



# BOLLETTINO UFFICIALE della Regione Toscana

Parte Seconda n. 2 del 10.1.2018

Supplemento n. 8

mercoledì, 10 gennaio 2018

Firenze

**Bollettino Ufficiale: piazza dell'Unità Italiana, 1 - 50123 Firenze - Fax: 055 - 4384620**

**E-mail: [redazione@regione.toscana.it](mailto:redazione@regione.toscana.it)**

Il Bollettino Ufficiale della Regione Toscana è pubblicato esclusivamente in forma digitale, la pubblicazione avviene di norma il mercoledì, o comunque ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità, ed è diviso in tre parti separate.

**L'accesso alle edizioni del B.U.R.T., disponibili sul sito WEB della Regione Toscana, è libero, gratuito e senza limiti di tempo.**

Nella **Parte Prima** si pubblicano lo Statuto regionale, le leggi e i regolamenti della Regione, nonché gli eventuali testi coordinati, il P.R.S. e gli atti di programmazione degli Organi politici, atti degli Organi politici relativi all'interpretazione di norme giuridiche, atti relativi ai referendum, nonché atti della Corte Costituzionale e degli Organi giurisdizionali per gli atti normativi coinvolgenti la Regione Toscana, le ordinanze degli organi regionali.

Nella **Parte Seconda** si pubblicano gli atti della Regione, degli Enti Locali, di Enti pubblici o di altri Enti ed Organi la cui pubblicazione sia prevista in leggi e regolamenti dello Stato o della Regione, gli atti della Regione aventi carattere diffusivo generale, atti degli Organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale.

Nella **Parte Terza** si pubblicano i bandi e gli avvisi di concorso, i bandi e gli avvisi per l'attribuzione di borse di studio, incarichi, contributi, sovvenzioni, benefici economici e finanziari e le relative graduatorie della Regione, degli Enti Locali e degli altri Enti pubblici, si pubblicano inoltre ai fini della loro massima conoscibilità, anche i bandi e gli avvisi disciplinati dalla legge regionale 13 luglio 2007, n. 38 (Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro).

Ciascuna parte, comprende la stampa di Supplementi, abbinata all'edizione ordinaria di riferimento, per la pubblicazione di atti di particolare voluminosità e complessità, o in presenza di specifiche esigenze connesse alla tipologia degli atti.

## SEZIONE I

### GIUNTA REGIONALE

#### - Deliberazioni

DELIBERAZIONE 27 dicembre 2017, n. 1514

**Modifiche ed integrazioni al manuale Flussi DOC.**

## SEZIONE I

### GIUNTA REGIONALE - Deliberazioni

DELIBERAZIONE 27 dicembre 2017, n. 1514

#### Modifiche ed integrazioni al manuale Flussi DOC.

##### LA GIUNTA REGIONALE

Visto il D.lgs. n. 322/1989 concernente le norme sul sistema statistico nazionale e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il D.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto l'art. 87 della L. n. 388/2000, che ha avviato il "Nuovo Sistema Informativo Nazionale (NSIS) del Ministero della Sanità";

Visto l'accordo quadro della Conferenza permanente fra Stato, Regioni e Province autonome del 22/02/2001 relativo al piano di azione coordinato per lo sviluppo del NSIS e, in particolare, l'art. 6 secondo il quale le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del citato sistema devono essere esercitate attraverso un organismo denominato Cabina di Regia;

Vista intesa Stato-Regioni sancita dalla conferenza del 23/03/2005 che all'art. 3 dispone l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del SSN e che all'art. 6 prevede che il conferimento dei dati al NSIS è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento sulla base dei criteri fissati dalla Cabina di Regia;

Considerato l'articolo 27 del D.lgs. 6 maggio 2011, n. 68 sul federalismo fiscale che prevede il riferimento agli elementi informativi presenti nel NSIS per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali;

Preso atto dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012, di cui alla L. 266/2005 siglata in data 28 ottobre 2010, a tutt'oggi in vigore;

Vista la L.r. n. 40/2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale" e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il Programma Statistico Nazionale (PSN) 2014-

2016. Aggiornamento 2016 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 15 ottobre 2016 - serie gen. - n. 242 e prorogato ai sensi dell'art. 1, c. 16-bis, del decreto-legge n. 244/2016, convertito con legge 27 febbraio 2017, n. 19 - Gazzetta Ufficiale del 28 febbraio 2017- serie gen. - n. 49, Supplemento ordinario n. 14;

Visto il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 approvato con Deliberazione del Consiglio regionale n. 91/2014 ed in particolare il punto 7.3 che impegna il Sistema Informativo e delle Tecnologie Informatiche a garantire gli strumenti per il governo, la programmazione, la valutazione ed il controllo nonché l'assolvimento del debito informativo verso il livello nazionale;

Viste le precedenti DGR n. 659/2001, n. 922/2002, n. 999/2003, n. 439/2004, n. 1394/2004, n. 686/2005, n. 1037/2005, n. 275/2006, n. 887/2007, n. 68/2008, n. 440/2008, n. 1069/2008, n.524/2009, n. 309/2010, n. 1128/2010, n. 799/2011, n. 968/2011, n. 9/2012, n. 1233/2012, n. 20/2013, n. 495/2013, n. 1192/2013, n. 90/2014 e n. 1240/2014, n. 622/2016 che hanno determinato l'attuale versione del Manuale di certificazione dei flussi informativi sanitari, che contiene le specifiche per la gestione, la generazione, l'organizzazione e la trasmissione dei flussi informativi afferenti all'ambito delle attività socio sanitarie;

Visto il DM del Ministero della Salute n.261/2016 "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera" e le relative specifiche funzionali (vers. 16.5 del 04/09/2017);

Considerato che il suindicato DM all'art. 9 comma 2 prevede che a partire dal 1° gennaio 2018 il conferimento dei dati riportati al comma 1, nelle modalità e nei contenuti del decreto, 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;

Visti gli esiti del monitoraggio regionale effettuato sulla SDO nel corso dell'anno 2017 in relazione a quanto stabilito dalla DGR 622/2016;

Valutata la necessità di rafforzare i controlli di qualità in merito al flusso SDO;

Ribadito che una parte significativa dei nuovi contenuti indicati dal DM del Ministero della Salute n. 261/2016 riguarda informazioni presenti nel percorso

chirurgico informatizzato, di cui alla DGR n. 438/2011 e Decreto dirigenziale n. 2279/2011, che risulta quindi componente essenziale per garantire qualità, completezza e tempestività della nuova SDO;

Richiamata l'esigenza di garantire l'integrazione del suddetto percorso chirurgico informatizzato con il sistema software di gestione dei ricoveri ospedalieri al fine rendere disponibile in via elettronica al medico responsabile della predisposizione della SDO le informazioni necessarie ai fini della compilazione della stessa, in modo da assicurare l'efficienza del processo e la qualità dei dati;

Vista l'esigenza di adeguare i flussi Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e Dimesse dagli Istituti di cura per Aborto Spontaneo (AS) alle indicazioni pervenute da ISTAT;

Visto il Regolamento ex D.lgs. n. 196/2003 approvato con DPGR n. 6-R/2013 di attuazione dell'art. 1, comma 1, della LR n.13/2006 concernente il trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte della Regione Toscana, Aziende sanitarie, Enti, Aziende ed Agenzie regionali;

Sentiti il parere del "Settore Sistemi Informativi e tecnologie della conoscenza" della Direzione Generale Organizzazione e Sistemi Informativi per gli aspetti di propria competenza;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare le modifiche ai flussi informativi:

SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera - sezione 1 del manuale dei flussi DOC - allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

IVG - Interruzioni Volontarie di Gravidanza - sezione 9 del manuale dei flussi DOC - allegato B, parte integrante e sostanziale del presente atto;

AS - Dimesse dagli Istituti di cura per Aborto Spontaneo - sezione 10 del manuale dei flussi DOC - allegato C, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di stabilire l'entrata in vigore delle modifiche di cui al punto 1 a partire dal 01/01/2018;

3. di impegnare le Aziende sanitarie ed ESTAR a garantire le azioni tecniche ed organizzative necessarie a garantire la completezza e la qualità della compilazione della nuova SDO nonché la tempestività della trasmissione verso il livello regionale, anche assicurando al medico responsabile della compilazione della SDO la disponibilità in via elettronica delle informazioni necessarie alla compilazione della stessa.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul B.U.R.T. ai sensi dell'art. 5, comma 1, lett. f), della L.r. n. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18, comma 2, della medesima L.r. n. 23/2007.

*Segreteria della Giunta*  
*Il Direttore Generale*  
Antonio Davide Barretta

SEGUONO ALLEGATI

**Allegato A****1 Scheda nosologica (SDO)**

Il flusso attiene alla scheda di dimissione degli Istituti di ricovero prevista dal D.M. Sanità 28.12.1991, che istituisce la scheda di dimissione ospedaliera; dal DM sanità del 26.7.1993; dall'art. 4 del DM Sanità 30.6.1997 per quanto riguarda l'introduzione dell'obbligo di compilazione delle schede nosologiche per i neonati sani; dal DM 380 del 27.10.2010 aggiornato dal DM 135 del 8/7/2010 e dal decreto del Ministero della Sanità in fase finale dell'iter di approvazione, che individuano le informazioni da rilevare, i sistemi di codifica da adottare e le modalità di trasmissione dalle Regioni al Ministero della Sanità; dalla delibera n.10132 dell'11.12.1992 della Giunta Regionale "Istituzione della nuova scheda nosologica e di dimissione" e successive modifiche ed integrazioni. La presente versione del Manuale dei Flussi DOC stabilisce le regole e le codifiche da utilizzare nel flusso SDO nei rapporti tra Aziende sanitarie e Regione Toscana dal 01/01/2018.

**1.1 Modalità di raccolta dei dati**

I dati devono essere acquisiti dall'Azienda sanitaria di competenza anche rispetto ai presidi non direttamente gestiti, ma dei quali costituisce riferimento, come ad esempio le strutture private ubicate sul territorio delle Aziende USL.

L'Azienda sanitaria trasmette i dati alla Regione in modo continuo secondo i tracciati indicati nel §1.8.3 e nel §1.8.4 o nel §1.8.5, questi sono sottoposti ad alcune procedure di controllo i cui risultati sono riscontrabili nei dati che la Regione restituisce alle Aziende sanitarie (§1.8.3 e §1.8.4 o §1.8.5). Le Aziende sanitarie sono tenute a comunicare ai presidi non direttamente gestiti, ma dei quali costituiscono riferimento, l'esito dei controlli effettuati a livello regionale, secondo modi e tempi da consentire a tali presidi lo svolgimento degli adempimenti di propria competenza sui dati generati.

**1.2 Modalità di messa a disposizione dei dati**

I dati devono essere trasmessi mediante il sistema previsto dalla DGR 752/2013 e successive modifiche ed integrazioni.

**1.3 Tempi di messa a disposizione dei dati**

I dati devono essere messi a disposizione del Sistema Regionale con la minor latenza possibile e comunque entro la fine del mese successivo a quello di erogazione. Nel caso in cui la scadenza sopra indicata rientri in giorni non lavorativi, questa è rimandata al primo giorno lavorativo utile.

I consolidati, ai fini delle compensazioni infraregionali, sono definiti con i dati trasmessi entro il 5 febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento.

**1.4 Contenuti****1.4.1 Da Aziende sanitarie a Regione**

Caratteristiche elettroniche:

fino al 31/12/2018 coesistono due modalità di trasmissione: tracciato TXT e tracciato XML.

dal 01/01/2019 solo tramite tracciato XML

dal 01/01/2020 solo ad eventi.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nei tracciati riportati nel §1.8.3e nel §1.8.4 o §1.8.5.

**Nessun altro contenuto ammesso.**

*1. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A****1.4.2 Da Regione ad Aziende sanitarie**

Caratteristiche elettroniche:

fino al 31/12/2018 coesistono due modalità di trasmissione: tracciato TXT e tracciato XML.

dal 01/01/2019 solo tramite tracciato XML

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nel §1.8.3 e §1.8.4 o §1.8.5.

I record, scartati e non, sono restituiti alle Aziende sanitarie che hanno provveduto all'invio.

Le Aziende USL ricevono in modo continuo anche le prestazioni rese ai propri residenti ovunque fruite nell'ambito del territorio regionale (cosiddetta mobilità passiva infraregionale). I record riguardanti la mobilità passiva sono restituiti all'Azienda USL di residenza dell'utente, anche nel caso in cui siano presenti errori gravi (codice "2" §1.6) e siano quindi privi della valorizzazione economica.

Al fine di consentire alle Aziende USL la valutazione massima del volume di prestazioni fruite dai propri residenti presso strutture di ricovero di altre Aziende sanitarie, la restituzione del passivo alle Aziende USL è effettuata in base ai campi **regint** e **uslint**. Tali campi, ricalcolati dalla Regione secondo quanto specificato nel §1.7.1, contengono rispettivamente le codifiche della regione e dell'USL di residenza dell'utente.

In questo modo si tende a fornire alle Aziende USL il maggior numero possibile di informazioni che si riferiscono ai residenti che hanno fruito di prestazioni presso presidi diversi dai propri. Il dato fornito alle Aziende USL, quindi, tende a configurarsi come quello massimo, salvi gli aggiornamenti conseguenti alle correzioni apportate dai diversi produttori con eventuali invii successivi.

Per le Aziende USL sono, altresì, restituiti i record relativi a prestazioni effettuate dalle Aziende ospedaliere, ubicate sul territorio dell'Azienda USL stessa, a favore di utenti stranieri.

**1.5 Organizzazione del sistema informativo**

L'Azienda sanitaria di erogazione ed ESTAR, ognuno per quanto di propria competenza, garantiscono la qualità del contenuto informativo e la tempestività della trasmissione. In particolare ESTAR dovrà mettere in atto tutte le azioni necessarie affinché i vari sistemi informativi/gestionali che concorrono a definire i contenuti previsti dal presente manuale siano integrati.

**1.5.1 Sistema con tracciato TXT**

Le informazioni, rilevate in due archivi collegati relazionalmente, devono essere inviate secondo i tracciati previsti dal presente manuale (§1.8.3 e §1.8.4).

L'archivio denominato SDO1 è l'archivio principale e contiene le informazioni inerenti la struttura erogatrice e i reparti, le caratteristiche del ricovero, l'utente, il medico proponente, le informazioni utili per la gestione della compensazione economica. A ogni record di SDO1 corrisponde una scheda di dimissione ospedaliera.

L'archivio denominato SDO2 è l'archivio di dettaglio e contiene le informazioni riguardanti gli interventi e le procedure erogate.

Il collegamento relazionale tra gli archivi SDO1 e SDO2 avviene grazie alla presenza in entrambi di un set di campi (**azist**, **codosp**, **anprat**, **nprat**) che costituiscono la chiave la cui univocità deve essere garantita per tutto l'anno di riferimento.

I record di SDO2 insieme al record di SDO1, cui sono collegati relazionalmente, sono chiamati di seguito "*scheda di dimissione ospedaliera*".

Nell'archivio SDO2 i record che si riferiscono a un medesimo ricovero sono identificati in maniera univoca attraverso il campo **progressivo**.

1. *Scheda nosologica (SDO)*

## **Allegato A**

Le procedure regionali di controllo e validazione dei dati trasmessi dalle Aziende sanitarie alla Regione individuano le schede scartate e le schede che possono entrare a far parte del database regionale con l'identificazione di eventuali errori e della relativa gravità

### **1.5.2 Sistema con tracciato XML**

Le informazioni devono essere inviate secondo il tracciato e le regole sintattiche previste nel documento XSD riportato al §1.8.5. La validità sintattica dei contenuti secondo lo schema XSD è requisito indispensabile per l'accettazione della fornitura da parte del sistema regionale di controllo e validazione dei dati che individua le schede scartate e le schede che possono entrare a far parte del database regionale con l'identificazione di eventuali errori e della relativa gravità (§1.8.1 e §1.8.2).

### **1.5.3 Procedura per la determinazione delle schede da scartare**

Motivi che determinano lo scarto dei record:

- errata compilazione del campo **opera**;
- errata compilazione dei campi che compongono la chiave;
- chiave non univoca;
- solo per tracciato txt: assenza di record in SDO1 per ciascun valore della chiave di SDO2
- solo per tracciato txt: errata compilazione dei campi con codice 9 nella colonna "Errore" dei tracciati riportati al §1.8.1 e 1.8.2.
- solo per tracciato xml: secondo le regole riportate al §1.8.5.

Nel caso in cui una delle verifiche sopraindicate dia esito negativo, il record è scartato, ma comunque sottoposto alle successive procedure di controllo, non entra, però, a far parte del database regionale ed è restituito all'Azienda sanitaria inviante.

Si ricorda che i controlli descritti sono eseguiti secondo la sequenza sopra indicata e la generazione di uno degli errori blocca la prosecuzione degli algoritmi successivi di individuazione delle schede da scartare.

### **1.5.4 Procedure di controllo**

I record, scartati e non, sono sottoposti a controlli formali e di congruità:

- ogni singola informazione è sottoposta ai controlli descritti nella colonna denominata "note" nei tracciati riportati ai 1.8.3, §1.8.4.
- L'esito del controllo è segnalato nel corrispondente campo **flag Errore** dei tracciati riportati ai §1.8.3, §1.8.4 e §1.8.5 con il codice 0 e 1, dove 0 indica assenza di errori e 1 indica presenza di errori;
- i campi generati al punto precedente concorrono a definire la qualità del record sintetizzata nel campo **flag stato scheda** del tracciato riportato al §1.8.3 e al §1.8.5. Nella colonna "errore" dei tracciati riportati ai 1.8.3, §1.8.4 è indicato il codice di errore che l'errata compilazione del campo in oggetto genera nel campo **flag stato scheda**. Nel campo **flag stato scheda** sarà presente il codice di errore più alto (vedi §1.6) fra quelli relativi ai campi segnalati come affetti da errori.

Le Aziende sanitarie possono provvedere con un successivo invio, alla correzione e alla cancellazione dei dati già inviati:

- se l'Azienda intende correggere record presenti nel database regionale può trasmettere le correzioni ponendo il campo **opera=2** e mantenendo invariato il contenuto dei campi che costituiscono la chiave. Può quindi rinviare sia schede corrette (**flag stato scheda=0**) sia schede in cui le procedure regionali hanno

**Allegato A**

individuato errori lievi (**flag stato scheda=1**) o gravi (**flag stato scheda=2**). La scheda sarà sottoposta a tutte le procedure regionali di controllo e sostituirà la scheda del database regionale - (sostituzione).

- se l'Azienda intende eliminare schede presenti nell'archivio regionale deve trasmettere nuovamente la scheda in questione mantenendo invariato il contenuto dei campi che costituiscono la chiave ponendo il campo **opera=3** (cancellazione).

Nel caso in cui l'Azienda abbia la necessità di variare il contenuto di uno o più campi che costituiscono la chiave, deve procedere a:

- 1) rinviare il record contenente l'errore mantenendo invariato il contenuto dei campi che costituiscono la chiave e ponendo il campo **opera=3** (cancellazione);
- 2) inviare il record con i campi chiave corretti e il campo **opera=1** (invio).

Oltre la data fissata per il consolidamento degli archivi, le schede scartate non potranno più essere inviate e le schede con errori gravi, acquisite ma non valorizzate economicamente, non potranno più essere corrette.

**1.5.5 Tabelle di supporto**

I controlli dei valori di alcuni campi vengono effettuati utilizzando gli archivi di supporto contenuti le codifiche predisposte dalla Regione Toscana. Per tutte le codifiche, necessarie per la compilazione dei tracciati della presente versione, l'Azienda deve fare riferimento esclusivamente a tali archivi che risultano essere il sistema di codifica ufficiale definito a livello regionale.

La necessità di garantire un sistema dinamico di aggiornamento di alcune delle variabili ha indotto la Regione Toscana a mettere a disposizione tali archivi alle Aziende sanitarie mediante l'infrastruttura di cooperazione applicativa, rendendo così i sistemi di codifica indipendenti dai contesti formali tipici della pubblica Amministrazione.

