"/>
    <xs:maxInclusive value="999"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="DRG">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="3"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="importo">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="5.3"/>
        <RicSDO:example value="55"/>
        <RicSDO:example value="0.98"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:decimal">
      <xs:fractionDigits value="2"/>
      <xs:minInclusive value="0"/>
      <xs:maxInclusive value="999999.99"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="tarDRG">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="5.3"/>
        <RicSDO:example value="55"/>
        <RicSDO:example value="0.98"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:decimal">
      <xs:fractionDigits value="2"/>
      <xs:minInclusive value="0.01"/>
      <xs:maxInclusive value="999999.99"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
```



```
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="tarAGGDRG">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="5.3"/>
        <RicSDO:example value="55"/>
        <RicSDO:example value="0.98"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:decimal">
      <xs:fractionDigits value="2"/>
      <xs:minInclusive value="0"/>
      <xs:maxInclusive value="999999.99"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="importoUtente">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="5.3"/>
        <RicSDO:example value="55"/>
        <RicSDO:example value="0.98"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:decimal">
      <xs:fractionDigits value="2"/>
      <xs:minInclusive value="0"/>
      <xs:maxInclusive value="999999.99"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="esitoCVPS">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="tipoCVPS">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
```



```
<xs:length value="2"/>
</xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="importoCVPS">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="5.3"/>
        <RicSDO:example value="55"/>
        <RicSDO:example value="0.98"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:decimal">
      <xs:fractionDigits value="2"/>
      <xs:minInclusive value="0"/>
      <xs:maxInclusive value="999999.99"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="ValMDisci">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:integer">
      <xs:minInclusive value="0"/>
      <xs:maxInclusive value="2"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="ValMDimen">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:integer">
      <xs:minInclusive value="0"/>
      <xs:maxInclusive value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="ScBarIng" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="3"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="ScBarUsc" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
```



```
        <xs:length value="3"/>
      </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
  </xs:element>
</xs:sequence>
<xs:attribute name="codiceIstitutoDiCura" use="required">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="12090100"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[0-9]{8}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:attribute>
<xs:attribute name="progressivoSDO" use="required">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="16008542"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[0-9]{8}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:attribute>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:schema>
```



#### 4.7.3 Riepilogo controlli e codici anomalia

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

- **Tipo "S"**: i controlli XSD che applicati genereranno lo scarto completo di tutto il file inviato (Errore XSD)
- **Tipo "G"**: i controlli ETL che generano uno scarto. In questo caso sono scartati solo i singoli record e, quindi, non acquisiti nel Database regionale. Il file scarti ETL (dettaglio errori) è disponibile nell'apposita area "Visualizza attività" del GAF.
- **Tipo "W"**: i controlli ETL che genereranno un'anomalia. In questo caso il record sarà comunque acquisito dal sistema e riepilogato all'interno del file dettaglio errori.

I controlli di tipo "G" e "W" saranno generati solo in assenza di errori di tipo "S".

#### TRACCIATO B - Informazioni Ricovero

CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Codice istituto di cura	3001	S	mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	3002	G	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.
	3003	G	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
Numero progressivo scheda SDO	3101	S	mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	3102	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 8 caratteri
	3103	S	chiave del record duplicata all'interno del flusso	La singola chiave non può essere ripetuta all'interno del flusso.
	3104	S	sbilanciamento: chiave non presente in entrambi i flussi	Le schede (record) che non trovano corrispondenza in entrambi i flussi SDO verranno scartate
	3105	W	Ricovero doppio effettivo	Per "ricoveri ripetuti effettivi" si intendono quei ricoveri ordinari di uno stesso assistito che avvengono nello stesso periodo di tempo. Questi casi si individuano quando: - la stringa dei campi che identificano l'utente coincidono (ad esclusione dei soggetti anonimi) - esiste una sovrapposizione tra i periodi di ricovero escludendo dal controllo le date di ingresso e le date di dimissione.



CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Regime di Ricovero	3201	S	mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	3202	G	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Ricovero ordinario 2 = Ricovero diurno
	3203	W	Day hospital chirurgico con pernottamento non codificato come ordinario	I DH con DRG chirurgico e con differenza tra data di dimissione e data di ricovero=1 devono essere classificati come Ricoveri Ordinari
	3204	W	Day hospital medico classificato come day surgery con pernottamento non codificato come ordinario	I DH con DRG medico e con differenza tra data di dimissione e data di ricovero=1 devono essere classificati come Ricoveri Ordinari
	3205	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Data di Prenotazione	3301	G	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	3302	W	Data Prenotazione compilata quando non necessario/previsto	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ data valida in Regime di Ricovero = "Ordinario" (1) e "Tipo ricovero non compilato";</li> <li>■ 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 ];</li> </ul>
	3303	W	Data Prenotazione successiva alla Data Ricovero	Data prenotazione > Data Ricovero
	3304	W	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"> <li>• 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico</li> <li>• 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato</li> <li>• 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato</li> <li>• 08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero nello stesso istituto di cura</li> </ul>
	3305	W	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")]
	3306	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 10 caratteri





CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Classe di Priorità	3401	W	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 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>
	3402	W	Classe di Priorità compilata quando non necessario/previsto	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ campo valido, ma tipo ricovero non compilato se Provenienza Paziente &lt;&gt; "01";</li> <li>■ campo valido, ma Tipo Ricovero non programmato o parto (Tipo Ricovero = 2, 3 o 5);</li> </ul>
	3403	W	Classe di Priorità non compilata quando dovuto/previsto	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ campo non compilato con Regime di Ricovero = "Ricovero Diurno" (2);</li> <li>■ campo non compilato con Tipo di Ricovero = "Ricovero programmato non urgente" (1) oppure = "Ricovero programmato con preospedalizzazione" (4) e regime di ricovero = "1" ordinario</li> </ul>
	3404	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Classe di Priorità" non è stato valorizzato con "Data di Prenotazione" valorizzata.
	3405	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Data di Ricovero	3501	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	3502	S	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	3503	W	Data di Ricovero successiva alla Data di Dimissione	Data ricovero > Data dimissione
	3504	W	Data di Ricovero	■ Data non compresa fra il 31/12 dell'anno



CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			non corretta	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
Ora di Ricovero	3601	W	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	3602	W	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
	3603	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Ora di Ricovero" è valorizzato con Regime di Ricovero <> "1"
	3604	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 10 caratteri
Unità operativa di ammissione	3701	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	3702	W	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Valori non presenti nell'elenco reparti per struttura desunti dall'anagrafica HSP valida alla data di ricovero
	3703	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 12 caratteri
Onere della Degenza	3801	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	3802	G	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; 5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione); 6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera); 7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN; 8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; 9 = altro.



CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	3803	W	Onere della Degenza incongruente con Cittadinanza	Con cittadinanza=100 è stato compilato Onere della degenza uguale a 7 o 8 o A
	3804	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Provenienza del paziente	3901	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	3902	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 2 caratteri
	3903	G	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 formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso</p> <p>12 = provenienza OBI</p> <p>99 = Altro</p>
Tipo di Ricovero	4001	G	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>



CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	4002	W	Tipo di Ricovero incongruente con Regime di Ricovero	Tipo Ricovero non programmato [2,3,5] e Regime di Ricovero = "2")
	4003	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Tipo di Ricovero" non valorizzato se se Regime di Ricovero = "1" e Provenienza Paziente <> "01"
	4004	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 2 caratteri
Traumatismi o Intossicazioni	4101	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli 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
	4102	W	Traumatismi o intossicazioni non congruente	Il campo " Traumatismi o Intossicazioni " È VALORIZZATO in presenza di almeno una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regime di Ricovero diverso da 1</li> <li>• diagnosi principale non compresa tra 800-904 e 910-995.89</li> <li>• Disciplina di Ammissione uguale a 56 (recupero e riabilitazione funzionale) o 60 (Lungodegenti) o 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)</li> </ul>
	4104	W	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"> <li>• Regime di Ricovero uguale a 1</li> <li>• diagnosi principale compresa tra 800-904 o 910-995.89 <ul style="list-style-type: none"> <li>a. • Disciplina di Ammissione diverso da 56 (recupero e riabilitazione funzionale), 60 (Lungodegenti), 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)</li> </ul> </li> </ul>
	4105	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Codice Causa Esterna	4201	W	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)
	4202	W	Codice Causa Esterna compilato in mancanza di	Il campo " Codice Causa Esterna " È VALORIZZATO in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:



CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			diagnosi principale di trauma	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regime di Ricovero diverso da 1</li> <li>diagnosi principale non compresa tra 800-904 e 910-995.89</li> <li>Disciplina di Ammissione uguale a 56 (recupero e riabilitazione funzionale) o 60 (Lungodegenti) o 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)</li> </ul>
	4203	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorioà 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"> <li>Regime di Ricovero uguale a 1</li> <li>diagnosi principale compresa tra 800-904 o 910-995.89</li> <li>Disciplina di Ammissione diverso da 56 (recupero e riabilitazione funzionale), 60 (Lungodegenti), 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)</li> </ul>
	4204	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è da 4 a 5 caratteri
Data Trasferimento	4301	W	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	4302	W	Data Trasferimento incongruente con Data Ricovero e/o Data Dimissione	Data trasferimento non è compresa fra data ricovero e data dimissione
	4303	W	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)
	4304	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorioà condizionata	Il campo "Data Trasferimento" non è valorizzato se valorizzata Ora Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e il Regime di Ricovero=1
	4305	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 2 caratteri
Ora Trasferimento	4401	W	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	4402	W	Ora Trasferimento incongruente con Ora Ricovero e/o Ora Dimissione	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con Data trasferimento =Data ricovero e Ora Trasferimento &lt;Ora Ricovero</li> <li>Con Data trasferimento =Data Dimissione e Ora trasferimento &gt;Ora dimissione</li> </ul>
	4403	W	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
	4404	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorioà condizionata	Il campo "Ora Trasferimento" non è valorizzato se è valorizzata Data di Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e il Regime di Ricovero=1



CAMPO	CODICE ERRORE	TIPO	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	4405	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 5 caratteri
Unità operativa Trasferimento	4501	W	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Unità operativa non presente nell'elenco reparti per struttura desunti dall'anagrafica HSP
	4502	W	Unità Operativa Trasferimento incongruente	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Unità Operativa Trasferimento (primi 6 caratteri) &lt;&gt; Codice Istituto di Cura (primi 6 caratteri) [A seguito di un trasferimento esterno (desumibile dal codice struttura) DEVE seguire SEMPRE un trasferimento interno]</li> <li>■ Unità operativa trasferimento uguale all'unità operativa trasferimento precedente</li> </ul>
	4503	W	La prima occorrenza di Unità Operativa Trasferimento è uguale a Unità Operativa di Ammissione	Unità Operativa Trasferimento = Unità operativa di ammissione (Il controllo va effettuato solo sul primo trasferimento)
	4504	W	L'ultima occorrenza di Unità Operativa Trasferimento è diversa a Unità Operativa di Dimissione	Unità Operativa Trasferimento <> Unità operativa di dimissione (Il controllo va effettuato solo sull'ultimo trasferimento)
	4505	W	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
	4506	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 12 caratteri
Unità operativa di dimissione	4601	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.