Due sono le modalità di integrazione previste:

1. mediante RFC 178, che prevede una cooperazione applicativa tra i sistemi software,
2. mediante interfaccia di download.

**1.6 La qualità dei record: flag stato scheda**

Di seguito è riportato l'elenco dei possibili valori presenti nel campo flag stato scheda tracciato §1.8.3 e §1.8.5

**0:** scheda esatta, cioè che non presenta errori su nessun campo.

**1:** segnala l'esistenza di errori lievi su uno o più campi che non pregiudicano la valorizzazione economica della scheda in questione.

**2:** segnala l'esistenza di errori gravi", in questo caso la dimissione non è valorizzata (i campi **imp1reg** e **imp2reg** riportano 000000,00).

**9:** segnala la presenza, su uno o più campi, di "errori scartanti" in questo caso il record principale e i record di dettaglio sono scartati. I record sono restituiti all'Azienda sanitaria inviante ma non entrano a far parte dell'archivio consolidato regionale.

**1.7 Elementi significativi del tracciato****1.7.1 criteri per la determinazione delle quote informative attribuite dalla Regione**

1. **DRG attribuito dalla regione (DRGreg):** dal 01/01/2009 il codice DRG riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
2. **MDC attribuito dalla regione (MDCreg)** dal 01/01/2009 il valore riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper.

1. Scheda nosologica (SDO)

**Allegato A**

3. **Importo (imp1reg)**: dal 01/01/2009 l'importo in Euro è attribuito il relazione al codice DRG riportato nel campo **drgreg** è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
4. **Importo oltre soglia (imp2reg)** dal 01/01/2009 l'importo in Euro è attribuito il relazione al codice DRG riportato nel campo **drgreg** è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
5. **Regione e Azienda USL di residenza utente attribuita dalla Regione** campi **regint** e **uslint**: vista l'importanza dell'informazione della residenza dell'utente le procedure regionali restituiscono questi due campi cercando di effettuare la massima attribuzione secondo i seguenti criteri:
  - a) utente coperto da anonimato:
    - se **regresu=090 (toscano)** e **uslresu ∈ 101-112 → regint=090 e uslint=uslresu**,
    - se **regresu=090 (toscano)** e **uslresu ∉ 101-112 → regint=090 e uslint=000** (non attribuibile)
    - se **regresu** contiene un codice di regione italiana e **uslresu ∈ 000-999 → regint=regresu e uslint=uslresu**
    - se **regresu** contiene un codice di regione italiana e **uslresu ∉ 000-999 → regint=regresu e uslint=000** (non attribuibile)
    - se **regresu=999 (straniero)** e **uslresu=codice di Stato estero → regint=999 e uslint=uslresu**
    - se **regresu=999 (straniero)** e **uslresu≠codice di Stato estero → regint=999 e uslint=000** (non attribuibile)
    - se **regresu≠999** e da un codice di regione italiana → **regint=000** (non attribuibile) e **uslint=000** (non attribuibile).
  - b) utente residente in Italia (primi 3 caratteri del campo **lures≠999**):
    - se **lures=codice di comune italiano → regint e uslint** da tabella **AZIENDE\_COMUNI**
    - se **lures≠codice di comune italiano → vedi punto a.**
  - c) utente non residente in Italia (prime 3 posizioni del campo **lures=999**)
    - se le ultime 3 posizioni di **lures=codice di Stato estero → regint=999 e uslint=ultime 3 posizioni di lures**
    - se le ultime 3 posizioni di **lures≠codice di Stato estero → vedi punto a.**
6. **Età alla dimissione del paziente (eta)**: le procedure regionali calcolano l'età del paziente alla dimissione (in anni compiuti). L'età è calcolata come differenza fra data di dimissione e data di nascita
7. **Giornate di degenza (ggdeg)**: le giornate di degenza vengono determinate in modo diverso a seconda della tipologia di ricovero. Infatti per ricoveri di day hospital la durata coincide con il valore posto nella variabile preposta a contenere il numero di accessi, mentre in tutti gli altri casi si effettua la differenza fra data di ingresso e data di dimissione se non ci sono trasferimenti alla specialità fittizia PT.  
Poiché nel calcolo delle giornate di degenza ci sono molte eccezioni da tenere in considerazione è opportuno fare i seguenti controlli;
  - se **regimric=1** (ordinario) →
    - se **datigr=datdim → ggdeg=1**;
    - se **rep1-rep15≠PT → datdim-datingr**;
    - se almeno uno dei reparti **rep1-rep15=PT** → le giornate di degenza saranno ottenute sottraendo da (**datdim-datingr**) i giorni intercorsi dalla data di trasferimento in specialità in PT alla data di riammissione in un'altra specialità. Se quest'ultima data non è presente allora i giorni da sottrarre sono pari



**Allegato A**

alla differenza fra la data di trasferimento in specialità PT e la data di dimissione. Non saranno calcolate le giornate di degenza se non è specificata o è incongrua la data di trasferimento alla specialità PT

- se **regimric=2** (DH) → **ggdeg=ndh**, fatte salve le seguenti eccezioni:
  - se **datdim-datingr+1<ndh** → **datdim-datingr+1**;
  - se **ndh=000** o **blank** → **1**;

8. **Tipologia di ricovero (tiporic)**: le informazioni contenute in questo campo sono un'espansione dell'informazione contenuta nel **regime di ricovero** utili principalmente per la tariffazione e classificazione più dettagliata del ricovero; i valori assunti da tale variabile sono:

- 1=ordinario con durata superiore o uguale a due giorni
- 2=ordinario con durata inferiore a due giorni senza trasferimento
- 3=ordinario con durata inferiore a due giorni con trasferimento
- 5=day hospital medico
- 6=day hospital chirurgico
- 7=riabilitazione ordinaria
- 8=riabilitazione day hospital
- 9=lungodegenza
- 0=non attribuibile

La procedura di calcolo di tale campo si sviluppa come segue:

- se **regimric≠1** o **2** → **0**;
- se **repdim=60xx** → **9**
- se **regimric=1**
  - se **repdim=28xx** o **56xx** o **75xx** → **7**
  - se **ggdeg≥2** → **1**
  - se **ggdeg<2**
    - se **modim=1** o **6** → **3**
    - altrimenti **2**
- se **regimric=2**
  - se **repdim=28xx** o **56xx** o **75xx** → **8**
  - se **DRGreg** è di tipo medico o non specificato → **5**
  - se **DRGreg** è di tipo chirurgico → **6**

9. **Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (certMEF)**: il campo può assumere i seguenti valori: 0=IDutente da sottoporre al MEF; 1=IDutente certificato MEF; 2=IDutente non certificato MEF; 9=IDutente non presente in anagrafe regionale.

**Allegato A****1.8 Contenuti e tracciati delle prestazioni di ricovero in vigore dal 01/01/2018**

La struttura dei tracciati record da trasmettere alla Regione Toscana fornisce per ciascun campo una serie di informazioni che di seguito presentiamo: nella colonna, denominata **Campo**, è presente un numero progressivo, indicante l'ordine di presentazione dello specifico campo.

nella colonna seguente, denominata **Nome**, si fornisce nome sintetico ed univoco all'interno dell'archivio del campo.

Nella colonna **Descrizione** si fornisce una denominazione descrittiva del contenuto del campo.

Nella colonna **Tipo** si indica la natura del campo con le seguenti lettere:

- C=campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a sinistra con eventuali blank a destra
  - N=campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a destra con eventuali zeri non significativi a sinistra
  - D=campi data che devono rispettare il formato ggmmaaaa
  - E=campi euro che devono rispettare il formato euro con eventuali zeri non significativi a sinistra: eeeee,ee
  - T=campi orario che devono rispettare il formato HH:mm o null
- Nella colonna **Lung.** è indicata la lunghezza del campo.
- Nella colonna **Note** si forniscono le modalità di compilazione di ciascun campo contenuto nel tracciato record ed i controlli effettuati dal validatore.
- Nella colonna **Errore** si fornisce il tipo di errore attribuibile al campo nel caso in cui il valore in esso contenuto non fosse corretto.
- Nella colonna **Modifiche** si indica il tipo di modifiche effettuate rispetto alla precedente versione:

- 0=assenza di modifiche
- 1=precisazioni
- 2=nuovo
- 3=modificato il controllo
- 4=valori ammessi e/o lunghezza campo
- 5=cambiato errore
- 6=valori ammessi spostati in tabella
- 7=eliminato

Nella colonna **Ministero** con X e S sono indicate le informazioni che costituiscono un debito informativo verso il Ministero della Sanità, S indica che l'errata compilazione del campo comporta lo scarto da parte del Ministero.

Nella colonna **Codifica Ministero/Note** l'eventuale mappatura tra codici regionali e ministeriali e/o altri algoritmi per definire l'informazione secondo quanto previsto dal livello centrale.

La validazione dei campi viene effettuata verificando che il contenuto corrisponda a uno dei valori ammessi. Per i campi sottoposti a compilazione condizionata (es. fraz\_eiez, prioritá, ecc.) l'informazione viene considerata obbligatoria soltanto al verificarsi delle condizioni esplicitate; nel caso in cui il campo sia compilato al di fuori delle condizioni di obbligatorietà viene comunque verificato che il contenuto corrisponda a uno dei valori ammessi. Lo stesso vale per i campi facoltativi (es. dia2, dia3, rep1, rep2, ecc.): se il campo è compilato deve contenere uno dei valori ammessi, altrimenti viene attribuito l'errore.

**Allegato A**  
**1.8.1 Tracciato TXT della Scheda di Dimissione ospedaliera inviato dall'Azienda Sanitaria alla Regione Toscana: archivio principale (SDO1)**

Nome campo	Descrizione	Tipo	Lang.	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
1	opera Tipo operazione	C	1	Valori ammessi: 1=invio; 2=sostituzione; 3=eliminazione. Per le specifiche di compilazione vedi §1.5.4	9	0	
2	azist Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	3	Campo chiave Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale. Valori ammessi: tabella <b>STRUTTURE_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_azienda</b> . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla dimissione ( <b>datdim</b> ).	9	3	
3	codosp Codice ospedale/sede ospedale	C	8	Campo chiave: valori ammessi: tabella <b>STRUTTURE_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura</b> . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla dimissione ( <b>datdim</b> ).	9	0	tabella <b>STRUTTURE_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura_MS</b>
4	anprat Anno pratica	N	4	Campo chiave: anno solare di apertura della cartella. Validazione: <b>anprat</b> =anno di <b>datinpr</b> .	9	0	
5	nprat N° pratica	N	6	Campo chiave: il valore deve essere univoco, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o Day Hospital), all'interno dell'anno solare e rispetto al presidio ospedaliero (primi 6 caratteri di <b>codosp</b> ). Valori ammessi: >000000.	9	0	ultime due posizioni di <b>anprat</b> = <b>nprat</b>
6	tipoindu Tipologia del codice individuale dell'utente	C	1	Valori ammessi: tabella <b>SPA_TIPOINDU</b> colonna <b>cod_tipoindu</b> con <b>flag_spa=1</b>	2	0	X
7	IDutente Identificativo Univoco dell'utente	C	24	In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri. Tale identificativo è quello attribuito dalla Regione Toscana per i soggetti già presenti nell'anagrafe sanitaria, mentre nel caso dei pazienti non ancora presenti questi devono essere censiti tramite la RFC 85. Il valore immesso, solo per le schede con <b>lures</b> e/o <b>lunasc</b> italiano, deve essere già presente in anagrafe regionale e deve corrispondere ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. I criteri di compilazione in relazione a <b>tipoindu</b> sono esplicitati nella tabella <b>SPA_TIPOINDU</b> colonna <b>compilazione_IDutente</b> .	9	5	ID→CF e criptazione secondo quanto disposto dal ministero inviare null per i neonati
8	sexu Sesso dell'utente	C	1	Valori ammessi: 1=maschio, 2=femmina, 9=non definito	9	0	S
9	datanasc Data di nascita dell'utente	D	8	Valori ammessi: ggmmaaaa Validazione: <b>0</b> ≤( <b>datinpr</b> - <b>datanasc</b> )<124 anni.	9	0	S
10	lunasc Luogo di nascita	C	6	Sistema di codifica ISTAT.	2	5	S

1. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
11	<b>stato</b> <b>civ</b>	Stato civile	C	1	Valori ammessi tabella <b>STATO_CIVILE</b> (dove colonna <b>SDO=1</b> )	4 9 e 6	S	sono state aggiunte le modalità inerenti l'unione civile tabella <b>STATO_CIVILE</b> colonna <b>MS_codice</b>
12	<b>lures</b>	Residenza utente	C	6	Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente alla ammissione. Sistema di codifica ISTAT. Se residente in Italia → codice del comune di residenza, tabella <b>COMUNI</b> colonna <b>cod_comune</b> ; se <b>STP</b> o <b>ENI</b> → 999xxx, dove xxx è il codice dello stato di nazionalità del soggetto rilevabile dal tesserino <b>STP</b> o <b>ENI</b> , tabella <b>STATO</b> colonna <b>cod_stato</b> (≠100); se residente in altro stato → 999xxx, dove xxx è il codice dello stato di residenza, tabella <b>STATI</b> colonna <b>cod_stato</b> (≠100). Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla L.127/97 e successive modifiche od integrazioni. Non viene effettuata la validazione del campo nel caso in cui l'utente sia coperto da anonimato ( <b>tipoindu</b> compilato con un codice riferibile ad anonimo) Validazione: comune attivo alla data di ingresso in ospedale	2 3	S	se residente all'estero (999xxx) e <b>ludom</b> è un comune italiano → <b>ludom</b> se con compilato → 000000
13	<b>usl</b> <b>resu</b>	Azienda sanitaria di residenza utente	C	3	Valori ammessi: se utenti residenti in Italia → codice ministeriale della USL di residenza (DM 05/12/2006 e successive modifiche e/o integrazioni), tabella <b>AZIENDE_COMUNI</b> colonna <b>cod_azienza</b> se utenti non residenti in Italia, compresi <b>STP</b> e <b>ENI</b> → codice ISTAT dello stato di residenza, tabella <b>STATI</b> colonna <b>cod_stato</b> . Validazione: verifica di congruenza con <b>lures</b> . Sistema di codifica ISTAT.	2 0	S	se <b>lures=999xxx</b> e <b>ludom</b> è un comune italiano → codice dell'azienda USL corrispondente se <b>lures=999xxx</b> e <b>ludom</b> non è un comune italiano → <b>999</b> altrimenti → <b>uslint</b> se <b>lures=999xxx</b> e <b>ludom</b> è un comune italiano → codice regione corrispondente se <b>lures=999xxx</b> e <b>ludom</b> non è un comune italiano → xxx altrimenti → <b>regint</b> se vuoto → 000
14	<b>reg</b> <b>resu</b>	Regione di residenza dell'utente	C	3	Valori ammessi: se utenti residenti in Italia → codice delle regioni italiane, tabella <b>AZIENDE_COMUNI</b> colonna <b>cod_regione</b> . se utenti non residenti in Italia, compreso <b>STP</b> ed <b>ENI</b> → <b>999</b> . Validazione: verifica di congruenza con <b>lures</b> . Sistema di codifica ISTAT.	2 0	S	se <b>lures=999xxx</b> e <b>ludom</b> è un comune italiano → codice regione corrispondente se <b>lures=999xxx</b> e <b>ludom</b> non è un comune italiano → xxx altrimenti → <b>regint</b> se vuoto → 000
15	<b>cittu</b>	Cittadinanza dell'utente	C	3	Sistema di codifica ISTAT.	2 5	S	se vuoto → 000

## Allegato A

Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
				Valori ammessi: se cittadino italiano → 100; se cittadino non italiano → codice dello stato di cittadinanza, tabella <b>STATI</b> ; se non rilevato → 000.			
16 <b>titistu</b>	Titolo di studio	C	1	Valori ammessi: tabella <b>TITOLO_STUDIO</b> colonna <b>cod_titolo_studio</b>	9	5	colonna <b>MS_titolo_studio</b> della tabella RCT se vuoto → 9
17 <b>ludom</b>	Luogo di domicilio	C	6	Da compilare con il codice ISTAT del comune di domicilio per gli stranieri non residenti ma iscritti al SSN. Valori ammessi: se <b>cittu</b> ≠100 e <b>lures</b> =999xxx → codice del comune di domicilio, come da tabella <b>COMUNI</b> e colonna <b>cod_comune</b> ; altrimenti → 000000.	1	1	
18 <b>datngr</b>	Data di ricovero	D	8	Valori ammessi: ggmmaaaa. Validazione: <b>datanasc</b> ≤ <b>datngr</b> ≤ <b>datdim</b> se <b>regimrie</b> =2 → indicare il primo giorno del ciclo di contatti con la struttura nell'anno (anno di <b>datngr</b> =anno di <b>datdim</b> ). Per i nati nella struttura relativamente al ricovero contingente la nascita ( <b>neonat</b> =1 o 2) <b>datngr</b> = <b>datanasc</b> .	9		ggmmaaaa → aaaa-mm-gg
19 <b>ora_ingr</b>	Ora di ricovero	T	5	Per i ricoveri urgenti disposti dal pronto soccorso e inviati direttamente in sala operatoria, in emodinamica, o ad altro servizio analogo, l'ora di ricovero corrisponde all'ora di ingresso in sala operatoria o emodinamica o altro servizio analogo, negli altri casi l'ora di ricovero corrisponde all'assegnazione del posto letto. Per i nati nella struttura relativamente al ricovero contingente la nascita, l'ora di ricovero coincide con l'ora di nascita. Valori ammessi HH:mm <b>datngr+ora_ingr</b> ≤ <b>datdim+ora_dim</b>	2	5	se <b>regimrie</b> =2 → null
20 <b>provza</b>	Provenienza del paziente	C	2	La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero. Valori ammessi e validazione: come da tabella <b>PROVENIENZA_PAZIENTE</b> inoltre viene verificato che: - per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi, <b>neonat</b> =1 o 2 e <b>datanasc</b> = <b>datngr</b> - per i pazienti che accedono all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico <b>tiporico</b> ≠1 o 3 o 5	9	6	<b>MS_PROVZA</b> della tabella RCT

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
21	Vuoto	vuoto	C	24	vuoto	0	7		eliminato ID medico proponente
22	regimric	Regime ricovero	C	1	Valori ammessi: 1=ricovero ordinario, 2=ricovero in Day-Hospital (DPR 20 ottobre 1992, L. 229/1999 e successive modifiche ed integrazioni). In caso di DH devono essere compilati anche i campi <b>finaldh</b> , <b>ndh</b> .	9	0	S	
23	codospingr	Codice ospedale/sede ospedale di ingresso	C	8	valori ammessi: tabella <b>STRUTTURA_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura</b> . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla ammissione ( <b>datangr</b> ) e riferito al medesimo presidio di <b>codosp</b> (prime 6 posizioni)	9	0	S	
24	repingr	Reparto di ammissione	C	4	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. Valori ammessi: primi quattro caratteri identificativi dell'unità operativa nei modelli HSP.12/13 <sup>3</sup> (i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera, gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta la divisione nell'ambito della stessa disciplina) Valori ammessi nelle prime due posizioni: tabella <b>SPECIALITA</b> ultime due posizioni della colonna <b>cod_specialita</b> ad eccezione del codice PT. Inoltre se <b>datangr</b> è valida: per le strutture che compilano il modello HSP12, si verifica che il codice del reparto (quattro caratteri) sia presente nella tabella <b>STRUTTURA_SPECIALITA</b> ; per le strutture che compilano il modello HSP13 (posti letto autorizzati), si verifica che la specialità (prime due posizioni) sia presente nella tabella <b>STRUTTURA_SPECIALITA</b> .	9	0	S	tabella <b>STRUTTURA_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura_MS+repingr</b>
25	tiporico	Tipo di ricovero	C	1	Il tipo di ricovero 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. Valori ammessi: 0=neonati limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi ( <b>datanasc=datangr</b> e <b>neonat=1 o 2</b> )	2	0	S	se <b>regimric=2</b> →blank. 0→blank; 5→4.

<sup>3</sup> rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende sanitarie  
I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
					<p>1=ricovero programmato, non urgente;            2=ricovero urgente;            3=ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);            5=ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art.1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662), in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione.            6=parto non urgente</p>			
26	<b>percorso</b>	Tipo percorso	C	1	<p>Al fine di monitorare compiutamente le attività di ricovero programmato, il presente campo sarà utilizzato per analizzare i tempi di attesa per specifiche linee di ricovero. Il tipo percorso deve essere compilato per tutti i ricoveri in regime diurno (<b>regimic=2</b>) e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (<b>regimic=1</b> e <b>tiporico=1</b> o <b>5</b>).            Valori ammessi tabella <b>SDO_PERCORSO</b> colonna <b>cod_percorso</b>.</p>	2 0		
27	<b>datadisp</b>	Data di prima disponibilità	D	8	<p>In caso di ricovero programmato (<b>regimic=2</b> o <b>regimic=1</b> e <b>tiporico=1</b> o <b>5</b>) questo campo deve essere compilato con la prima data che la struttura propone per il ricovero.            Tale data può essere coincidente con quella di ammissione nel caso in cui non ci siano stati impedimenti clinici o personali da parte dell'utente.            Questo campo deve essere sempre compilato nel caso in cui sia compilato <b>datadisp</b> e <b>datapre</b> e <b>dataingr</b>.</p>	1 1		
28	<b>datapre</b>	Data di prenotazione	D	8	<p>Il concetto di prenotazione fa riferimento al momento in cui il cittadino esprime la sua volontà rispetto al ricovero, ovvero è la data in cui la richiesta di ricovero programmato perviene all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa.            Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della L.724/94 e successive modifiche e/o integrazioni.            Si precisa che in caso di rivalutazione che modifichi la priorità dell'intervento deve essere inserita la data di aggiornamento della lista di programmazione chirurgica ed il relativo codice di priorità.            La data di prenotazione deve essere compilata:            - per tutti i ricoveri in regime diurno (<b>regimic=2</b>) e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (<b>regimic=1</b> e <b>tiporico=1</b> o <b>5</b>).            - nei casi in cui tra la data di prenotazione e la data del ricovero programmato interviene una urgenza per la stessa patologia, pertanto l'utente viene ricoverato prima del giorno programmato sebbene <b>tiporico</b>≠1 e 5.            La data di prenotazione può essere compilata in caso di ricovero non programmato (<b>regimic=1</b> e <b>tiporico</b>≠1 e 5).</p>	2 0 S		<p>se <b>regimic=1</b> e <b>tiporico</b>≠1 o 5 → null            se non valida → null            altrimenti ggmmaaaa →            aaaa-mm-gg</p>

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					In caso di trasferimenti da altri presidi di ricovero la data di prenotazione è la data in cui il trasferimento è stato concordato tra le due strutture. Valori ammessi: ggmmaaaa (datanasc<dataingr e datingr-datapre<50gg) Fonte informazione: da integrazione con il sistema informativo di gestione liste di programmazione.				
29	priorità	Classe di priorità del ricovero	C	1	Per tutti i ricoveri per i quali è inserita la data di prenotazione dovrà essere compilata la classe di priorità. Le modalità di compilazione di questo campo sono quelle previste dalla DGR 493/2011, dal decreto dirigenziale 5580/2013 e successive modifiche e/o integrazioni. La compilazione di questo campo deve essere effettuata in caso di ricovero programmato (regimrie=2 o regimrie=1 e tiporico=1 o 5) e deve essere coerente con il valore inserito in percorso. I valori ammessi sono riportati nella tabella SDO_CLASSI_PRIORITA. Fonte informazione: da integrazione con il sistema informativo di gestione liste di programmazione.	2	0	S	se regimrie=1 e tiporico≠1 o 5→null se f_priorità=1→null altrimenti→tabella SDO_CLASSI_PRIORITA colonna cod_classe_MS
30	finaldh	Finalità del Day-Hospital	C	1	Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in DH. Valori ammessi: se regimrie=2→ 1=terapeutico, da utilizzare in caso di DH medico per fini terapeutici 2=riabilitativo 3=diagnostico, da utilizzare in caso di DH medico, per fini diagnostici. 4=di controllo periodico, da usare in caso di DH medico (compreso follow up) 5=psichiatrico 8=chirurgico (day surgery), da utilizzare in caso di interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive se regimrie=1→0.	2	0	S	se regimrie=2 1→3 2→4 3→1 4→1 5→3 8→2 0→null altrimenti null
31	ndh	Numero presenze in Day-Hospital	N	3	Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in DH e indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto accessi presso la struttura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale. 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. Valori ammessi: se regimrie=2→000 <ndh<(datdim-datingr+1); se regimrie=1→000.	2	0	S	se regimrie=1→null
32	Neonat	Neonato	C	1	Valori ammessi e validazione:	2	0		

I. Scheda nosologica (SDO)



## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
33	<b>skmadre</b>	Numero scheda della puerpera	N	10	<p>0=non neonato → <b>datanasc≠datingr</b>            1=neonato sano → <b>datanasc=datingr</b>            2=neonato non sano → <b>datanasc=datingr</b> e <b>DRGreg≠391</b>            3=neonato proveniente da altro istituto di ricovero e cura o dal luogo di nascita, trasferito quindi da altro ospedale o dal luogo di nascita il giorno stesso della nascita → <b>datanasc=datingr</b> e <b>DRGreg ≠391</b>.</p> <p>Nel caso si tratti della SDO di un neonato relativa all'evento della sua nascita, il campo va compilato con il numero progressivo della scheda SDO della puerpera.            Valori ammessi e validazione:            se <b>SDO</b> relativa a non neonato (<b>neonat =0 o 3</b>) → 0000000000;            se <b>SDO</b> relativa a neonato sano o se neonato non sano (<b>neonat=1 o 2</b>) → <b>anprat+nprat</b> della SDO della madre;            se la puerpera richiede l'anomimato o il neonato viene dato in adozione → 9999999999.</p>	2 5 X	se 0000000000 → null altrimenti dalla 3° posizione	
34	<b>pesonasc</b>	Peso alla nascita	N	4	<p>Questa informazione identifica il peso alla nascita e va riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero contingente alla nascita dello stesso.            Valori ammessi e validazione:            se ricovero non contingente la nascita → 0000.            se ricovero contingente la nascita (<b>datanasc=datingr</b> e <b>neonat=1 o 2</b>) → peso in grammi: &gt;0099.</p>	2 5 S	0000 → null se f_pesonasc=1 → null	
35	<b>codosp1</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 1° trasferimento	C	8	<p>Il valore riportato deve essere coerente con i codici diagnosi appartenenti alle categorie ICD9CM 764-766 (problemi di crescita fetale, prematurità ecc.).            Nel caso di ricoveri ordinari e se l'intervento chirurgico o procedura diagnostica e terapeutica è stato effettuato in modalità "service" presso un Istituto di cura diverso da quello di ricovero (quindi senza chiusura della SDO) deve essere indicato il codice della struttura in cui vengono eseguite le procedure.            Valori ammessi:            se l'ospedale è toscano (primi tre caratteri =090) → tabella <b>STRUTTURA_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura</b> (il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (<b>trasf1</b>))            altrimenti si controlla che i primi 3 caratteri sino corrispondenti ad una Regione italiana valida (tabella <b>REGIONI</b>)            se <b>codchi est=1</b> → uno dei trasferimenti deve avere i primi 6 caratteri del codice dell'ospedale → dai primi 6 caratteri di <b>codosp</b>.</p>	2 1 X	se <b>regimrie=2</b> → null altrimenti tabella <b>STRUTTURA_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura_MS+rep1</b>	
36	<b>rep1</b>	Reparto trasferimento 1	C	4	<p>I caso di ricovero ordinario, i trasferimenti interni descrivono il percorso che il paziente ha seguito durante il ricovero all'interno di uno presidio ospedaliero.</p>	2 0 X		

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Nota	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
				<p>Il trasferimento interno si ha quando il paziente viene trasferito da un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto ad un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto diversi all'interno dello stesso presidio ospedaliero.</p> <p>In questo campo deve essere inserito il codice dell'unità operativa presso cui è stato trasferito il paziente.</p> <p>Nel caso di ricoveri ordinari e se l'intervento chirurgico o procedura diagnostica e terapeutica è stato effettuato in modalità "service" presso un Istituto di cura diverso da quello di ricovero (quindi senza chiusura della SDO) deve essere indicato il reparto in cui vengono eseguite le procedure.</p> <p>Valori ammessi:            se <b>regimrie=2</b> → non compilare            se <b>regimrie=1</b> e <b>tras1</b> è compilato → si verifica che le prime due posizioni corrispondano ai valori riportati nella tabella <b>SPECIALITA</b>, ultime 2 posizioni della colonna <b>cod_specialita</b>.</p> <p>Inoltre, se <b>tras1</b> è valido:  <u>per le strutture che compilano il modello HSP12</u>, si verifica che il codice del reparto (quattro caratteri) sia presente, per la struttura di ricovero, nella tabella <b>STRUTTURE_SPECIALITA</b>;  <u>per le strutture che compilano il modello HSP13</u> (posti letto autorizzati), si verifica che la specialità (prime due posizioni) sia presente, per la struttura di ricovero, nella tabella <b>STRUTTURE_SPECIALITA</b>.</p>			
37	<b>tras1</b>	Data trasferimento 1	D	<p>In questo campo deve essere inserita la data in cui il paziente è stato preso in carico dal reparto riportato in <b>rep1</b>.            se <b>regimrie=2</b> → non compilare            se <b>regimrie=1</b> e <b>rep1</b> compilato → ggmmaaaa            Validazione: <b>datngr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;datdim+ora_dim</b></p>	2 0	X	se <b>regimrie=2</b> → blank altrimenti: ggmmaaaa → aaaa-mm-gg
38	<b>ora_tras1</b>	Ora trasferimento 1	T	<p>In questo campo deve essere inserita l'ora in cui il paziente è stato preso in carico dal reparto riportato in <b>rep1</b>.            Valori ammessi e validazione:            se <b>regimrie=1</b> e <b>rep1</b> compilato → HH:mm            altrimenti non compilare            Validazione: <b>datngr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;datdim+ora_dim</b></p>	2 0	X	se <b>regimrie=2</b> → blank
39	<b>codosp2</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 2° trasferimento	C	<p>Valori ammessi: tabella <b>STRUTTURE_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura</b>.            Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (<b>tras2</b>).            Come campo 35.</p>	2 0	X	Come <b>rep1</b> .

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
40	rep2	Reparto trasferimento 2	C	4	Come repl.	2	0	X	
41	tras2	Data trasferimento 2	D	8	Come trasl. Validazione: <b>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;datdim+ora_dim</b>	2	0	X	Come trasl.
42	ora_tras2	Ora trasferimento 2	T	5	Validazione: <b>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;datdim+ora_dim</b> valori ammessi: tabella <b>STRUTTURA_OPERATIVE_SDO</b> colonna	2	0	X	Come ora_tras1
43	codosp3	Codice ospedale/sede ospedale di 3° trasferimento	C	8	<b>cod_struttura.</b> Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento ( <b>tras3</b> ). Come campo 35.	2	0	X	Come repl.
44	rep3	Reparto trasferimento 3	C	4	Come repl.	2	0	X	
45	tras3	Data trasferimento 3	D	8	Come trasl. Validazione: <b>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;datdim+ora_dim</b>	2	0	X	Come trasl.
46	ora_tras3	Ora trasferimento 3	T	5	Come ora_tras1 Validazione: <b>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;datdim+ora_dim</b>	2	0	X	Come ora_tras1
47	codosp4	Codice ospedale/sede ospedale di 4° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella <b>STRUTTURA_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura.</b> Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento ( <b>tras4</b> ). Come campo 35.	2	0	X	Come repl.
48	rep4	Reparto trasferimento 4	C	4	Come repl.	2		X	
49	tras4	Data trasferimento 4	D	8	Come trasl. Validazione: <b>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;datdim+ora_dim</b>	2	0	X	Come trasl.
50	ora_tras4	Ora trasferimento 4	T	5	Come ora_tras1 Validazione: <b>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;datdim+ora_dim</b>	2	0	X	Come ora_tras1
51	codosp5	Codice ospedale/sede ospedale di 5° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella <b>STRUTTURA_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura.</b> Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento ( <b>tras5</b> ). Come campo 35.	2	0	X	Come repl.
52	rep5	Reparto trasferimento 5	C	4	Come repl.	2	0	X	
53	tras5	Data trasferimento 5	D	8	Come trasl. Validazione: <b>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;datdim+ora_dim</b>	2	0	X	Come trasl.

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
54	ora_tras5	Ora trasferimento 5	T	5	Come ora_tras1 Validazione: <code>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;datdim+ora_dim</code> valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna <code>cod_struttura</code> . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras6). Come campo 35.	2 0 X	X	X	Come ora_tras1
55	codosp6	Codice ospedale/sede ospedale di 6° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna <code>cod_struttura</code> . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras6). Come campo 35.	2 0 X	X	X	Come repl.
56	rep6	Reparto trasferimento 6	C	4	Come repl.	2 0 X	X	X	
57	tras6	Data trasferimento 6	D	8	Come tras1 Validazione: <code>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;tras6+ora_tras6&lt;datdim+ora_dim</code> Come ora_tras1	2 0 X	X	X	Come tras1.
58	ora_tras6	Ora trasferimento 6	T	5	Validazione: <code>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;tras6+ora_tras6&lt;datdim+ora_dim</code> valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna <code>cod_struttura</code> . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras7). Come campo 35.	2 0 X	X	X	Come ora_tras1
59	codosp7	Codice ospedale/sede ospedale di 7° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna <code>cod_struttura</code> . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras7). Come campo 35.	2 0 X	X	X	Come repl.
60	rep7	Reparto trasferimento 7	C	4	Come repl.	2 0 X	X	X	
61	tras7	Data trasferimento 7	D	8	Come tras1 Validazione: <code>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;tras6+ora_tras6&lt;tras7+ora_tras7&lt;datdim+ora_dim</code> Come ora_tras1	2 0 X	X	X	Come repl.
62	ora_tras7	Ora trasferimento 7	T	5	Validazione: <code>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;tras6+ora_tras6&lt;tras7+ora_tras7&lt;datdim+ora_dim</code> valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna <code>cod_struttura</code> . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras8). Come campo 35.	2 0 X	X	X	Come tras1.
63	codosp8	Codice ospedale/sede ospedale di 8° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna <code>cod_struttura</code> . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras8). Come campo 35.	2 0 X	X	X	Come repl.
64	rep8	Reparto trasferimento 8	C	4	Come repl.	2 0 X	X	X	
65	tras8	Data trasferimento 8	D	8	Come tras1 Validazione: <code>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;tras6+ora_tras6&lt;tras7+ora_tras7&lt;tras8+ora_tras8&lt;datdim+ora_dim</code> Come ora_tras1	2 0 X	X	X	Come tras1.
66	ora_tras8	Ora trasferimento 8	T	5	Come ora_tras1	2 0 X	X	X	Come ora_tras1

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
67	<b>codosp9</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 9° trasferimento	C	8	Validazione: <code>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;tras6+ora_tras6&lt;tras7+ora_tras7&lt;tras8+ora_tras8&lt;datdim+ora_dim</code> valori ammessi: tabella <b>STRUTTURA_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura</b> . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras9). Come campo 35.	2 0 X	X	Come repl.
68	<b>rep9</b>	Reparto trasferimento 9	C	4	Come repl.	2 0 X	X	
69	<b>tras9</b>	Data trasferimento 9	D	8	Validazione: <code>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;tras6+ora_tras6&lt;tras7+ora_tras7&lt;tras8+ora_tras8&lt;tras9+ora_tras9&lt;datdim+ora_dim</code> Come ora_tras1	2 0 X	X	Come trasl.
70	<b>ora_tras9</b>	Ora trasferimento 9	T	5	Validazione: <code>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;tras6+ora_tras6&lt;tras7+ora_tras7&lt;tras8+ora_tras8&lt;tras9+ora_tras9&lt;datdim+ora_dim</code> valori ammessi: tabella <b>STRUTTURA_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura</b> .	2 0 X	X	Come ora_tras1
71	<b>codosp10</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 10° trasferimento	C	8	Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras10). Come campo 35.	2 0 X	X	Come repl.
72	<b>rep10</b>	Reparto trasferimento 10	C	4	Come repl.	2 0 X	X	
73	<b>tras10</b>	Data trasferimento 10	D	8	Validazione: <code>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;tras6+ora_tras6&lt;tras7+ora_tras7&lt;tras8+ora_tras8&lt;tras9+ora_tras9&lt;tras10+ora_tras10&lt;datdim+ora_dim</code> Come ora_tras1	2 0 X	X	
74	<b>ora_tras10</b>	Ora trasferimento 10	T	5	Validazione: <code>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;tras6+ora_tras6&lt;tras7+ora_tras7&lt;tras8+ora_tras8&lt;tras9+ora_tras9&lt;tras10+ora_tras10&lt;datdim+ora_dim</code> valori ammessi: tabella <b>STRUTTURA_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura</b> .	2 0 X	X	Come ora_tras1
75	<b>codosp11</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 11° trasferimento	C	8	Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras11). Come campo 35.	2 0 X	X	Come repl.

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lungo	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
76	repl1	Reparto trasferimento 11	C	4	Come repl.	2 0	X	
77	tras11	Data trasferimento 11	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3+ora_tras4+ora_tras4+ora_tras5+ora_tras5<tras6+ora_tras6<tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9<tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11<datdim+ora_dim	2 0	X	Come tras1.
78	ora_tras11	Ora trasferimento 11	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3+ora_tras4+ora_tras4+ora_tras5+ora_tras5<tras6+ora_tras6<tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9<tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11<datdim+ora_dim	2 0	X	Come ora_tras1
79	codosp12	Codice ospedale/sede ospedale di 12° trasferimento	C	8	cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras12). Come campo 35.	2 0	X	Come repl.
80	repl12	Reparto trasferimento 12	C	4	Come repl.		X	
81	tras12	Data trasferimento 12	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3+ora_tras4+ora_tras4+ora_tras5+ora_tras5<tras6+ora_tras6<tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9<tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11<tras12+ora_tras12<datdim+ora_dim	2 0	X	Come tras1.
82	ora_tras12	Ora trasferimento 12	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3+ora_tras4+ora_tras4+ora_tras5+ora_tras5<tras6+ora_tras6<tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9<tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11<tras12+ora_tras12<datdim+ora_dim	2 0	X	Come ora_tras1
83	codosp13	Codice ospedale/sede ospedale di 13° trasferimento	C	8	cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras13). Come campo 35.	2 0	X	Come repl.
84	repl13	Reparto trasferimento 13	C	4	Come repl.	2 0	X	
85	tras13	Data trasferimento 13	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3+ora_tras4+ora_tras4+ora_tras5+ora_tras5<tras6+ora_tras6<tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9<tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11<tras12+ora_tras12<datdim+ora_dim	2 0	X	Come tras1.