	4602	W	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"> <li>• provenienza del paziente ="01"</li> <li>• coincidenza della data di nascita con la data di ricovero</li> </ul> <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"> <li>• codice istituto (primi 6 caratteri) e codice stabilimento (7° e 8° carattere) deve essere presente nel modello HSP.11bis;</li> <li>• codice istituto (primi 6 caratteri) e codice disciplina ( 9° e 10° carattere) deve essere presente nel modello HSP.13</li> </ul>
	4603	W	Unità 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
	4604	W	Ricovero con trasferimenti interni tra reparti per acuti e non per acuti	I trasferimenti tra reparti per acuti e reparti per post acuti non è consentito, va aperta una nuova SDO
	4605	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 12 caratteri
Data di dimissione o morte	4701	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	4702	S	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	4703	G	Data di dimissione o morte non appartenente all'anno in corso	Anno di "Data dimissione o morte" diverso dall'anno dichiarato in fase di invio del flusso al GAF (Gestione accoglienza flussi)
Ora di dimissione o morte	4801	W	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	4802	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	Il campo "Ora di dimissione o morte" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "1"
	4803	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 5 caratteri



Modalità di dimissione	4901	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	4902	G	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 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
	4903	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 2 caratteri
Riscontro autoptico	5001	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = autopsia eseguita 2 = autopsia non eseguita
	5002	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Riscontro autoptico" non è valorizzato se modalità di dimissione = "01"
	5003	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Motivo del ricovero in regime diurno	5101	W	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
	5102	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Motivo del ricovero in regime diurno" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "2"





	5103	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Numero di giornate di presenza in ricovero diurno	5201	W	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"
	5202	W	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
	5203	W	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno oltre l'anno di degenza	Numero di giornate in ricovero diurno maggiori di 365
Peso alla nascita	5301	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Peso alla Nascita" non è valorizzato se Provenienza paziente = "01"
	5302	S	Peso alla nascita incongruente	valore errato se < 100 o >9999
	5303	W	Peso alla nascita compilato non richiesto	compilato se Provenienza Paziente <> "01"
Diagnosi principale di dimissione	5401	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	5402	W	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"]
	5403	W	Codice diagnosi principale non congruente con l'età dell'assistito	La diagnosi non risulta compatibile con l'età dell'assistito
	5404	W	Codice diagnosi principale non congruente con il sesso dell'assistito	La diagnosi non risulta compatibile con il sesso dell'assistito
	5405	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è da 3 a 5 caratteri
Diagnosi principale di dimissione presente al	5501	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.



ricovero	5502	W	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo obbligatorio	Valori diversi da quelli ammessi : 0 = No 1 = Sì
	5503	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Lateralità	5601	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
	5602	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Stadiazione condensata	5701	W	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
	5702	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	"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 O 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
	5703	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Diagnosi secondarie di dimissione	5801	W	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"]
	5802	W	Codice diagnosi secondaria non congruente con l'età dell'assistito	La diagnosi non risulta compatibile con l'età dell'assistito
	5803	W	Codice diagnosi secondaria non congruente con il sesso dell'assistito	La diagnosi non risulta compatibile con il sesso dell'assistito
	5804	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è da 3 a 5 caratteri
Diagnosi secondarie presenti al	5901	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì



ricovero	5902	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	“Diagnosi secondarie presenti al ricovero” non è valorizzato per ogni campo di diagnosi secondaria di dimissione compilata (codice ICD9-CM)
	5903	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Lateralità secondarie	6001	W	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo obbligatorio	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
	6002	W	Presenza di informazione in assenza di Diagnosi presenti al ricovero	Valorizzazione del campo in assenza di Diagnosi Secondaria presente al ricovero che prevede l’eventuale l’indicazione del lato
	6003	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Stadiazione condensata secondaria	6101	W	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
	6102	W	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
	6103	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Intervento Principale	6201	W	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]
	6202	W	Codice intervento principale non congruente con il sesso dell’assistito	La procedura non risulta compatibile con il sesso dell’assistito
	6203	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è da 3 a 4 caratteri
Intervento principale esterno	6301	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì



	6302	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Intervento principale esterno" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale
	6303	W	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> )
	6304	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Data intervento principale	6401	W	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	6402	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Data intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale
	6403	W	Data intervento principale incongruente con data ricovero e/o data dimissione	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ data formalmente corretta ma maggiore di data dimissione</li> <li>■ Data Intervento Principale &lt; Data Ricovero o Data Intervento Principale &gt; Data Dimissione o Morte</li> </ul>
	6404	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 10 caratteri
Ora inizio intervento principale	6501	W	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	6502	W	Data Ora Intervento Principale incongruente con data/ora ricovero e/o data/ora dimissione	<p>Data e Ora intervento Principale non è compresa fra data/ora ricovero e data/ora dimissione solo con date</p> <p>[Il controllo data/ora viene effettuato solo se la Data dell'intervento Principale coincide con Data di Ammissione e Tipo ricovero&lt;&gt;4 oppure se coincide con Data Dimissione]</p>
	6503	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Ora intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ
	6504	W	In presenza di procedure terapeutiche "maggiori" compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.	Valorizzazione del campo "Ora intervento principale" in assenza di di procedure terapeutiche "maggiori" gruppo 4 AHRQ.