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					tras11+ora_tras11<tras12+ora_tras12<tras13+ora_tras13<datdim+ora_dim Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4<tras5+ora_tras5<tras6+ora_tras6<tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9<tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11<tras12+ora_tras12<tras13+ora_tras13<datdim+ora_dim				
86	ora_tras13	Ora trasferimento 13	T	5	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras14). Come campo 35.	2 0	X		Come ora_tras1
87	codosp14	Codice ospedale/sede ospedale di 14° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras14). Come campo 35.	2 0	X		Come repl.
88	repl14	Reparto trasferimento 14	C	4	Come repl.	2 0	X		
89	tras14	Data trasferimento 14	D	8	Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4<tras5+ora_tras5<tras6+ora_tras6<tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9<tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11<tras12+ora_tras12<tras13+ora_tras13<tras14+ora_tras14<datdim+ora_dim Come ora_tras1	2 0	X		Come tras1.
90	ora_tras14	Ora trasferimento 14	T	5	Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4<tras5+ora_tras5<tras6+ora_tras6<tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9<tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11<tras12+ora_tras12<tras13+ora_tras13<tras14+ora_tras14<datdim+ora_dim valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras15). Come campo 35.	2 0	X		Come ora_tras1
91	codosp15	Codice ospedale/sede ospedale di 15° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras15). Come campo 35.	2 0	X		Come repl.
92	repl15	Reparto trasferimento 15	C	4	Come repl.	2 0	X		
93	tras15	Data trasferimento 15	D	8	Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<tras4+ora_tras4<tras5+ora_tras5<tras6+ora_tras6<tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8<tras9+ora_tras9<tras10+ora_tras10<tras11+ora_tras11<tras12+ora_tras12<tras13+ora_tras13<tras14+ora_tras14<tras15+ora_tras15<datdim+ora_dim Come tras1	2 0	X		Come tras1.

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE	
94	<b>ora_tras15</b>	Ora trasferimento 15	T	5	Come <b>ora_tras1</b> Validazione: <b>datigr+ora_ingr&lt;tras1+ora_tras1&lt;tras2+ora_tras2&lt;tras3+ora_tras3&lt;tras4+ora_tras4&lt;tras5+ora_tras5&lt;tras6+ora_tras6&lt;tras7+ora_tras7&lt;tras8+ora_tras8&lt;tras9+ora_tras9&lt;tras10+ora_tras10&lt;tras11+ora_tras11&lt;tras12+ora_tras12&lt;tras13+ora_tras13&lt;tras14+ora_tras14&lt;tras15+ora_tras15&lt;datdim+ora_dim</b> Questa informazione deve essere fornita nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale o secondaria cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995). Valori ammessi: Se <b>regimrie=1</b> e <b>diadim</b> ∈ 800-904 o 910-995 e <b>reparam≠28</b> o 56 o 60 o 75 → 1=infornuto sul lavoro 2=infornuto in ambiente domestico 3=incidente stradale 4=violenza altrui (indipendentemente dal luogo di accadimento) 5=autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo di accadimento) 6=morso animale o insetto 7=incidente sportivo 9=altro tipo di incidente o di intossicazione. <b>altrimenti</b> → 0.	2	0	X	Come <b>ora_tras1</b>	Se <b>regimrie=1</b> e <b>diadim</b> ∈ 800-904 o 910-995 e <b>reparam≠28</b> o 56 o 60 o 75 → <b>traumat</b> ad eccezione di 6 → 9 7 → 9 se <b>f_traumat=1</b> → 9 altrimenti null
95	<b>traumat</b>	Traumatismi o intossicazioni	C	1	Il campo, introdotto con il D.M. n. 135 del 8 luglio 2010 per poter svolgere analisi epidemiologiche sulla prevenzione di incidenti ed infortuni, deve essere compilato con i <b>codici E</b> della classificazione ICD9CM 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 o secondaria cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995). Se <b>regimrie=1</b> e <b>diadim</b> ∈ 800-904 o 910-995 e <b>reparam≠28</b> o 56 o 60 o 75 → altrimenti → 00000.	2	5	S	Se <b>regimrie=1</b> e <b>diadim</b> ∈ 800-904 o 910-995 e <b>reparam≠28</b> o 56 o 60 o 75 → <b>causest</b> altrimenti null	
96	<b>causest</b>	Causa esterna	C	5	Per la rilevazione deve essere fatto riferimento a quanto disposto dalla DGR 1217/2014 e successive modifiche e/o integrazioni. Valori ammessi: codici ICD9CM in uso alla dimissione ( <b>datdim</b> ) e congruenti con <b>sexu</b> ed <b>eta</b> , come da tabella <b>DIAGNOSI_ICD9CM</b> colonna <b>cod_diagnosi</b> Indicare se la diagnosi principale ( <b>diadim</b> ) rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure individuata attraverso l'anamnesi o nel diagnosticata successivamente all'ammissione ma comunque preesistente nel	2	5	S	Se <b>regimrie=1</b> e <b>diadim</b> ∈ 800-904 o 910-995 e <b>reparam≠28</b> o 56 o 60 o 75 → <b>causest</b> altrimenti null.	
97	<b>diadim</b>	Diagnosi principale di dimissione	C	5	Per la rilevazione deve essere fatto riferimento a quanto disposto dalla DGR 1217/2014 e successive modifiche e/o integrazioni. Valori ammessi: codici ICD9CM in uso alla dimissione ( <b>datdim</b> ) e congruenti con <b>sexu</b> ed <b>eta</b> , come da tabella <b>DIAGNOSI_ICD9CM</b> colonna <b>cod_diagnosi</b> Indicare se la diagnosi principale ( <b>diadim</b> ) rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure individuata attraverso l'anamnesi o nel diagnosticata successivamente all'ammissione ma comunque preesistente nel	9	0	S		
98	<b>diadim_pres</b>	Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	C	1		9	0	S		

I. Scheda nosologica (SDO)



## Allegato A

Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
99 <b>diadim_lat</b>	Diagnosi principale di dimissione, lateralità	C	1	<p>paziente e non insorta durante il ricovero. Valori ammessi: 0=no, è insorta durante il ricovero; 1=si, era presente al ricovero o preesistente nel paziente. Ove applicabile, indicare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale. Valori ammessi: 1=destra; 2=sinistra; 3=bilaterale; 9=non applicabile</p> <p>Il campo deve essere compilato in presenza di diagnosi di dimissione principale per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1 Utilizzare la seguente codifica: 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</p>	2	5	<p>9 → null 0 se <b>f_diadim_lat=1</b> → null</p>
100 <b>diadim_st</b>	Diagnosi principale di dimissione, stadiazione condensata	C	1	<p>Per la rilevazione deve essere fatto riferimento a quanto disposto dalla DGR 1217/2014 e successive integrazioni e modifiche. Si precisa comunque che 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. Valori ammessi: - codici ICD9CM in uso alla dimissione (<b>diadim</b>) e congruenti con <b>sexu ed eta</b>, come da tabella <b>DIAGNOSI_ICD9CM</b> colonna <b>cod_diagnosi</b>; - vuoto.</p>	2	5	<p>se <b>diadim</b> ∈ 140.0-190.9 e 193-199.1 e <b>f_diadim_st=0</b> → <b>diadim_st</b> altrimenti null</p>
101 <b>dia1</b>	1° Diagnosi secondaria	C	5	<p>Indicare se la 1° diagnosi secondaria (<b>dia1</b>) rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero. Valori ammessi:</p>	2	0	<p>se <b>f_dia1=1</b> o se <b>f_dia1_pre=1</b> → null</p>
102 <b>dia1_pres</b>	1° diagnosi secondaria, presente al ricovero	C	1	<p>Indicare se la 1° diagnosi secondaria (<b>dia1</b>) rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero. Valori ammessi:</p>	2	5	<p>se <b>flag_dia1=1</b> o se <b>f_dia1_pre=1</b> → null</p>

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lungo	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
					se <b>dia1</b> compilata → 0=no, è insorta durante il ricovero 1= sì, era presente al ricovero o preesistente nel paziente. altrimenti → vuoto			
103	<b>dia1_lat</b>	1° diagnosi secondaria, lateraltà	C	1	Ove applicabile, indicare se la 1° diagnosi secondaria ( <b>dia1</b> ) si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale. Valori ammessi: 1=destra – 2=sinistra – 3=bilaterale – 9=non applicabile	2 5	X	se <b>f_dia1</b> o <b>f_dia1_lat</b> =1 → null
104	<b>dia1_st</b>	1° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	Il campo deve essere compilato in presenza di 1° secondaria ( <b>dia1</b> ) per neoplasia maligna identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1 Utilizzare la seguente codifica: 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	2 5	X	se <b>dia1</b> ∈ 140.0-190.9 e 193-199.1 e <b>f_dia1_st</b> =0 → <b>dia1_st</b> altrimenti null
105	<b>dia2</b>	2° diagnosi secondaria	C	5	come <b>dia1</b>	2	X	
106	<b>dia2_pres</b>	2° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	come <b>dia1_pres</b>	2 5	X	
107	<b>dia2_lat</b>	2° diagnosi secondaria, lateraltà	C	1	come <b>dia1_lat</b>	2 5	X	
108	<b>dia2_st</b>	2° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	come <b>dia1_st</b>	2 5	X	
109	<b>dia3</b>	3° diagnosi secondaria	C	5	come <b>dia1</b>	2	X	
110	<b>dia3_pres</b>	3° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	come <b>dia1_pres</b>	2 5	X	
111	<b>dia3_lat</b>	3° diagnosi secondaria, lateraltà	C	1	come <b>dia1_lat</b>	2 5	X	
112	<b>dia3_st</b>	3° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	come <b>dia1_st</b>	2 5	X	
113	<b>dia4</b>	4° diagnosi secondaria	C	5	come <b>dia1</b>	2	X	
114	<b>dia4_pres</b>	4° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	come <b>dia1_pres</b>	2 5	X	

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE	
115	<b>dia4_lat</b>	4° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	come <b>dia1_lat</b>	2	5	X	
116	<b>dia4_st</b>	4° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	come <b>dia1_st</b>	2	5	X	
117	<b>dia5</b>	5° diagnosi secondaria	C	5	come <b>dia1</b>	2		X	
118	<b>dia5_pres</b>	5° diagnosi secondaria, a presente al ricovero	C	1	come <b>dia1_pres</b>	2	5	X	
119	<b>dia5_lat</b>	5° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	come <b>dia1_lat</b>	2	5	X	
120	<b>dia5_st</b>	5° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	come <b>dia1_st</b>	2	5	X	
121	<b>repdim</b>	Reparto di dimissione	C	4	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 quella di ammissione o con quella relativa all'ultimo trasferimento interno. Valori ammessi: vedi reparto di ammissione. Se <b>regimric=2</b> → <b>repdim=repingr</b> Se <b>regimric=1</b> e se <b>repdim≠repingr</b> → <b>repdim</b> deve coincidere con l'unità operativa dell'ultimo trasferimento	9	0	S	tabella <b>STRUCTURE_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura_MS</b> corrispondente al valore del campo <b>codosp+repdim</b>
122	<b>datdim</b>	Data di dimissione	D	8	Valori ammessi: ggmmaaaa. se <b>regimric=2</b> → inserire il giorno dell'ultimo accesso in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente con l'ultimo accesso avvenuto nell'anno e comunque non può essere successiva al 31 dicembre. <b>datdim</b> ≥ <b>datingr</b>				ggmmaaaa → aaaa-mm-gg
123	<b>ora_dim</b>	Ora di dimissione	T	5	Inserire l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora di morte. Nel campo deve essere indicata l'ora di dimissione dall'ospedale. Valori ammessi HH:mm <b>datingr+ora_ingr</b> < <b>datdim+ora_dim</b>	1	0	S	se <b>regimric=1</b> → <b>ora_dim</b> altrimenti null
124	<b>modim</b>	Modalità dimissione	C	2	La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dimesso dall'istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture. Valori ammessi: valori ammessi: tabella <b>MOD_DIMISSIONE</b> colonna <b>cod_modim</b> .	9	6	S	tabella <b>MOD_DIMISSIONE</b> colonna <b>cod_MS</b>
125	<b>risaut</b>	Riscontro autoptico	C	1	Nel caso in cui il paziente sia deceduto, questa informazione consente di rilevare se	1	X	0	→ null

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					<p>è stata eseguita o meno l'autopsia.</p> <p>Valori ammessi:            se <b>modim</b>≠01 → 0            se <b>modim</b>=01 → 1=si, è stata eseguita l'autopsia;            2=no, non è stata eseguita l'autopsia.</p>				
126	<b>modero</b>	Modalità di erogazione	C	1	<p>Valori ammessi: tabella <b>ONERE</b> colonna <b>cod_modero</b></p> <p>0=ordinaria            1=attività libero professionale a pagamento "intra moenia"            2=attività libero professionale a pagamento "intra moenia" + differenza alberghiera            4=differenza alberghiera            5=attività libero professionale di dipendenti della struttura privata accreditata            6=attività libero professionale di dipendenti della struttura privata accreditata + differenza alberghiera</p> <p>I codici 1 e 2 sono ammessi solo per i presidi pubblici; i codici 5 e 6 sono ammessi solo per le case di cura accreditate.</p> <p>Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero. Se durante il ricovero cambia il soggetto su cui ricade l'onere della degenza, nella SDO sarà riportato il codice relativo all'onere della degenza alla dimissione del paziente.</p> <p>Valori ammessi: tabella <b>ONERE</b> colonna <b>cod_onere</b></p> <p>Validazione: tabella <b>ONERE</b> colonna <b>cod_modero</b></p> <p>se la struttura erogatrice è una casa di cura non accreditata unici valori ammessi e 4; se <b>tipoindu</b> è riferibile ad un paziente STP unici valori ammessi 8 e A; se <b>tipoindu</b> è riferibile ad un paziente ENI unici valori ammessi 8; se <b>onere</b>=7, 8, A, B, o C → <b>lures</b>=999+codice ISTAT stato estero.</p>	9 5 S			tabella <b>ONERE</b> colonna <b>cod_MS</b>
127	<b>onere</b>	Onere della degenza	C	1	<p>Valori ammessi:            0=nessuna autorizzazione;            1=autorizzazione per il superamento dei tetti massimi di durata di degenza previsti per le dimissioni dalla specialità 56 (riabilitazione) e dalla specialità 60 2 5 (lungodegenza).</p> <p>Nel caso in cui <b>autpror</b>=0 e <b>ggpror</b>&gt;0, si procede a valorizzare il ricovero come se non ci fosse proroga.</p> <p>Indicare le giornate di proroga autorizzate effettivamente consumate dalla struttura ai sensi della deliberazione 208/96 il campo deve essere utilizzato solo in presenza di dimissioni dalla specialità 56 (riabilitazione) o 60 (lungodegenza).</p> <p>Valori ammessi:            -00 se non è prevista autorizzazione alla proroga e se la dimissione non è avvenuta</p>	9 6 S			
128	<b>autpror</b>	Autorizzazione proroga	C	1	<p>Valori ammessi:            0=nessuna autorizzazione;            1=autorizzazione per il superamento dei tetti massimi di durata di degenza previsti per le dimissioni dalla specialità 56 (riabilitazione) e dalla specialità 60 2 5 (lungodegenza).</p> <p>Nel caso in cui <b>autpror</b>=0 e <b>ggpror</b>&gt;0, si procede a valorizzare il ricovero come se non ci fosse proroga.</p> <p>Indicare le giornate di proroga autorizzate effettivamente consumate dalla struttura ai sensi della deliberazione 208/96 il campo deve essere utilizzato solo in presenza di dimissioni dalla specialità 56 (riabilitazione) o 60 (lungodegenza).</p> <p>Valori ammessi:            -00 se non è prevista autorizzazione alla proroga e se la dimissione non è avvenuta</p>				
129	<b>ggpror</b>	Giornate di proroga autorizzate	N	2	<p>Valori ammessi:            -00 se non è prevista autorizzazione alla proroga e se la dimissione non è avvenuta</p>	2 5			

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
					dalla specialità 56 o 60; - numero giorni di proroga: >00 e <61 Nel caso in cui <b>gppror</b> =00 o vuoto e <b>autppror</b> =1, la valorizzazione del ricovero verrà effettuata come se non ci fosse proroga. Per alcuni DRG questo campo serve per identificare il tipo di casistica e quindi la tariffazione da applicare. Valori ammessi: tabella <b>NOTE_DRG</b> colonna <b>note_DRG</b> . Per i DRG che non prevedono una differenziazione tariffaria (non presenti nella tabella <b>NOTE_DRG</b> ) compilare con 00.			
130	<b>noteDRG</b>	Note ai DRG	C	2		2	0	
131	<b>drgazie</b>	DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	3	Valori ammessi: codici DRG (group per versione in uso alla dimissione). Validazione: <b>drgazie=DRGgreg</b> , è ammessa la differenza degli zeri non significativi a sinistra. Importo in euro valorizzato a livello aziendale, formato 0000000,00	1	0	
132	<b>impazie</b>	Importo Aziendale	E	9	Validazione: <b>se convenz=1 o 3</b> → valore previsto dagli accordi <b>≤imp_finale</b> ; <b>se modero=1, 2, 5 o 6</b> → inserire solo la quota a carico del SSR definita dalla Regione Toscana ed in particolare per le strutture private accreditate devono essere stati stipulati gli accordi con le Aziende USL secondo i criteri stabiliti dalla DGR 283/2001 e successive modifiche ed integrazioni, <b>&lt;imp_finale</b> ; <b>altrimenti impazie=implreg+imp2reg</b> .	2	0	
133	<b>impprof</b>	Importo per prestazioni libero professionali	E	9	Importo in euro. In tale campo deve essere inserita, sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate, la quota versata direttamente dall'utente. Per le strutture private accreditate devono essere stati stipulati gli accordi con le Aziende USL secondo i criteri stabiliti dalla DGR 283/2001 e successive modifiche ed integrazioni. <b>Se modero=1, 2, 5 o 6</b> → >000000,00 <b>altrimenti</b> → 000000,00.	1	0	
134	<b>impcomf</b>	Importo per comfort alberghiero	E	9	Importo in Euro. La cifra da inserire è quella versata direttamente dall'utente per le prestazioni di comfort alberghiero. <b>se modero=2, 4 o 6</b> → >000000,00 <b>altrimenti</b> → 000000,00.	1	0	
135	<b>convenz</b>	Convenzione	C	1	Valori ammessi: 0=ricovero non soggetto a rapporto convenzionale fra soggetti erogatori 1=ricovero oggetto di rapporto convenzionale 3=ricovero il cui importo è stato valutato in relazione ai contratti tra azienda	2	0	

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

Nome campo	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
				<p>sanitaria e struttura privata accreditata.</p> <p>Si ricorda che in questo ambito, con rapporto convenzionale si fa riferimento a forme pattizie caratterizzate dal pagamento diretto delle prestazioni tra strutture senza quindi l'assoggettamento alle ordinarie forme di compensazione gestite a livello regionale.</p> <p>Il codice 3, ammesso solo per le case di cura private, è una certificazione da parte della Azienda USL competente che l'importo calcolato dall'azienda (<b>impazie</b>) tiene conto dell'applicazione dei contratti in essere con le strutture private accreditate, pertanto <b>impazie</b>, nel caso in cui <b>f_impazie</b>=0, è il valore da utilizzare nelle compensazioni infraregionali. E' inteso pertanto che le dimissioni erogate da case di cura con <b>convenz</b>=3 non saranno considerate nelle compensazioni infraregionali.</p> <p>Per le strutture tipo Fondazioni o S.P.A. a compartecipazione pubblica, nel caso in cui venga utilizzato il codice 3, questo deve essere utilizzato per tutte le dimissioni effettuate dalla struttura.</p>			
136 <b>compens</b>	Compensazione	C	1	<p>Valori ammessi:</p> <p>0=non soggetto a compensazione (unico valore ammesso per le strutture non accreditate);</p> <p>1=soggetto a compensazione.</p> <p>Validazione: se 0 → <b>oner</b>=4 o <b>convenz</b>=1 o <b>regresu</b>=999; se 1 → <b>oner</b>≠4 e <b>convenz</b>≠1 e <b>regresu</b>≠999 e <b>codosp</b>≠struttura non accreditata</p>	2	0	
137 <b>cr1_int_10</b>	Controllo campionario interno del 10%	C	1	<p>Indica se la scheda è stata campionata per il controllo del 10%.</p> <p>Valori ammessi : 0=no, 1=si</p>	2	0	
138 <b>esito_int_10</b>	Esito controllo campionario interno del 10%	C	1	<p>indica l'esito del controllo del 10%.</p> <p>Se <b>cr1_int_10</b>=1, valori ammessi: 0=esito positivo; 1=esito negativo, se <b>cr1_int_10</b>=0 unico valore ammesso 0</p>	2	0	
139 <b>imp_pre_10</b>	Importo precedente al controllo interno del 10%	E	9	<p>Importo in Euro.</p> <p>In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario nell'ambito dei controlli di congruità delle informazioni tra cartella clinica e SDO (adempimento LEA), dovrà essere riportato l'importo della SDO precedente il controllo interno del 10%.</p>	2	0	
140 <b>imp_post_10</b>	Importo successivo al controllo interno del 10%	E	9	<p>Importo in Euro.</p> <p>In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario nell'ambito dei controlli di congruità delle informazioni tra</p>	2	0	

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
					cartella clinica e SDO (adempimento LEA), dovrà essere riportato l'importo della SDO successivo al controllo interno del 10%. se <b>crl_int_10</b> =0 unico valore ammesso 000000,00			
141	<b>crl_int_app</b>	Controllo interno di appropriatezza	C	2	Indica se la scheda è stata campionata per il controllo di appropriatezza. Valori ammessi : 0=no, 1=si Campo di lunghezza 2 con valore atteso di lunghezza 1. .Nel controlli i spazi non saranno considerati (trim). Indica l'esito del controllo di appropriatezza. Se <b>crl_int_app</b> =1, valori ammessi: 0=esito positivo; 1=esito negativo, se <b>crl_int_app</b> =0 unico valore ammesso 0	2 1		
142	<b>esito_int_app</b>	Esito controllo interno di appropriatezza	C	1	Importo in Euro. In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario nell'ambito dei controlli di congruità delle informazioni tra cartella clinica e SDO (adempimento LEA), dovrà essere riportato l'importo della SDO precedente il controllo interno di appropriatezza. se <b>crl_int_app</b> =0 unico valore ammesso 000000,00	2 0		
143	<b>imp_pre_app</b>	Importo precedente al controllo interno di appropriatezza	E	9	Importo in Euro. In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario nell'ambito dei controlli di congruità delle informazioni tra cartella clinica e SDO (adempimento LEA), dovrà essere riportato l'importo della SDO successivo al interno di appropriatezza. se <b>crl_int_app</b> =0 unico valore ammesso 000000,00	2 0		
144	<b>imp_post_app</b>	Importo successivo al controllo interno di appropriatezza	E	9	Importo in Euro. In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario nell'ambito dei controlli di congruità delle informazioni tra cartella clinica e SDO (adempimento LEA), dovrà essere riportato l'importo della SDO successivo al interno di appropriatezza. se <b>crl_int_app</b> =0 unico valore ammesso 000000,00	2 0		
145	<b>crl_esterno</b>	Controllo esterno team AV	C	2	Indicare se la scheda è stata campionata per il controllo esterno (DGR 222/2016 e successive modifiche ed integrazioni). Valori ammessi : 0=no, 1=si Campo di lunghezza 2 con valore atteso di lunghezza 1..Nei controlli i spazi non saranno considerati (trim).	2 1		
146	<b>esito_esterno</b>	Esito controllo esterno team AV	C	1	Indicare l'esito del controllo esterno Se <b>crl_esterno</b> =1, valori ammessi: 0=esito positivo; 1=esito negativo, se <b>crl_esterno</b> =0 unico valore ammesso 0	2 0		
147	<b>imp_pre_esterno</b>	Importo precedente al controllo esterno team AV	E	9	Importo in Euro. In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario, dovrà essere riportato l'importo della SDO precedente il	2 0		

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Note	Errore	modifiche	codifica/mappatura ministero o NOTE
					controllo esterno. se <b>crl_esterno</b> =0 unico valore ammesso 000000,00 Importo in Euro.			
148	<b>imp_post_est</b>	Importo successivo al controllo esterno team AV	E	9	In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario, dovrà essere riportato l'importo della SDO successivo al controllo esterno. se <b>crl_esterno</b> =0 unico valore ammesso 000000,00	2 0		
149	<b>imp_finale</b>	Importo finale	E	9	Importo in Euro. In questo campo deve essere riportato l'importo "finale" della SDO ovvero l'importo dopo il controllo o i controlli effettuati sulla SDO. Tale importo deve essere inferiore o uguale a <b>imp1reg+imp2reg</b> . Per le strutture pubbliche, nel caso in cui <b>flag_scheda</b> =0, tale importo sarà quello considerato per la determinazione delle compensazioni economiche, mentre per le strutture private accreditate farà sempre riferimento <b>impazie</b> . Se <b>esito_int_10</b> =0 e <b>esito_int_app</b> =0 e <b>esito_esterno</b> =0 per le strutture pubbliche l'importo considerato per la determinazione delle compensazioni economiche è <b>imp1reg+imp2reg</b> , mentre per le strutture private accreditate farà sempre riferimento <b>impazie</b> .	2 1		
150	<b>DRG_prec</b>	DRG precedente	C	3	Nel caso in cui il controllo del 10% o il controllo esterno abbiano determinato l'attribuzione di un nuovo DRG in questo campo deve essere riportato il DRG precedente il controllo. Se <b>esito_int_10</b> =1 o <b>esito_esterno</b> =1, valori ammessi: codici DRG (group per versioni in uso alla dimissione) altrimenti → non compilare	1 0		
151	<b>dolore</b>	Rilevazione del dolore	C	1	Ripartire se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla L. 38/2010. se non è stata rilevata I=si, è stata rilevata I=si.	9 5 S		
152	<b>pressione</b>	Pressione arteriosa sistolica	N	3	Il campo deve essere compilato solo se in un qualsiasi campo di diagnosi (principale o secondarie) è riportato il codice dell'infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx). Ripartire 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. Valori ammessi: 030 < <b>pressione</b> < 300 Precisione: questo campo può essere valorizzato anche per diagnosi diversa da	2 5 S		se <b>diadim</b> ≠ 410.xx e <b>dia1</b> ≠ 410.xx e <b>dia2</b> ≠ 410.xx e <b>dia3</b> ≠ 410.xx e <b>dia4</b> ≠ 410.xx e <b>dia5</b> ≠ 410.xx e → null

I. Scheda nosologica (SDO)



**Allegato A**

Nome campo	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
153 creatinina	Creatinina serica	N	5	<p>410.xx. Se compilato deve contenere dati validi.                      Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) ed in particolare:                      se <b>codchi</b>=36.1x (by-pass aortocoronarico) o  <b>codchi</b>=35.1x.-35.2x (valvole cardiache) o  <b>codchi</b>=81.51, 81.52 (sostituzione protesica totale o parziale) o  <b>codchi</b>=79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55 (riduzione di frattura) → valore pre-operatorio, riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento;                      se <b>diadim</b> o <b>dia1</b> o <b>dia2</b> o <b>dia3</b> o <b>dia4</b> o <b>dia5</b>=820.xx (frattura del collo del femore) e paziente di età ≥65 anni → valore riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale;                      altrimenti → non compilare.                      Valori ammessi:                      00,00 &lt; <b>creatinina</b> &lt; 99,99                      Precisione: questo campo può essere valorizzato anche per casistiche diverse da quelle elencate. Se compilato deve contenere dati validi.</p>	2	5	S	se <b>codchi</b> ≠36.1x e <b>codchi</b> ≠35.1x-35.2x e <b>codchi</b> ≠81.51, 81.52 e <b>codchi</b> ≠79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55 e se <b>diadim</b> e <b>dia1</b> e <b>dia2</b> e <b>dia3</b> e <b>dia4</b> e <b>dia5</b> =820.xx e se <b>diadim</b> o <b>dia1</b> o <b>dia2</b> o <b>dia3</b> o <b>dia4</b> o <b>dia5</b> =820.xx e paziente di età <65 → null

**1.8.2 Tracciato TXT della Scheda di Dimissione Ospedaliera inviato dall'Azienda Sanitaria alla Regione Toscana: archivio di dettaglio (SDO2)**

Nome campo	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
1 <b>azist</b>	Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	3	Campo chiave (come <b>azist</b> del tracciato SDO1)	9	0		
2 <b>codosp</b>	Codice ospedale/sede ospedale	C	8	Campo chiave (come <b>codosp</b> del tracciato SDO1)	9	0	S	
3 <b>anprat</b>	Anno pratica	N	4	Campo chiave (come <b>anprat</b> del tracciato SDO1)	9	0	S	
4 <b>nprat</b>	N° pratica	N	6	Campo chiave (come <b>nprat</b> del tracciato SDO1) Valore univoco rispetto a <b>codosp&amp;anprat&amp;nprat</b> . Validazione: >000000	9	0	S	se <b>progressivo</b> >000001 e <b>f codchi</b> =1 → tutte le informazioni inerenti <b>codchi</b> devono essere impostati a null. Inoltre nell'invio al
5 <b>progressivo</b>	Progressivo SDO2	C	6	Si precisa che al <b>progressivo</b> 000001 deve corrispondere l'intervento o procedura principale e che i record con <b>progressivo</b> <000007 saranno trasmessi al Ministero dalle Aziende Sanitarie Regionali (ciò è previsto dal regolamento ministeriale prevede infatti 1 intervento chirurgico/procedura principale e 6 interventi secondari).	9	0		

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
6	<b>codchi</b>	Codice intervento chirurgico o procedura	C	4	<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> </ol> <p>Qualora nella cartella clinica sono indicate procedure in numero superiore 6 previste dal tracciato record della SDO ministeriale, la scelta degli interventi chirurgici/procedure da riportare con progressivo da 2 a 5 segue le priorità stabilite nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni rep. atti 64/CSR del 29/06/2010 e successive modifiche o integrazioni.</p> <p>Valori ammessi:          -codici ICD9CM in uso alla dimissione (<b>datdim</b>) e congruenti con <b>sexu</b>, come da tabella <b>INTERVENTI</b> colonna <b>cod_interventi</b>.          Ove applicabile specificare se l'intervento si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.</p> <p>Valori ammessi:          1=destra; 2=sinistra; 3=bilaterale; 9=non applicabile</p> <p>In questo campo deve essere indicato se l'intervento è stato eseguito con chirurgia robotica.          0=intervento eseguito con metodica tradizionale          1=intervento eseguito con metodica robotica.</p>	2	0	S	<p>ministero deve essere rispettata la sequenzialità, per cui se <b>progressivo=000002</b> ha <b>f_codchi=1</b> e <b>progressivo=000003</b> ha <b>f_codchi=0</b> nel tracciato ministeriale quest'ultimo deve essere riportato come primo intervento o procedura dopo la principale, e così via</p>
7	<b>later</b>	Lateraltà	C	1		2	5	X	9 → null
8	<b>robot</b>	Utilizzo robot	C	1		2	0		

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
9	<b>datchi</b>	Data inizio <b>codchi</b>	D	8	Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento. Valori ammessi: ggmmaaaa Validazione: se <b>tiporico</b> ≠5 → <b>datingr&lt;datchi&lt;datdim</b> se <b>tiporico</b> =5 → <b>datchi&lt;datdim</b> .	2	0	X	ggmmaaaa → aaaa-mm-gg
10	<b>ora_codchi</b>	Ora inizio <b>codchi</b>	T	5	Inserire l'ora di inizio dell'intervento chirurgico intesa come il momento che inizia con l'incisione (così come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2/2.7/117 del 14/3/1996). Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare per tutte la medesima ora di inizio. Valori ammessi: se <b>codchi</b> individua un intervento chirurgico → HH:mm altrimenti → non compilare. Validazione: Se <b>tiporico</b> ≠5 → <b>datingr+ora_amm&lt;datchi+ora_chi&lt;datdim+ora_dim</b> Se <b>tiporico</b> =5 → <b>datchi+ora_chi&lt;datdim+ora_dim</b> .	2	5	X	
11	<b>codchi_est</b>	<b>Codchi</b> in service	C	1	Nel caso di ricoveri ordinari, indicare se l'intervento chirurgico o procedura diagnostica e terapeutica è stato effettuato in modalità "service" presso un Istituto di cura diverso da quello di ricovero (quindi senza chiusura della SDO). Valori ammessi: se <b>regimric</b> =1 → 0= l'intervento chirurgico o procedura diagnostica e terapeutica è stato effettuato all'interno della struttura di ricovero 1= l'intervento chirurgico o procedura diagnostica e terapeutica è stato effettuato in modalità "service" presso un Istituto di cura diverso da quello di ricovero se <b>regimric</b> =2 → non compilare	2	5	X	
12	<b>ID_chirurgo_codchi_I</b>	I ID chirurgo/operatore	C	24	Inserire ID universale del chirurgo/operatore responsabile dell'intervento. E' possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio. La rilevazione è richiesta per gli interventi chirurgici indentificati da specifico codice del campo <b>operatore</b> della tabella <b>INTERVENTI</b> In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.	2	5	X	ID → procedura di criptazione secondo quanto disposto dal ministero
13	<b>ID_chirurgo_codchi_II</b>	II ID chirurgo/operatore	C	24	Inserire ID universale del II chirurgo/operatore se presente all'intervento. E' possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio.	2	5	X	ID → procedura di criptazione secondo quanto disposto dal ministero

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
					La rilevazione è richiesta per gli interventi chirurgici indentificati da specifico codice del campo <b>operatore</b> della tabella <b>INTERVENTI</b> In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.				ministero
14	<b>ID_chirurgo_</b> <b>codchi_III</b>	III ID chirurgo	C	24	Inserire ID universale del III chirurgo/operatore se presente all'intervento. E' possibile inserire fino a tre identificativi corrispondenti a tre chirurgi riportati nel registro operatorio. La rilevazione è richiesta per gli interventi chirurgici indentificati da specifico codice del campo <b>operatore</b> della tabella <b>INTERVENTI</b> In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.	2	5	X	ID → procedura di criptazione secondo quanto disposto dal ministero
15	<b>ID_anest_cod</b> <b>chi</b>	ID anestesista	C	24	Inserire ID universale dell'anestesista dell'intervento se presente all'intervento. La rilevazione è richiesta per gli interventi chirurgici indentificati da specifico codice del campo <b>operatore</b> della tabella <b>INTERVENTI</b> In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.	2	5	X	ID → procedura di criptazione secondo quanto disposto dal ministero
16	<b>checklist_cod</b> <b>chi</b>	Check list sala operatoria	C	1	Riportare 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 e successive modifiche ed integrazioni. Valori ammessi: se <b>codchi</b> è un intervento chirurgico maggiore (col. <b>ICM</b> =1 della tabella <b>INTERVENTI</b> ) → 0=no, non è presente in cartella clinica la check list 1=sì, è presente in cartella clinica la check list 9=non applicabile altrimenti → non compilare.	2	5	X	
17	<b>fraz_eieiz</b>	Frazione eiezione	N	2	se <b>codchi</b> =36.1x (by-pass aortocoronarico) o <b>codchi</b> =35.1x-35.2x (valvole cardiache) → 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; altrimenti → non compilare. valori ammessi: compresi fra 01 e 99 Precisione: questo campo può essere valorizzato anche per interventi diversi da quelle elencate (sempre che clinicamente abbia un senso). Se riempito deve contenere dati validi.	2	5	X	se <b>codchi</b> =36.1x e <b>codchi</b> =35.1x-35.2x → null

**Allegato A****1.8.3 Tracciato TXT della Scheda di Dimissione Ospedaliera inviato dalla Regione alle Aziende sanitarie: archivio principale (SDO1)**

Il tracciato dell'archivio che deve essere inviato dalla Regione Toscana alle Aziende sanitarie presenta le medesime informazioni del tracciato che deve essere inviato dalle Aziende alla Regione Toscana fino alla colonna denominata **Lungh**. Nel campo **Note** si forniscono, per le quote informative attribuite dalla regione, le modalità di compilazione.

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lungh	Note
1	<b>opera</b>	Tipo operazione	C	1	vedi §1.8.1
2	<b>azist</b>	Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	3	vedi §1.8.1
3	<b>codosp</b>	Codice ospedale/sede ospedale	C	8	vedi §1.8.1
4	<b>anprat</b>	Anno pratica	N	4	vedi §1.8.1
5	<b>nprat</b>	N° pratica	N	6	vedi §1.8.1
6	<b>tipoindu</b>	Tipologia del codice individuale dell'utente	C	1	vedi §1.8.1
7	<b>IDutente</b>	Identificativo Univoco dell'utente	C	24	vedi §1.8.1
8	<b>sexu</b>	Sesso dell'utente	C	1	vedi §1.8.1
9	<b>datanasc</b>	Data di nascita dell'utente	D	8	vedi §1.8.1
10	<b>lunasc</b>	Luogo di nascita	C	6	vedi §1.8.1
11	<b>statoctiv</b>	Stato civile	C	1	vedi §1.8.1
12	<b>lures</b>	Residenza utente	C	6	vedi §1.8.1
13	<b>uslresu</b>	Azienda sanitaria di residenza utente	C	3	vedi §1.8.1
14	<b>regresu</b>	Regione di residenza dell'utente	C	3	vedi §1.8.1
15	<b>cittu</b>	Cittadinanza dell'utente	C	3	vedi §1.8.1
16	<b>titstu</b>	Titolo di studio	C	1	vedi §1.8.1
17	<b>ludom</b>	Luogo di domicilio	C	6	vedi §1.8.1
18	<b>dat INGR</b>	Data di ricovero	D	8	vedi §1.8.1
19	<b>ora INGR</b>	Ora di ricovero	T	5	vedi §1.8.1
20	<b>provza</b>	Provenienza del paziente	C	2	vedi §1.8.1
21	<b>IDmp</b>	Identificativo Univoco del medico proponente	C	24	vedi §1.8.1
22	<b>regimrie</b>	Regime ricovero	C	1	vedi §1.8.1
23	<b>codospingr</b>	Codice ospedale/sede ospedale di ingresso	C	8	vedi §1.8.1
24	<b>repingr</b>	Reparto di ammissione	C	4	vedi §1.8.1
25	<b>tiporico</b>	Tipo di ricovero	C	1	vedi §1.8.1
26	<b>percorso</b>	Tipo percorso	C	1	vedi §1.8.1
27	<b>datadisp</b>	Data di prima disponibilità	D	8	vedi §1.8.1
28	<b>datapre</b>	Data di prenotazione	D	8	vedi §1.8.1
29	<b>priorita</b>	Classe di priorità del ricovero	C	1	vedi §1.8.1
30	<b>finaldh</b>	Finalità del Day-Hospital	C	1	vedi §1.8.1
31	<b>ndh</b>	Numero presenze in Day-Hospital	N	3	vedi §1.8.1

1. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
32	Neonat	Neonato	C	1	vedi §1.8.1
33	skmadre	Numero scheda della madre	N	10	vedi §1.8.1
34	pesonasc	Peso alla nascita	N	4	vedi §1.8.1
35	codosp1	Codice ospedale/sede ospedale di 1° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
36	rep1	Reparto trasferimento 1	C	4	vedi §1.8.1
37	tras1	Data trasferimento 1	D	8	vedi §1.8.1
38	ora_tras1	Ora trasferimento 1	T	5	vedi §1.8.1
39	codosp2	Codice ospedale/sede ospedale di 2° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
40	rep2	Reparto trasferimento 2	C	4	vedi §1.8.1
41	tras2	Data trasferimento 2	D	8	vedi §1.8.1
42	ora_tras2	Ora trasferimento 2	T	5	vedi §1.8.1
43	codosp3	Codice ospedale/sede ospedale di 3° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
44	rep3	Reparto trasferimento 3	C	4	vedi §1.8.1
45	tras3	Data trasferimento 3	D	8	vedi §1.8.1
46	ora_tras3	Ora trasferimento 3	T	5	vedi §1.8.1
47	codosp4	Codice ospedale/sede ospedale di 4° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
48	rep4	Reparto trasferimento 4	C	4	vedi §1.8.1
49	tras4	Data trasferimento 4	D	8	vedi §1.8.1
50	ora_tras4	Ora trasferimento 4	T	5	vedi §1.8.1
51	codosp5	Codice ospedale/sede ospedale di 5° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
52	rep5	Reparto trasferimento 5	C	4	vedi §1.8.1
53	tras5	Data trasferimento 5	D	8	vedi §1.8.1
54	ora_tras5	Ora trasferimento 5	T	5	vedi §1.8.1
55	codosp6	Codice ospedale/sede ospedale di 6° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
56	rep6	Reparto trasferimento 6	C	4	vedi §1.8.1
57	tras6	Data trasferimento 6	D	8	vedi §1.8.1
58	ora_tras6	Ora trasferimento 6	T	5	vedi §1.8.1
59	codosp7	Codice ospedale/sede ospedale di 7° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
60	rep7	Reparto trasferimento 7	C	4	vedi §1.8.1
61	tras7	Data trasferimento 7	D	8	vedi §1.8.1
62	ora_tras7	Ora trasferimento 7	T	5	vedi §1.8.1
63	codosp8	Codice ospedale/sede ospedale di 8° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
64	rep8	Reparto trasferimento 8	C	4	vedi §1.8.1
65	tras8	Data trasferimento 8	D	8	vedi §1.8.1
66	ora_tras8	Ora trasferimento 8	T	5	vedi §1.8.1

1. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
67	<b>codosp9</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 9° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
68	<b>rep9</b>	Reparto trasferimento 9	C	4	vedi §1.8.1
69	<b>tras9</b>	Data trasferimento 9	D	8	vedi §1.8.1
70	<b>ora tras9</b>	Ora trasferimento 9	T	5	vedi §1.8.1
71	<b>codosp10</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 10° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
72	<b>rep10</b>	Reparto trasferimento 10	C	4	vedi §1.8.1
73	<b>tras10</b>	Data trasferimento 10	D	8	vedi §1.8.1
74	<b>ora tras10</b>	Ora trasferimento 10	T	5	vedi §1.8.1
75	<b>codosp11</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 11° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
76	<b>rep11</b>	Reparto trasferimento 11	C	4	vedi §1.8.1
77	<b>tras11</b>	Data trasferimento 11	D	8	vedi §1.8.1
78	<b>ora tras11</b>	Ora trasferimento 11	T	5	vedi §1.8.1
79	<b>codosp12</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 12° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
80	<b>rep12</b>	Reparto trasferimento 12	C	4	vedi §1.8.1
81	<b>tras12</b>	Data trasferimento 12	D	8	vedi §1.8.1
82	<b>ora tras12</b>	Ora trasferimento 12	T	5	vedi §1.8.1
83	<b>codosp13</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 13° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
84	<b>rep13</b>	Reparto trasferimento 13	C	4	vedi §1.8.1
85	<b>tras13</b>	Data trasferimento 13	D	8	vedi §1.8.1
86	<b>ora tras13</b>	Ora trasferimento 13	T	5	vedi §1.8.1
87	<b>codosp14</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 14° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
88	<b>rep14</b>	Reparto trasferimento 14	C	4	vedi §1.8.1
89	<b>tras14</b>	Data trasferimento 14	D	8	vedi §1.8.1
90	<b>ora tras14</b>	Ora trasferimento 14	T	5	vedi §1.8.1
91	<b>codosp15</b>	Codice ospedale/sede ospedale di 15° trasferimento	C	8	vedi §1.8.1
92	<b>rep15</b>	Reparto trasferimento 15	C	4	vedi §1.8.1
93	<b>tras15</b>	Data trasferimento 15	D	8	vedi §1.8.1
94	<b>ora tras15</b>	Ora trasferimento 15	T	5	vedi §1.8.1
95	<b>traumat</b>	Traumatismi o intossicazioni	C	1	vedi §1.8.1
96	<b>causcat</b>	Causa esterna	C	5	vedi §1.8.1
97	<b>diadim</b>	Diagnosi principale di dimissione	C	5	vedi §1.8.1
98	<b>diadim_pres</b>	Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	C	1	vedi §1.8.1
99	<b>diadim_lat</b>	Diagnosi principale di dimissione, lateralità	C	1	vedi §1.8.1
100	<b>diadim_st</b>	Diagnosi principale di dimissione, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.8.1
101	<b>dia1</b>	1° Diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.8.1

1. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
102	dia1_pres	1° diagnosi secondaria, presente al ricovero	C	1	vedi §1.8.1
103	dia1_lat	1° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	vedi §1.8.1
104	dia1_st	1° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.8.1
105	dia2	2° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.8.1
106	dia2_pres	2° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	vedi §1.8.1
107	dia2_lat	2° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	vedi §1.8.1
108	dia2_st	2° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.8.1
109	dia3	3° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.8.1
110	dia3_pres	3° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	vedi §1.8.1
111	dia3_lat	3° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	vedi §1.8.1
112	dia3_st	3° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.8.1
113	dia4	4° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.8.1
114	dia4_pres	4° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	vedi §1.8.1
115	dia4_lat	4° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	vedi §1.8.1
116	dia4_st	4° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.8.1
117	dia5	5° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.8.1
118	dia5_pres	5° diagnosi secondaria, a presente al ricovero	C	1	vedi §1.8.1
119	dia5_lat	5° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	vedi §1.8.1
120	dia5_st	5° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.8.1
121	repdim	Reparto di dimissione	C	4	vedi §1.8.1
122	datdim	Data di dimissione	D	8	vedi §1.8.1
123	ora_dim	Ora di dimissione	T	5	vedi §1.8.1
124	modim	Modalità dimissione	C	2	vedi §1.8.1
125	risaut	Riscontro autoptico	C	1	vedi §1.8.1
126	modero	Modalità di erogazione	C	1	vedi §1.8.1
127	onere	Onere della degenza	C	1	vedi §1.8.1
128	autpror	Autorizzazione proroga	C	1	vedi §1.8.1
129	ggpror	Giomate di proroga autorizzate	N	2	vedi §1.8.1
130	noteDRG	Note ai DRG	C	2	vedi §1.8.1
131	drgazie	DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	3	vedi §1.8.1
132	impazie	Importo Aziendale	E	9	vedi §1.8.1
133	impprof	Importo per prestazioni libero professionali	E	9	vedi §1.8.1
134	impcomf	Importo per comfort alberghiero	E	9	vedi §1.8.1

I. Scheda nosologica (SDO)



## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
135	convenz	Convenzione	C	1	vedi §1.8.1
136	compens	Compensazione	C	1	vedi §1.8.1
137	cr1_int_10	Controllo campionario interno del 10%	C	1	vedi §1.8.1
138	esito_int_10	Esito controllo campionario interno del 10%	C	1	vedi §1.8.1
139	imp_pre_10	Importo precedente al controllo interno del 10%	E	9	vedi §1.8.1
140	imp_post_10	Importo successivo al controllo interno del 10%	E	9	vedi §1.8.1
141	cr1_int_app	Controllo interno di appropriatezza	C	2	vedi §1.8.1
142	esito_int_appr	Esito controllo interno di appropriatezza	C	1	vedi §1.8.1
143	imp_pre_appr	Importo precedente al controllo interno di appropriatezza	E	9	vedi §1.8.1
144	imp_post_appr	Importo successivo al controllo interno di appropriatezza	E	9	vedi §1.8.1
145	cr1_esterno	Controllo esterno team AV	C	2	vedi §1.8.1
146	esito_esterno	Esito controllo esterno team AV	C	1	vedi §1.8.1
147	imp_pre_esterno	Importo precedente al controllo esterno team AV	E	9	vedi §1.8.1
148	imp_post_est	Importo successivo al controllo esterno team AV	E	9	vedi §1.8.1
149	imp_finale	Importo finale	E	9	vedi §1.8.1
150	DRG_prec	DRG precedente	C	3	vedi §1.8.1
151	dolore	Rilevazione del dolore	C	1	vedi §1.8.1
152	pressione	Pressione arteriosa sistolica	N	3	vedi §1.8.1
153	creatinina	Creatinina serica	N	5	vedi §1.8.1
					Valori :
154	flag_sk	Flag stato scheda	C	1	0= scheda esatta 1=segnala l'esistenza di errori lievi su uno o più campi 2=segnala l'esistenza su uno o più campi di errori gravi in questo caso la dimissione non viene valorizzata 9=segnala l'esistenza di errori bloccanti, in questo caso la scheda viene scartata.
155	f_tipoindu	Flag errore campo Tipologia del codice individuale dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
156	f_IDutente	Flag errore campo Identificativo Univoco dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
157	f_sexu	Flag errore campo Sesso dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
158	f_datanasc	Flag errore campo Data di nascita dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
159	f_lunasc	Flag errore campo Luogo di nascita	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
160	f_statociv	Flag errore campo Stato civile	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
161	f_lures	Flag errore campo Residenza utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
162	f_usifresu	Flag errore campo Azienda sanitaria di residenza utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
163	f_regresu	Flag errore campo Regione di residenza dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
164	f_cittu	Flag errore campo Cittadinanza dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

1. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
165	f_fitistu	Flag errore campo Titolo di studio	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
166	f_ludom	Flag errore campo Luogo di domicilio	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
167	f_datigr	Flag errore campo Data di ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
168	f_ora_ingr	Flag errore campo Ora di ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
169	f_provza	Flag errore campo Provenienza del paziente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
170	f_vuoto	Flag errore campo vuoto	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
171	f_regimric	Flag errore campo Regime ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
172	f_codospingr	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di ingresso	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
173	f_repigr	Flag errore campo Reparto di ammissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
174	f_tiporico	Flag errore campo Tipo di ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
175	f_percorso	Flag errore campo Tipo percorso	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
176	f_datadisp	Flag errore campo Data di prima disponibilità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
177	f_datapre	Flag errore campo Data di prenotazione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
178	f_priorità	Flag errore campo Classe di priorità del ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
179	f_finaldh	Flag errore campo Finalità del Day-Hospital	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
180	f_ndlh	Flag errore campo Numero presenze in Day-Hospital	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
181	f_Neonat	Flag errore campo Neonato	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
182	f_skmadre	Flag errore campo Numero scheda della madre	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
183	f_pesonasc	Flag errore campo Peso alla nascita	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
184	f_codosp1	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 1° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
185	f_rep1	Flag errore campo Reparto trasferimento 1	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
186	f_tras1	Flag errore campo Data trasferimento 1	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
187	f_ora_tras1	Flag errore campo Ora trasferimento 1	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
188	f_codosp2	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 2° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
189	f_rep2	Flag errore campo Reparto trasferimento 2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
190	f_tras2	Flag errore campo Data trasferimento 2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
191	f_ora_tras2	Flag errore campo Ora trasferimento 2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
192	f_codosp3	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 3° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
193	f_rep3	Flag errore campo Reparto trasferimento 3	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
194	f_tras3	Flag errore campo Data trasferimento 3	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
195	f_ora_tras3	Flag errore campo Ora trasferimento 3	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
196	f_codosp4	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 4° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
197	f_rep4	Flag errore campo Reparto trasferimento 4	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
198	f_tras4	Flag errore campo Data trasferimento 4	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
199	f_ora_tras4	Flag errore campo Ora trasferimento 4	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

1. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
200	f codosp5	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 5° trasferimento	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
201	f rep5	Flag errore campo Reparto trasferimento 5	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
202	f tras5	Flag errore campo Data trasferimento 5	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
203	f ora_tras5	Flag errore campo Ora trasferimento 5	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
204	f codosp6	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 6° trasferimento	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
205	f rep6	Flag errore campo Reparto trasferimento 6	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
206	f tras6	Flag errore campo Data trasferimento 6	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
207	f ora_tras6	Flag errore campo Ora trasferimento 6	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
208	f codosp7	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 7° trasferimento	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
209	f rep7	Flag errore campo Reparto trasferimento 7	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
210	f tras7	Flag errore campo Data trasferimento 7	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
211	f ora_tras7	Flag errore campo Ora trasferimento 7	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
212	f codosp8	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 8° trasferimento	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
213	f rep8	Flag errore campo Reparto trasferimento 8	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
214	f tras8	Flag errore campo Data trasferimento 8	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
215	f ora_tras8	Flag errore campo Ora trasferimento 8	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
216	f codosp9	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 9° trasferimento	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
217	f rep9	Flag errore campo Reparto trasferimento 9	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
218	f tras9	Data trasferimento 9	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
219	f ora_tras9	Flag errore campo Ora trasferimento 9	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
220	f codosp10	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 10° trasferimento	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
221	f rep10	Flag errore campo Reparto trasferimento 10	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
222	f tras10	Flag errore campo Data trasferimento 10	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
223	f ora_tras10	Flag errore campo Ora trasferimento 10	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
224	f codosp11	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 11° trasferimento	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
225	f rep11	Flag errore campo Reparto trasferimento 11	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
226	f tras11	Flag errore campo Data trasferimento 11	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
227	f ora_tras11	Flag errore campo Ora trasferimento 11	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
228	f codosp12	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 12° trasferimento	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
229	f rep12	Flag errore campo Reparto trasferimento 12	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
230	f tras12	Flag errore campo Data trasferimento 12	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
231	f ora_tras12	Flag errore campo Ora trasferimento 12	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
232	f codosp13	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 13° trasferimento	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
233	f rep13	Flag errore campo Reparto trasferimento 13	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
234	f tras13	Flag errore campo Data trasferimento 13	C	1	0=campo corretto - l=campo errato

I. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
235	f ora_tras13	Flag errore campo Ora trasferimento 13	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
236	f codosp14	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 14° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
237	f rep14	Flag errore campo Reparto trasferimento 14	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
238	f tras14	Flag errore campo Data trasferimento 14	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
239	f ora_tras14	Flag errore campo Ora trasferimento 14	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
240	f codosp15	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 15° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
241	f rep15	Flag errore campo Reparto trasferimento 15	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
242	f tras15	Flag errore campo Data trasferimento 15	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
243	f ora_tras15	Flag errore campo Ora trasferimento 15	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
244	f traumat	Flag errore campo Traumatismi o intossicazioni	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
245	f causet	Flag errore campo Causa esterna	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
246	f diadim	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
247	f diadim_pres	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
248	f diadim_lat	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione, lateralità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
249	f diadim_st	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
250	f dial	Flag errore campo 1° Diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
251	f dial_pres	Flag errore campo 1° diagnosi secondaria, presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
252	f dial_lat	Flag errore campo 1° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
253	f dial_st	Flag errore campo 1° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
254	f dia2	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
255	f dia2_pres	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
256	f dia2_lat	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
257	f dia2_st	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
258	f dia3	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
259	f dia3_pres	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
260	f dia3_lat	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
261	f dia3_st	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
262	f dia4	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
263	f dia4_pres	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
264	f dia4_lat	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
265	f dia4_st	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
266	f dia5	Flag errore campo 5° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
267	f dia5_pres	Flag errore campo 5° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
268	f dia5_lat	Flag errore campo 5° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
269	f dia5_st	Flag errore campo 5° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

1. Scheda nosologica (SDO)

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
270	<b>f repdim</b>	Flag errore campo Reparto di dimissione	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
271	<b>f datdim</b>	Flag errore campo Data di dimissione	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
272	<b>f ora dim</b>	Flag errore campo Ora di dimissione	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
273	<b>f modim</b>	Flag errore campo Modalità dimissione	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
274	<b>f risaut</b>	Flag errore campo Riscritto autoptico	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
275	<b>f modero</b>	Flag errore campo Modalità di erogazione	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
276	<b>f onere</b>	Flag errore campo Onere della degenza	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
277	<b>f autpror</b>	Flag errore campo Autorizzazione proroga	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
278	<b>f ggpror</b>	Flag errore campo Giornate di proroga autorizzate	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
279	<b>f noteDRG</b>	Flag errore campo Note ai DRG	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
280	<b>f dirgzie</b>	Flag errore campo DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
281	<b>f impazie</b>	Flag errore campo vImporto Aziendale	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
282	<b>f imprprof</b>	Flag errore campo Importo per prestazioni libero professionali	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
283	<b>f impcomf</b>	Flag errore campo Importo per comfort alberghiero	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
284	<b>f convenz</b>	Flag errore campo Convenzione	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
285	<b>f compens</b>	Flag errore campo Compensazione	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
286	<b>f crl_int_10</b>	Flag errore campo Controllo campionario interno del 10%	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
287	<b>f esito_int_10</b>	Flag errore campo Esito controllo campionario interno del 10%	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
288	<b>f imp_pre_10</b>	Flag errore campo Importo precedente al controllo interno del 10%	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
289	<b>f imp_post_10</b>	Flag errore campo Importo successivo al controllo interno del 10%	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
290	<b>f crl_int_app</b>	Flag errore campo Controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
291	<b>f esito_int_appr</b>	Flag errore campo Esito controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
292	<b>f imp_pre_appr</b>	Flag errore campo Importo precedente al controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
293	<b>f imp_post_appr</b>	Flag errore campo Importo successivo al controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
294	<b>f crl_esterno</b>	Flag errore campo Controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
295	<b>f esito_esterno</b>	Flag errore campo Esito controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
296	<b>f imp_pre_esterno</b>	Flag errore campo Importo precedente al controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
297	<b>f imp_post_est</b>	Flag errore campo Importo successivo al controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
298	<b>f imp_finale</b>	Flag errore campo Importo finale	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
299	<b>f DRG_prec</b>	Flag errore campo DRG precedente	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
300	<b>f dolore</b>	Flag errore campo Rilevazione del dolore	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
301	<b>f pressione</b>	Flag errore campo Pressione arteriosa sistolica	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
302	<b>f creatinina</b>	Flag errore campo Creatinina serica	C	1	0=campo corretto - l=campo errato
303	<b>drgreg</b>	DRG attribuito dalla Regione	C	3	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 2.4 (valori come da archivio regionale DRG; per esempio DRG Interventi sul Cristallino con o

## Allegato A

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
					senza Vitrectomia il valore sarà 039).
304	<b>mdreg</b>	MDC attribuito dalla Regione	C	2	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 24 (valori come da archivio regionale DRG; per esempio MDC malattie e disturbi dell'occhio il valore sarà 02).
305	<b>imp1reg</b>	Importo	E	9	Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione al campo 166 <b>drgreg</b> .
306	<b>imp2reg</b>	Importo oltre soglia	E	9	Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione al campo 166 <b>drgreg</b> : applicazione della tariffa giornate di degenza oltre soglia
307	<b>DRG_19</b>	DRG 19 attribuito dalla Regione	C	3	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 19; il valore è riportato esclusivamente al fine di effettuare analisi di tipo comparativo.
308	<b>classe</b>	Classe Istituto	C	1	Attribuito dalla Regione.
309	<b>regint</b>	Regione di residenza dell'utente riattribuita dalla Regione	C	3	Se residente in Italia codici delle regioni italiane Se residente all'estero 999 Se non attribuibile 000
310	<b>uslint</b>	Azienda sanitaria di residenza utente riattribuita dalla Regione	C	3	Se residente in Italia codice dell'Azienda USL di residenza. Se residente all'estero codice dello Stato estero Se non attribuibile 000
311	<b>Eta</b>	Età alla dimissione del paziente calcolata dalla Regione	N	3	Attribuito dalla Regione
312	<b>ggdeg</b>	Giornate di degenza calcolate dalla Regione	N	4	Attribuito dalla Regione
313	<b>tiporic</b>	tipologia di ricovero riattribuita dalla Regione	C	1	1=ordinario con durata >= 2 giorni 2=ordinario con durata < 2 giorni senza trasferimento 3=ordinario con durata < 2 giorni con trasferimento 5=day hospital medico 6=day hospital chirurgico 7=riabilitazione ordinaria 8=riabilitazione day hospital 9=lungodegenza 0=non attribuibile
314	<b>certMEF</b>	Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze	C	1	0=IDutente da sottoporre al MEF 1=IDutente certificato MEF 2=IDutente non certificato MEF 9=IDutente non presente in anagrafe regionale