	6505	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 5 caratteri



Identificativo Chirurgo intervento principale	6601	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Identificativo Chirurgo intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ
	6602	G	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 16 caratteri attesi
	6603	W	In presenza di procedure terapeutiche "maggiori" compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.	Valorizzazione del campo "Identificativo Chirurgo intervento principale" in assenza di di procedure terapeutiche "maggiori" gruppo 4 AHRQ.
Identificativo Anestesista intervento principale	6701	G	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 16 caratteri attesi
Check List Sala Operatoria intervento principale	6801	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile
	6802	W	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
	6803	W	In presenza di procedure terapeutiche "maggiori" compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.	Valorizzazione del campo "Check List Sala Operatoria intervento principale" in assenza di procedure terapeutiche "maggiori" gruppo 4 AHRQ.
	6804	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Lateralità intervento principale	6901	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
	6902	W	Presenza di informazione in assenza di Intervento	Valorizzazione del campo in assenza di Intervento Principale che prevede l'eventuale l'indicazione del lato
	6903	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Interventi secondari	7001	W	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]



	7002	W	Codice intervento secondario non congruente con il sesso dell'assistito	La procedura non risulta compatibile con il sesso dell'assistito
	7003	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è da 3 a 4 caratteri
Interventi secondari esterni	7101	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì
	7102	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Interventi secondari esterni" non è valorizzato se valorizzato Intervento secondario
	7103	W	Intervento secondario esterno non congruente con trasferimenti	Intervento secondario esterno = "1" in assenza di trasferimento con codice unità operativa ( <i>primi 6 caratteri</i> ) <> da unità operativa di ammissione ( <i>primi 6 caratteri</i> )
	7104	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Data intervento secondario	7201	W	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	7202	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Data intervento secondario" non è valorizzato se valorizzato intervento secondario
	7203	W	Data intervento secondario incongruente con data ricovero e/o data dimissione	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ data formalmente corretta ma maggiore di data dimissione</li> <li>■ Tipo Ricovero &lt;&gt; "4" e Data Intervento Secondario &lt; Data Ricovero</li> </ul>
	7204	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 10 caratteri
Ora inizio intervento secondario	7301	W	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	7302	W	Data Ora Intervento Secondario incongruente con data/ora ricovero e data/ora dimissione	Data e Ora intervento Secondario non è compresa fra data/ora ricovero e 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]
	7303	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Ora intervento secondario" non è valorizzato se valorizzato Intervento Secondario di classificazione 4 AHRQ



	7304	W	In presenza di procedure terapeutiche "maggiori" compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.	Valorizzazione del campo "Ora intervento secondario" in assenza di procedure terapeutiche "maggiori" gruppo 4 AHRQ.
	7305	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 5 caratteri
Identificativo Chirurgo intervento Secondario	7401	G	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 16 caratteri attesi
	7402	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Identificativo Chirurgo intervento secondario" non è valorizzato se valorizzato Intervento Secondario di classificazione 4 AHRQ
	7403	W	In presenza di procedure terapeutiche "maggiori" compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.	Valorizzazione del campo "Identificativo Chirurgo intervento secondario" in assenza di procedure terapeutiche "maggiori" gruppo 4 AHRQ.