**Allegato A**

**1.8.4 Tracciato TXT della Scheda di Dimissione Ospedaliera inviato dalla Regione alle Aziende sanitarie: archivio di dettaglio (SDO2)**

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
1	azist	Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	3	vedi §1.8.2
2	codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	8	vedi §1.8.2
3	anprat	Anno pratica	N	4	vedi §1.8.2
4	nprat	N° pratica	N	6	vedi §1.8.2
5	progressivo	Progressivo SDO2	C	6	vedi §1.8.2
6	codechi	Codice intervento chirurgico o procedura	C	4	vedi §1.8.2
7	later	Lateralità	C	1	vedi §1.8.2
8	robot	Utilizzo robot	C	1	vedi §1.8.2
9	datechi	Data inizio codechi	D	8	vedi §1.8.2
10	ora codechi	Ora inizio codechi	T	5	vedi §1.8.2
11	codechi_est	Codechi in service	C	1	vedi §1.8.2
12	ID_chirurgo_codechi_I	I ID chirurgo	C	24	vedi §1.8.2
13	ID_chirurgo_codechi_II	II ID chirurgo	C	24	vedi §1.8.2
14	ID_chirurgo_codechi_III	III ID chirurgo	C	24	vedi §1.8.2
15	ID_anest_codechi	ID anestesista	C	24	vedi §1.8.2
16	checklist_codechi	Check list sala operatoria	C	1	vedi §1.8.2
17	fraz_eiezz	Frazione eiezione	N	2	vedi §1.8.2
18	f_azist	Flag errore campo Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
19	f_codosp	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
20	f_anprat	Flag errore campo Anno pratica	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
21	f_nprat	Flag errore campo N° pratica	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
22	f_progressivo	Flag errore campo Progressivo SDO2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
23	f_codechi	Flag errore campo Codice intervento chirurgico o procedura	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
24	f_later	Flag errore campo Lateralità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
25	f_robot	Flag errore campo Utilizzo robot	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
26	f_datechi	Flag errore campo Data inizio codechi	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
27	f_ora_codechi	Flag errore campo Ora inizio codechi	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
28	f_codechi_est	Flag errore campo Codechi in service	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
29	f_ID_chirurgo_codechi_I	Flag errore campo I ID chirurgo	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
30	f_ID_chirurgo_codechi_II	Flag errore campo II ID chirurgo	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
31	f_ID_chirurgo_codechi_III	Flag errore campo III ID chirurgo	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
32	f_ID_anest_codechi	Flag errore campo ID anestesista	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
33	f_checklist_codechi	Flag errore campo Check list sala operatoria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
34	f_fraz_eiezz	Flag errore campo Frazione eiezione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

1. Scheda nosologica (SDO)

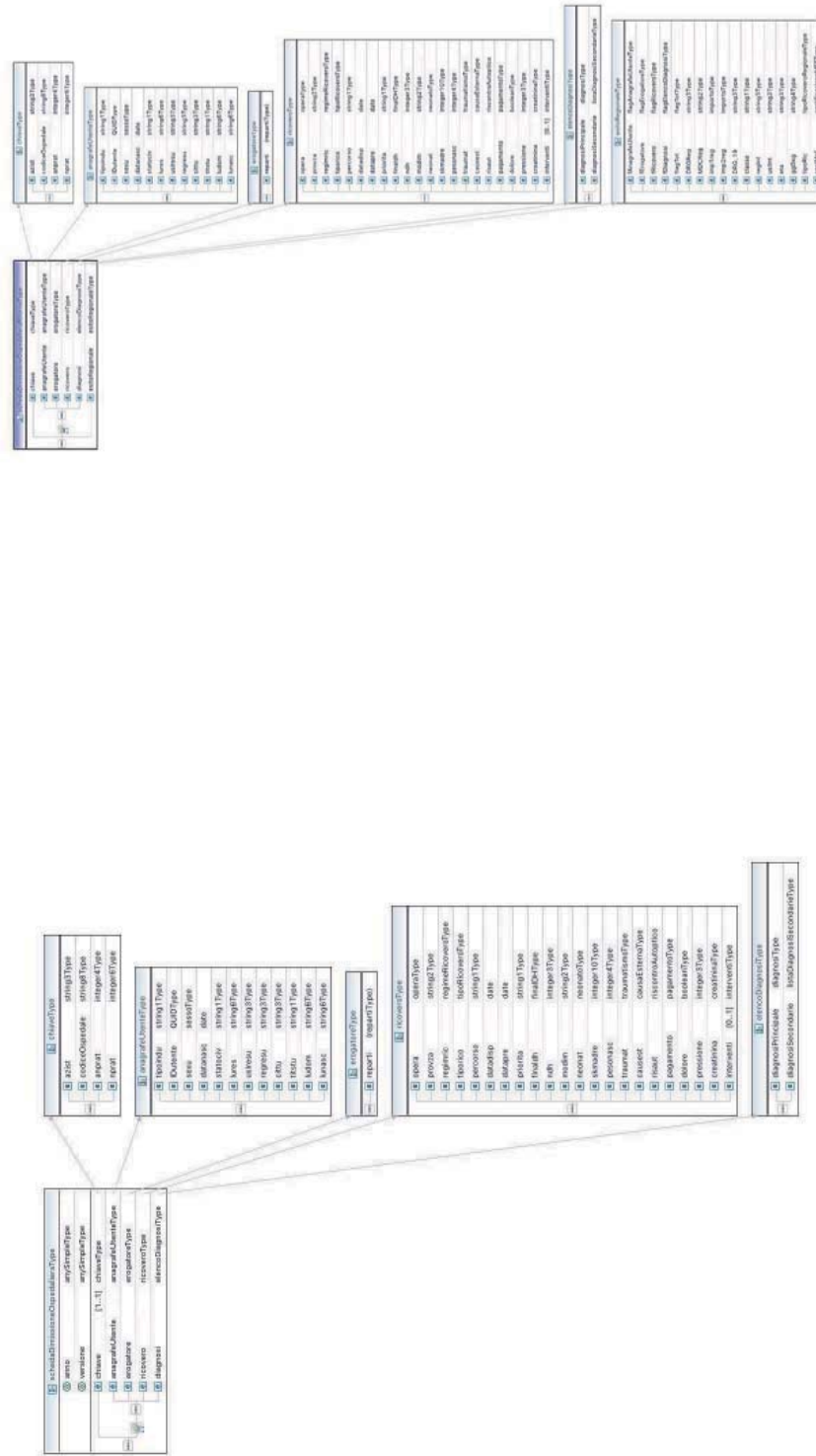
**Allegato A**

**1.8.5 Tracciato XML della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) da Aziende sanitarie a Regione Toscana e degli esiti**

Per le modalità di compilazione di ciascuna informazione ed i controlli effettuati dal sistema di validazione oltre a quanto riportato nel presente paragrafo si rimanda anche alla colonna note dei tracciati di cui al §1.8.1 e al §1.8.2.

*Diagramma struttura XML – INVIO*

*Diagramma struttura XML ritorno*



*1. Scheda nosologica (SDO)*



**Allegato A**

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<schema xmlns="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" targetNamespace="http://regione.toscana.it/sdo"
  xmlns:tns="http://regione.toscana.it/sdo" elementFormDefault="qualified">
  <element name="SchedeDimissioneOspedaliera">
    <complexType>
      <sequence>
        <element name="SchedaDimissioneOspedaliera" type="tns:schedaDimissioneOspedalieraType" minOccurs="1" maxOccurs="5000"/></element>
      </sequence>
    </complexType>
  </element>

  <element name="SchedeDimissioneOspedalieraRegionale">
    <complexType>
      <sequence>
        <element name="SchedaDimissioneOspedaliera" type="tns:schedaDimissioneOspedalieraType" minOccurs="1" maxOccurs="1"/></element>
      </sequence>
    </complexType>
  </element>

  <complexType name="schedaDimissioneOspedalieraType">
    <sequence>
      <element name="chiave" type="tns:chiaveType" maxOccurs="1"/>
      <annotation>
        <documentation>Campo chiave</documentation>
      </annotation>
      <group ref="tns:dettaglioSchedaGroup" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
    </sequence>
    <attribute name="anno" default="2018" fixed="2018"/></attribute>
    <attribute name="versione" default="1" fixed="1"/></attribute>
  </complexType>

  <complexType name="schedaDimissioneOspedalieraRitornoType">
    <annotation>
      <documentation>Ritorno regionale della scheda di dimissione
        ospedaliera. La parte relativa alla scheda aziendale diventa
        opzionale nel caso di ritorno dalla validazione
      </documentation>
    </annotation>
  </complexType>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

</sequence>
<element name="chiave" type="tns:chiaveType">
  <annotation>
    <documentation>Chiave della scheda di dimissione ospedaliera
  </documentation>
  </annotation>
</element>

<group ref="tns:dettaglioSchedaGroup" minOccurs="0" maxOccurs="1" />

<element name="esitoRegionale" type="tns:esitoRegionaleType">
  <annotation>
    <documentation>Contiene l'esito della validazione oltre ai campi ricalcolati
  </documentation>
  </annotation>
</element>

</sequence>
</complexType>

<group name="dettaglioSchedaGroup">
  <sequence>
    <element name="anagrafeUtente" type="tns:anagrafeUtenteType">
      <annotation>
        <documentation>Sezione relativa all'anagrafe utente</documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="erogatore" type="tns:erogatoreType">
      <annotation>
        <documentation>Sezione relativa all'erogatore</documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="ricovero" type="tns:ricoveroType">
      <annotation>
        <documentation>Sezione relativa al ricovero</documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="diagnosi" type="tns:elencoDiagnosiType">
      <annotation>
        <documentation>Sezione relativa alle diagnosi</documentation>
      </annotation>
    </element>
  </sequence>
</group>

```

1. Scheda nosologica (SDO)

**Allegato A**

```

<complexType name="elencoDiagnosiType">
  <sequence>
    <element name="diagnosiPrincipale" type="tns:diagnosiType"/>
    <annotation>
      <documentation>Diagnosi principale</documentation>
    </annotation>
    </sequence>
  </complexType>

<complexType name="listaDiagnosiSecondarieType">
  <annotation>
    <documentation>Diagnosi secondarie</documentation>
  </annotation>
  <sequence>
    <element name="diagnosiSecondaria" type="tns:diagnosiSecondariaType" minOccurs="0" maxOccurs="5"/>
  </sequence>
</complexType>

<complexType name="esitoRegionaleType">
  <sequence>
    <element name="fAnagrafeUtente" type="tns:flagAnagrafeUtenteType">
      <annotation>
        <documentation>Sezione relativa alla validazione dell'anagrafe
          utente
        </documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="fErogatore" type="tns:flagErogatoreType">
      <annotation>
        <documentation>Sezione relativa alla validazione della parte
          dell'erogatore
        </documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="fRicovero" type="tns:flagRicoveroType">
      <annotation>
        <documentation>Sezione relativa alla validazione del ricovero
      </annotation>
    </element>
  </sequence>
</complexType>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="fDiagnosi" type="tns:flagElencoDiagnosiType">
<annotation>
<documentation>Sezione relativa alla validazione delle diagnosi
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="flagTot" type="tns:flagTotType">
<annotation>
<documentation>Stato del record</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="DRGReg" type="tns:string3Type">
<annotation>
<documentation>DRG ricalcolato da parte della regione
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="MDCReg" type="tns:string2Type">
<annotation>
<documentation>MDC Calcolato da Regione
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="imp1reg" type="tns:importoType">
<annotation>
<documentation>Importo Regionale 1</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="imp2reg" type="tns:importoType">
<annotation>
<documentation>Importo Regionale oltre soglia</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="DRG_19" type="tns:string3Type">
<annotation>
<documentation>DRG 19 attribuito dalla regione
</documentation>
</annotation>
</element>

```

1. Scheda nosologica (SDO)

**Allegato A**

```

<element name="classe" type="tns:string1Type">
  <annotation>
    <documentation>Classe istituto</documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="regInt" type="tns:string3Type">
  <annotation>
    <documentation>Regione di residenza ricalcolata dalla regione
    </documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="usInt" type="tns:string3Type">
  <annotation>
    <documentation>Azienda sanitaria di residenza ricalcolata dalla
    regione
    </documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="eta" type="tns:string3Type">
  <annotation>
    <documentation>Eta alla dimissione</documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="ggDeg" type="tns:string4Type">
  <annotation>
    <documentation>Giorni di degenza</documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="tipoRic" type="tns:tipoRicoveryRegionaleType">
  <annotation>
    <documentation>Tipologia del ricovero ricalcolato dalla Regione
    Toscana.
    </documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="certMef" type="tns:certificazioneMEFType">
  <annotation>
    <documentation>Certificazione MEF dell'identificativo utente.
    </documentation>
  </annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>
I. Scheda nosologica (SDO)

```

**Allegato A**

```

<complexType name="flagElencoDiagnosiType">
  <annotation>
    <documentation>Sezione relativa alla validazione delle diagnosi
  </documentation>
</annotation>
<sequence>
  <element name="fDiagnosiPrincipale" type="tns:flagDiagnosiType">
    <annotation>
      <documentation>Sezione relativa alla validazione della diagnosi
        principale
    </documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="fDiagnosiSecondarie" type="tns:flagDiagnosiSecondarieType">
  <annotation>
    <documentation>Sezione relativa alla validazione della diagnosi
      secondaria
    </documentation>
  </annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>

<complexType name="flagDiagnosiSecondarieType">
  <sequence>
    <element name="fDiagnosiSecondaria" type="tns:flagDiagnosiSecondariaType" minOccurs="0" maxOccurs="5"/>
  </sequence>
</complexType>

<complexType name="anagrafeUtenteType">
  <sequence>
    <element name="tipoindu" type="tns:stringType">
      <annotation>
        <documentation>Tipologia del codice individuale dell'utente.
      </documentation>
    </annotation>
    </element>
    <element name="IDutente" type="tns:QUIDType">
      <annotation>
        <documentation>Codice individuale dell'utente.
      </documentation>
    </annotation>
  </sequence>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="sexu" type="tns:sexoType">
<annotation>
<documentation>Sesso dell'utente.</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="datanasc" type="date">
<annotation>
<documentation>Data di nascita dell'utente.</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="statoCiv" type="tns:string1Type">
<annotation>
<documentation>Stato civile</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="lures" type="tns:string6Type" nillable="true">
<annotation>
<documentation>Residenza utente</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="usresu" type="tns:string3Type" nillable="true">
<annotation>
<documentation>Azienda sanitaria di residenza utente
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="regresu" type="tns:string3Type" nillable="true">
<annotation>
<documentation>Regione di residenza dell'utente</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="cittu" type="tns:string3Type" nillable="true">
<annotation>
<documentation>Cittadinanza dell'utente</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="titistu" type="tns:string1Type" nillable="true">
<annotation>
<documentation>Titolo di studio</documentation>
</annotation>

```

**Allegato A**

```

</element>
<element name="ludom" type="tns:string6Type" nillable="true">
  <annotation>
    <documentation>Luogo di domicilio</documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="lunasc" type="tns:string6Type" nillable="true">
  <annotation>
    <documentation>Luogo di nascita</documentation>
  </annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="flagAnagrafeUtenteType">
  <annotation>
    <documentation>Sezione relativa alla validazione regionale delle
      informazioni anagrafiche dell'utente.
    </documentation>
  </annotation>
  <sequence>
    <element name="fTipoindu" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fIDutente" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fSexu" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fDatanasc" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fStatociv" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fLures" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fUslresu" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fRegresu" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fCittu" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fTitistu" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fLudom" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fLunasc" type="tns:flagType"></element>
  </sequence>
</complexType>
<complexType name="ricoveroType">
  <sequence>
    <element name="opera" type="tns:operaType">
      <annotation>
        <documentation>Tipo operazione</documentation>
      </annotation>
    </element>
  </sequence>

```



**Allegato A**

```

<element name="provza" type="tns:string2Type">
  <annotation>
    <documentation>Provenienza del paziente</documentation>
  </annotation>
</element>

<element name="regimric" type="tns:regimeRicoveroType">
  <annotation>
    <documentation>Regime ricovero</documentation>
  </annotation>
</element>

<element name="tiporico" type="tns:tipoRicoveroType">
  <annotation>
    <documentation>Tipo di ricovero</documentation>
  </annotation>
</element>

<element name="percorso" type="tns:string1Type" nillable="true">
  <annotation>
    <documentation>Tipo percorso</documentation>
  </annotation>
</element>

<element name="datadisp" type="date" nillable="true">
  <annotation>
    <documentation>Data di prima disponibilit  </documentation>
  </annotation>
</element>

<element name="datapre" type="date" nillable="true">
  <annotation>
    <documentation>Data di prenotazione</documentation>
  </annotation>
</element>

<element name="priorita" type="tns:string1Type" nillable="true">
  <annotation>
    <documentation>Classe di priorit  del ricovero</documentation>
  </annotation>
</element>

<element name="finaldh" type="tns:finalDHType">
  <annotation>
    <documentation>Finalità del Day-Hospital</documentation>
  </annotation>
</element>

<element name="ndh" type="tns:integer3Type">
  <annotation>

```

**Allegato A**

```

</documentation>Numero presenze in Day-Hospital</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="modim" type="tns:string2Type">
</annotation>
</documentation>Modalità dimissione</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="neonat" type="tns:neonatoType">
</annotation>
</documentation>Neonato</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="skmadre" type="tns:integer10Type" nillable="true">
</annotation>
</documentation>Numero scheda della madre</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="pesonasc" type="tns:integer4Type" nillable="true">
</annotation>
</documentation>Peso alla nascita</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="traumat" type="tns:traumatismoType">
</annotation>
</documentation>Traumatismi o intossicazioni</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="causest" type="tns:causaEsternaType">
</annotation>
</documentation>Causa esterna</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="risaut" type="tns:riscontroAutoptico">
</annotation>
</documentation>Riscontro autoptico</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="pagamento" type="tns:pagamentoType">
</annotation>
</documentation>Sezione relativa al pagamento.</documentation>
</annotation>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

</element>
<element name="dolore" type="tns:booleanType">
  <annotation>
    <documentation>Rilevazione del dolore</documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="pressione" type="tns:integer3Type" nillable="true">
  <annotation>
    <documentation>Pressione arteriosa sistolica</documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="creatinina" type="tns:creatininaType" nillable="true">
  <annotation>
    <documentation>Creatinina serica</documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="interventi" type="tns:interventiType" minOccurs="0"/>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="interventiType">
  <annotation>
    <documentation>Sezione relativa agli interventi</documentation>
  </annotation>
<sequence>
  <element name="intervento" type="tns:interventoType" minOccurs="1" maxOccurs="98"/>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="flagRicoveroType">
  <annotation>
    <documentation>Sezione relativa alla validazione regionale delle
    informazioni sul ricovero
  </documentation>
  </annotation>
<sequence>
  <element name="fOpera" type="tns:flagType"></element>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

<element name="fProvza" type="tns:flagType"></element>
<element name="fRegimic" type="tns:flagType"></element>
<element name="fTiporico" type="tns:flagType"></element>
<element name="fPercorso" type="tns:flagType"></element>
<element name="fDatadisp" type="tns:flagType"></element>
<element name="fDatapre" type="tns:flagType"></element>
<element name="fPriorita" type="tns:flagType"></element>
<element name="fFinaldh" type="tns:flagType"></element>
<element name="fNdh" type="tns:flagType"></element>
<element name="fModim" type="tns:flagType"></element>
<element name="fNeonat" type="tns:flagType"></element>
<element name="fSkmadre" type="tns:flagType"></element>
<element name="fPesonasc" type="tns:flagType"></element>
<element name="fTraumat" type="tns:flagType"></element>
<element name="fCausest" type="tns:flagType"></element>
<element name="fRisaut" type="tns:flagType"></element>
<element name="fPagamento" type="tns:flagPagamentoType"></element>
<element name="fDolore" type="tns:flagType"></element>
<element name="fPressione" type="tns:flagType"></element>
<element name="fCreatimina" type="tns:flagType"></element>
<element name="fInterventi" type="tns:flagInterventi"/>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="flagInterventi">
<sequence>
<element name="fIntervento" type="tns:flagInterventoType" minOccurs="1" maxOccurs="98"></element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="interventoType">
<sequence>
<element name="progressivo" type="tns:stringInteger6Type">
<annotation>
</documentation>Progressivo intervento</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="codchi" type="tns:codiceInterventoType">