Identificativo Anestesista intervento secondario	7501	G	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 16 caratteri attesi
Check List Sala Operatoria intervento secondario	7601	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile
	7602	W	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
	7603	W	In presenza di procedure terapeutiche "maggiori" compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.	Valorizzazione del campo "Check List Sala Operatoria intervento secondario" in assenza di procedure terapeutiche "maggiori" gruppo 4 AHRQ.
	7604	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Lateralità intervento secondario	7701	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale





	7702	W	Presenza di informazione in assenza di Intervento	Valorizzazione del campo in assenza di Intervento Secondario che prevede l'eventuale l'indicazione del lato
	7703	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Rilevazione del dolore	7801	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	7802	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 0 = No 1 = Si
	7803	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Pressione arteriosa sistolica	7901	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 3 caratteri
	7902	W	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
	7903	W	Valore non consentito	Inserito un valore < 30 o > 300
Creatinina serica	8001	W	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]
	8002	S	Valore non consentito	Inserito un valore negativo o > di 99.99
Frazione di eiezione	8101	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 2 caratteri
	8102	W	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
	8103	W	Valore non consentito	Inserito un valore non compreso tra 0 e 99





Altra attività effettuata nell'ambito del ricovero	8201	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	8202	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi
	8203	W	Incongruenza tra attività di trapianto e numero organi prelevati	Se il codice altra attività=1 il campo "Numero di organi prelevati da cadavere" deve essere maggiore di 0
	8204	W	Incongruenza con provenienza del paziente per ricoveri in lungodegenza	Il codice "7" va utilizzato solo in presenza di provenienza "5" e disciplina di dimissione "60"
	8205	W	Incongruenza con DH oncologici	Il codice "8" va utilizzato solo in presenza di regime "2" e DRG compreso tra i valori 409, 410, 492
	8206	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Numero di organi espianati da cadavere	8301	S	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi
Giornate di degenza ricoveri ordinari	8401	W	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	Il campo "Numero di giornate in ricovero ordinario" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "1"
	8402	W	Numero di giornate in ricovero ordinario incongruenti con data ricovero e/o dimissione	Numero di giornate in ricovero ordinario maggiori di "Data di dimissione o morte" - "Data di Ricovero" + 1
	8403	W	Numero di giornate in ricovero ordinario oltre l'anno di degenza	Numero di giornate in ricovero ordinario maggiori di 365
	8404	W	Ricoveri ordinari per acuti la cui durata supera del 50% il valore soglia (TUC) del DRG	Il ricovero per acuto supera il valore soglia per una degenza non consentita dall'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria
DRG	8501	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	8502	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi



	8503	W	Incongruenza con il DRG elaborato dalla Regione	Il valore risulta diverso da quello ricalcolato con il Grouper regionale
	8504	W	DRG di neonato sano ma età dell'assito superiore a 0 anni	Il DRG relativo ai neonati (da 385 a 391) risulta incompatibile con l'età presente sulla SDO
	8505	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 3 caratteri
Importo	8601	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	8602	W	Valore non consentito	Inserito un valore non compreso tra 0 e 999999.99
	8603	W	Incongruenza l'importo elaborato dalla Regione	L'importo risulta diverso da quello ricalcolato con il Grouper regionale
	8604	W	Incongruenza con l'onere della degenza	Per gli oneri 3,4,9 l'importo deve essere valorizzato a zero
	8605	W	Incongruenza con onere degenza per la libera professione	Per gli oneri 5 e 6 l'importo non deve superare il 60% della tariffa DRG
	8606	W	Incongruenza con altra attività effettuata nell'ambito del ricovero in regime DH	Per altra attività = "8" (Concomitanza con farmaci oncologici), regime = "2" e DRG oncologico (409,410,492), l'importo non deve superare il 10% della tariffa DRG
Tariffa DRG	8701	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	8702	S	Valore non consentito	Inserito un valore non compreso tra 0.01 e 999999.99
	8703	W	Incongruenza l'importo elaborato dalla Regione	La tariffa risulta diversa da quella ricalcolata con il Grouper regionale
Tariffa aggiuntiva DRG	8801	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato
	8802	W	Valore non consentito	Inserito un valore non compreso tra 0 e 999999.99



	8803	W	Incongruenza con tariffa DGR 1291/2014	Se provenienza = "5" e Altra attività effettuata nell'ambito del ricovero = "7" la tariffa deve corrispondere al prodotto delle giornate di degenza (massimo 20) per € 16
Quota a carico dell'utente	8901	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato
	8902	W	Valore non consentito	Inserito un valore non compreso tra 0 e 999999.99
	8903	W	Importo quota a carico dell'utente maggiore dell'importo del DRG	Quota a carico dell'utente > Importo (Se Importo = Tariffa)
	8904	W	Importo quota a carico dell'utente non congruente con l'onere di degenza	Per gli oneri 2, 5 o 6 la quota deve essere maggiore di 0, per gli oneri 4 o 9 la quota deve essere uguale alla tariffa del DRG
Esito Controllo CVPS	9001	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	9002	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi
	9003	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 1 carattere
Tipo Controllo CVPS	9101	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	9102	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi
	9103	W	Incongruenza con esito CVPS	Il tipo "00" va valorizzato solo se Esito controllo CVPS = "0", mentre deve essere diverso da "00" se Esito <>"0"
	9104	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 2 caratteri
Importo abbattimento CVPS	9201	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	9202	W	Valore non consentito	Inserito un valore non compreso tra 0 e 999999.99
	9203	W	Incongruenza con esito CVPS	Il campo va valorizzato con un importo maggiore di 0 solo per esito controllo cvps = "3", "C", "D"



Valutazione multidisciplinare	9301	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	9302	W	Valore non consentito	Inserito un valore non compreso tra 0 e 2
Valutazione multidimensionale	9401	S	Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	9402	W	Valore non consentito	Inserito un valore non compreso tra 0 e 1
Scala Barthel in ingresso	9501	W	Incongruenza con il campo "disciplina di dimissione"	Il valore è obbligatorio se il campo "disciplina di dimissione" assume i valori 28, 56, 60, 75
	9502	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 3 caratteri
	9503	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi
Scala Barthel in uscita	9601	W	Incongruenza con il campo "disciplina di dimissione"	Il valore è obbligatorio se il campo "disciplina di dimissione" assume i valori 28, 56, 60, 75
	9602	S	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 3 caratteri
	9603	W	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi



## 5. Allegati

### 5.1 *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)	66 Oncoematologia
99 Cure palliative (m)	36 Ortopedia e traumatologia
52 Dermatologia	37 Ostetricia e ginecologia
97 Detenuti	38 Otorinolaringoiatria
18 Ematologia	39 Pediatria (e)
54 Emodialisi	67 Pensionanti
55 Farmacologia clinica	68 Pneumologia
57 Fisiopatologia della riproduzione umana	40 Psichiatria (f)
58 Gastroenterologia	69 Radiologia
21 Geriatria	70 Radioterapia
46 Grandi ustioni pediatriche	74 Radioterapia oncologica
47 Grandi ustioni	56 Recupero e riabilitazione funzionale (g)
20 Immunologia (c)	71 Reumatologia
60 Lungodegenti	49 Terapia intensiva (i)
19 Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	73 Terapia intensiva neonatale
24 Malattie infettive e tropicali	42 Tossicologia
25 Medicina del lavoro	50 Unità coronarica (l)
26 Medicina generale	28 Unità spinale
27 Medicina legale	43 Urologia
61 Medicina nucleare	78 Urologia pediatrica
15 Medicina sportiva	
41 Medicina termale	



- 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.