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

</annotation>
<documentation>Codice intervento chirurgico o procedura
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="later" type="tns:lateralitaType" minOccurs="0">
<annotation>
<documentation>Lateralità </documentation>
</annotation>
</element>
<element name="robot" type="tns:booleanType">
<annotation>
<documentation>Utilizzo robot</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="datchi" type="date">
<annotation>
<documentation>Data inizio codchi</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="ora_codchi" type="tns:oraType" nillable="true">
<annotation>
<documentation>Ora inizio codchi </documentation>
</annotation>
</element>
<element name="codchi_est" type="tns:booleanType" minOccurs="0">
<annotation>
<documentation>Codchi in service</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="ID_chirurgo_codchi" type="tns:ID_chirurgo_codchiType" minOccurs="0" maxOccurs="3">
<annotation>
<documentation>Lista dei chirurghi responsabili dell'intervento, rilevazione richiesta per gli interventi chirurgici maggiori</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="ID_anest_codchi" type="tns:QUIDType" minOccurs="0">
<annotation>
<documentation>Identificativo dell'anestesista dell'intervento
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="checklist_codchi" type="tns:checklistSalaOperatoriaType"
nillable="true">

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

<annotation>
  <documentation>Check list sala operatoria</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="fraz_eiezi" type="tns:integer2Type" nillable="true">
<annotation>
  <documentation>Frazione eiezione</documentation>
</annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>

<complexType name="Lista_ID_chirurgo_codchi">
<annotation>
<documentation>Lista identificativi dei chirurghi responsabile
dell'intervento
</documentation>
</annotation>
</sequence>
</complexType>

<element name="ID_chirurgo_codchi" type="tns:ID_chirurgo_codchiType" minOccurs="1" maxOccurs="3">
<annotation>
  <documentation>Identificativo del chirurgo responsabile dell'intervento</documentation>
</annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>

<complexType name="flagInterventoType">
<annotation>
<documentation>Sezione relativa alla validazione regionale delle
informazioni sull'intervento.
</documentation>
</annotation>
</sequence>
<element name="fProgressivo" type="tns:flagType"></element>
<element name="fCodchi" type="tns:flagType"></element>
<element name="flater" type="tns:flagType"></element>
<element name="fRobot" type="tns:flagType"></element>
<element name="fDatchi" type="tns:flagType"></element>
<element name="fOra_codchi" type="tns:flagType"></element>
<element name="fCodchi_est" type="tns:flagType"></element>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

<element name="fID_chirurgo_codchi" type="tns:flagID_chirurgo_codchiType" minOccurs="0" maxOccurs="3"/>
<element name="fID_anest_codchi" type="tns:flagType"/></element>
<element name="fChecklist_codchi" type="tns:flagType"/></element>
<element name="fFraz_eiezz" type="tns:flagType"/></element>
</sequence>
<attribute name="progressivo" type="tns:stringInteger6Type"/>
</complexType>

<complexType name="flagListaID_chirurgo_codchi">
<sequence>
<element name="fID_chirurgo_codchi" type="tns:flagID_chirurgo_codchiType" maxOccurs="3"/>
</sequence>
</complexType>

<complexType name="flagID_chirurgo_codchiType">
<simpleContent>
<extension base="tns:flagType"/>
<attribute name="progressivo" type="integer" use="required"/>
</extension>
</simpleContent>
</complexType>

<complexType name="chiaveType">
<sequence>
<element name="azist" type="tns:string3Type">
<annotation>
<documentation>Azienda sanitaria di riferimento dell'ae™ospedale
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="codiceOspedale" type="tns:string8Type">
<annotation>
<documentation>Codice ospedale/sede ospedale di ingresso o
trasferimento
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="anprat" type="tns:integer4Type">
<annotation>
<documentation>Anno pratica</documentation>
</annotation>
</element>

```

1. Scheda nosologica (SDO)

**Allegato A**

```

<element name="nprat" type="tns:integer6Type">
  <annotation>
    <documentation>>N° pratica</documentation>
  </annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="pagamentoType">
  <sequence>
    <element name="modero" type="tns:modalitaErogazioneType">
      <annotation>
        <documentation>>Modalità di erogazione</documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="onere" type="tns:string1Type">
      <annotation>
        <documentation>>Onere della degenza</documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="autpror" type="tns:string1Type" nillable="true">
      <annotation>
        <documentation>>Autorizzazione proroga</documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="ggpror" type="tns:integer2Type" nillable="true">
      <annotation>
        <documentation>>Giornate di proroga autorizzate</documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="noteDRG" type="tns:string2Type">
      <annotation>
        <documentation>>Note ai DRG</documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="drgazie" type="tns:string3Type" nillable="true">
      <annotation>
        <documentation>>DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice
          </documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="impazie" type="tns:importoType">
      <annotation>

```

*1. Scheda nosologica (SDO)*



**Allegato A**

```

<documentation>Importo Aziendale</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="improff" type="tns:importoType" nillable="true">
</annotation>
<documentation>Importo per prestazioni libero professionali
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="imptomf" type="tns:importoType" nillable="true">
</annotation>
<documentation>Importo per comfort alberghiero</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="convenz" type="tns:convenzioneType">
</annotation>
<documentation>Convenzione</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="compens" type="tns:booleanType">
</annotation>
<documentation>Compensazione</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="controlli" type="tns:controlliType" minOccurs="0"
maxOccurs="1">
</annotation>
<documentation>Sezione relativa ai controlli interni ed esterni.
</documentation>
</annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="flagPagamentoType">
</annotation>
<documentation>Sezione relativa alla validazione regionale delle
informazioni sul pagamento.
</documentation>
</annotation>
</sequence>
<element name="fModero" type="tns:flagType"></element>

```

*1. Scheda nosologica (SDO)*

## Allegato A

```

<element name="fOnere" type="tns:flagType"></element>
<element name="fAutpror" type="tns:flagType"></element>
<element name="fCgpror" type="tns:flagType"></element>
<element name="fNoteDRG" type="tns:flagType"></element>
<element name="fDRgazie" type="tns:flagType"></element>
<element name="fImpazie" type="tns:flagType"></element>
<element name="fImpprof" type="tns:flagType"></element>
<element name="fImpcomf" type="tns:flagType"></element>
<element name="fConvenz" type="tns:flagType"></element>
<element name="fCompens" type="tns:flagType"></element>
<element name="fControlli" type="tns:flagControlliType"></element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="erogatoreType">
<sequence>
<element name="reparti">
<complexType>
<sequence>
<element name="repartoAmmissione" type="tns:ctReparto">
<annotation>
<documentation>Reparto di ammissione</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="trasferimenti" minOccurs="0" maxOccurs="1">
<annotation>
<documentation>Sezione relativa ai trasferimenti.
</documentation>
</annotation>
<complexType>
<sequence>
<element name="trasferimento" type="tns:trasferimentoType"
minOccurs="1" maxOccurs="15">
<annotation>
<documentation>Reparto di trasferimento</documentation>
</annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>
</element>
<element name="repartoDimissione" type="tns:repartoDimissioneType">
<annotation>

```

**Allegato A**

```

<documentation>Reparto di dimissione</documentation>
</annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>
</element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="flagErogatoreType">
<annotation>
<documentation>Sezione relativa alla validazione regionale delle
informazioni sull'erogatore.
</documentation>
</annotation>
</sequence>
<element name="fReparti">
<complexType>
<sequence>
<element name="fRepartoAmmissione" type="tns:flagRepartoType"></element>
<element name="fTrasferimenti" minOccurs="0" maxOccurs="1">
<complexType>
<sequence>
<element name="fTrasferimento" type="tns:flagTrasferimentoType" minOccurs="1"
maxOccurs="15"></element>
</sequence>
</complexType>
</element>
<element name="fRepartoDimissione" type="tns:flagRepartoDimissioneType"></element>
</sequence>
</complexType>
</element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="ctReparto">
<sequence>
<element name="codiceOspedale" type="tns:string8Type">
<annotation>
<documentation>Codice ospedale/sede ospedale di ammissione,
trasferimento o dimissione.
</documentation>
</annotation>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

</element>
<element name="reparto" type="tns:string4Type">
  <annotation>
    <documentation>Reparto di ammissione, trasferimento o dimissione.
  </documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="data" type="date">
  <annotation>
    <documentation>Data di ammissione, trasferimento o dimissione.
  </documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="ora" type="tns:oraType">
  <annotation>
    <documentation>Ora di ammissione, trasferimento o dimissione.
  </documentation>
  </annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>

<complexType name="trasferimentoType">
  <complexContent>
    <extension base="tns:ctReparto">
      <attribute name="progressivo" type="integer" use="required"/>
    </extension>
  </complexContent>
</complexType>

<complexType name="flagRepartoType">
  <annotation>
    <documentation>Sezione relativa alla validazione regionale delle
      informazioni sui reparti di ammissione e trasferimento.
    </documentation>
  </annotation>
  <sequence>
    <element name="fCodiceOspedale" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fReparto" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fData" type="tns:flagType"></element>
  </sequence>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

<element name="fOra" type="tns:flagType"></element>
</sequence>
</complexType>

<complexType name="flagTrasferimentoType">
<complexContent>
<extension base="tns:flagRepartoType">
<attribute name="progressivo" type="integer" use="required"/>
</extension>
</complexContent>
</complexType>

<complexType name="repartoDimissioneType">
<sequence>
<element name="reparto" type="tns:string4Type"></element>
<element name="data" type="date"></element>
<element name="ora" type="tns:oraType"></element>
</sequence>
</complexType>

<complexType name="flagRepartoDimissioneType">
<annotation>
<documentation>Sezione relativa alla validazione regionale delle
informazioni sui reparti di dimissione.
</documentation>
</annotation>
</sequence>
<element name="fReparto" type="tns:flagType"></element>
<element name="fData" type="tns:flagType"></element>
<element name="fOra" type="tns:flagType"></element>
</sequence>
</complexType>

<complexType name="diagnosiType">
<sequence>
<element name="diagnosiPrincipale" type="tns:diagnosiPrincipaleType">
<annotation>
<documentation>Diagnosi principale di dimissione o I, II, III, IV,
V diagnosi secondaria
</documentation>
</annotation>
</sequence>
</complexType>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

</element>
<element name="diagnosiPresente" type="tns:string1Type">
  <annotation>
    <documentation>Diagnosi principale di dimissione presente al
    ricovero o I, II, III, IV, V diagnosi principale presente al
    ricovero.
  </documentation>
</annotation>
</element>
<element name="diagnosiLaterality" type="tns:diagnosiLateralityType"
  nullable="true">
  <annotation>
    <documentation>Diagnosi principale di dimissione, laterality o I,
    II, III, IV, V diagnosi secondaria, laterality
  </documentation>
</annotation>
</element>
<element name="diagnosiStadiation" type="tns:diagnosiStadiationType"
  nullable="true">
  <annotation>
    <documentation>Diagnosi principale di dimissione, stadiation
    condensata o I, II, III, IV, V diagnosi secondaria, stadiation
    condensata
  </documentation>
</annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="diagnosiSecondariaType">
  <complexContent>
    <extension base="tns:diagnosiType">
      <attribute name="progressivo" type="integer" use="required"/>
    </extension>
  </complexContent>
</complexType>
<complexType name="flagDiagnosiType">
  <annotation>
    <documentation>Sezione relativa alla validazione regionale delle
    diagnosi.
  </documentation>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

</documentation>
</annotation>
</sequence>
<element name="fDiagnosiPrincipale" type="tns:flagType"/></element>
<element name="fDiagnosiPresente" type="tns:flagType"/></element>
<element name="fDiagnosiLaterale" type="tns:flagType"/></element>
<element name="fDiagnosiStadiazione" type="tns:flagType"/></element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="flagDiagnosiSecondariaType">
<complexContent>
<extension base="tns:flagDiagnosiType">
<attribute name="progressivo" type="integer" use="required"/></attribute>
</extension>
</complexContent>
</complexType>
<complexType name="controlliType">
<sequence>
<element name="controlloInterno1" type="tns:controlloType"
minOccurs="0" maxOccurs="1">
<annotation>
<documentation>Sezione relativa al controllo interno del 10%.
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="controlloAppropriatezza" type="tns:controlloType"
minOccurs="0" maxOccurs="1">
<annotation>
<documentation>Sezione relativa al controllo di appropriatezza.
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="controlloEsterno" type="tns:controlloType"
minOccurs="0" maxOccurs="1">
<annotation>
<documentation>Sezione relativa al controllo esterno.
</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="imp_finale" type="tns:importoType">
<annotation>

```

1. Scheda nosologica (SDO)

**Allegato A**

```

<documentation>Importo finale dopo controllo.</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="DRG_prec" type="tns:string3Type" nillable="true">
</annotation>
<documentation>DRG precedente il controllo se modificato da
quest'ultimo.
</documentation>
</annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="flagControlliType">
</annotation>
<documentation>Sezione relativa alla validazione regionale dei
controlli.
</documentation>
</annotation>
</sequence>
<element name="fControlloInternoI0" type="tns:flagControlloType" minOccurs="0" maxOccurs="1"></element>
<element name="fControlloAppropriatezza" type="tns:flagControlloType" minOccurs="0" maxOccurs="1"></element>
<element name="fControlloEsterno" type="tns:flagControlloType" minOccurs="0" maxOccurs="1"></element>
<element name="fImp_finale" type="tns:flagType"></element>
<element name="fDRG_prec" type="tns:flagType"></element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="controlloType">
</sequence>
<element name="campionato" type="tns:booleanType">
</annotation>
<documentation>Controllo campionario</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="esito" type="tns:booleanType">
</annotation>
<documentation>Esito controllo campionario</documentation>
</annotation>
</element>
<element name="importoPrecedente" type="tns:importoType">
</annotation>
<documentation>Importo precedente al controllo</documentation>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*



**Allegato A**

```

</annotation>
</element>
<element name="importoSuccessivo" type="tns:importoType">
<annotation>
<documentation>Importo precedente al controllo</documentation>
</annotation>
</element>
</sequence>
</complexType>
<complexType name="flagControlloType">
<annotation>
<documentation>Sezione relativa alla validazione regionale dei
controlli.
</documentation>
</annotation>
</sequence>
<element name="fCampionato" type="tns:flagType"></element>
<element name="fEsito" type="tns:flagType"></element>
<element name="fImportoPrecedente" type="tns:flagType"></element>
<element name="fImportoSuccessivo" type="tns:flagType"></element>
</sequence>
</complexType>
<simpleType name="string1Type">
<restriction base="string">
<length value="1" />
</restriction>
</simpleType>
<simpleType name="string2Type">
<restriction base="string">
<length value="2" />
</restriction>
</simpleType>
<simpleType name="string3Type">
<restriction base="string">
<length value="3" />
</restriction>
</simpleType>
<simpleType name="string4Type">

```

1. Scheda nosologica (SDO)

**Allegato A**

```

<restriction base="string">
  <length value="4" />
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="string6Type">
<restriction base="string">
  <length value="6" />
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="string8Type">
<restriction base="string">
  <length value="8" />
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="integer2Type">
<restriction base="integer">
  <pattern value="\d{2}"></pattern>
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="integer3Type">
<restriction base="integer">
  <pattern value="\d{3}"></pattern>
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="integer4Type">
<restriction base="integer">
  <pattern value="\d{4}"></pattern>
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="integer6Type">
<restriction base="integer">
  <pattern value="\d{6}"></pattern>
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="integer10Type">
  <restriction base="integer">

```

1. *Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

    <pattern value="d{10}"></pattern>
  </restriction>
</simpleType>

<simpleType name="stringInteger6Type">
  <restriction base="string">
    <pattern value="d{6}" />
  </restriction>
</simpleType>

<simpleType name="tipoCodiceType">
  <annotation>
<documentation>Rappresenta il codice del soggetto emittenti di uno specifico ID.
    Ad esempio con RT si identifica un codice emesso da RT, con MEF si identifica
    un codice fiscale.
  </documentation>
</annotation>
<restriction base="string">
  <enumeration value="RT"></enumeration>
</restriction>
</simpleType>

<complexType name="QUIDType" abstract="true">
  <annotation>
<documentation>Elemento astratto per la rappresentazione di un codice identificativo di un soggetto quale il codice fiscale, l'identificativo universale,
  etc</documentation>
</annotation>
<sequence>
  <element name="valore" type="string"></element>
</sequence>
<attribute name="tipoCodice" type="tns:tipoCodiceType"></attribute>
</complexType>

<complexType name="QUID-RTType">
  <annotation>
<documentation>Elemento per l'identificativo regionale. Questo elemento  $\hat{A}$  costruito a partire dall'elemento Codice per cui viene fissato l'attributo TipoCodice ad RT</documentation>
</annotation>
<complexContent>
  <restriction base="tns:QUIDType">
    <sequence>

```

1. *Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

<element name="valore" type="tns:stIdentificativoRegioneToscana"></element>
</sequence>
<attribute name="tipoCodice" type="tns:tipoCodiceType" use="required" fixed="RT"></attribute>
</restriction>
</complexContent>
</complexType>
<complexType name="ID_chirurgo_codchiType">
<sequence>
<element name="ID" type="tns:QUIDType"/>
</sequence>
<attribute name="progressivo" type="integer" use="required"/>
</complexType>
<simpleType name="stIdentificativoRegioneToscana">
<annotation>
<documentation>Tipo relativo all'identificativo emesso dalla regione toscana</documentation>
</annotation>
</annotation>
<restriction base="tns:valoreQUIDType">
<length value="24"></length>
</restriction>
</simpleType>
<simpleType name="valoreQUIDType">
<annotation>
<documentation>Tipo relativo al valore del codice previsto per QUID</documentation>
</annotation>
</annotation>
<restriction base="string">
<maxLength value="24"/>
</restriction>
</simpleType>
<simpleType name="importoType">
<restriction base="string">
<pattern value="^\d{6},\d{2}"></pattern>
</restriction>
</simpleType>
<simpleType name="sessoType">
<restriction base="string">
<enumeration value="1"/>

```

*1. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```

    <enumeration value="2" />
    <enumeration value="9" />
  </restriction>
</simpleType>
<simpleType name="statoCivileType">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="1" />
    <enumeration value="2" />
    <enumeration value="3" />
    <enumeration value="4" />
    <enumeration value="5" />
    <enumeration value="6" />
  </restriction>
</simpleType>
<simpleType name="operaType">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="1"></enumeration>
    <enumeration value="2"></enumeration>
    <enumeration value="3"></enumeration>
  </restriction>
</simpleType>
<simpleType name="provenienzaPazienteType">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="00" />
    <enumeration value="01" />
    <enumeration value="02" />
    <enumeration value="03" />
    <enumeration value="04" />
    <enumeration value="05" />
    <enumeration value="06" />
    <enumeration value="07" />
    <enumeration value="10" />
    <enumeration value="11" />
    <enumeration value="12" />
    <enumeration value="13" />
    <enumeration value="99" />
  </restriction>
</simpleType>
<simpleType name="regimeRicoveroType">
  1. Scheda nosologica (SDO)

```

**Allegato A**

```

</restriction base="string">
<enumeration value="1" />
<enumeration value="2" />
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="tipoRicoveroType">
<restriction base="string">
<enumeration value="0" />
<enumeration value="1" />
<enumeration value="2" />
<enumeration value="3" />
<enumeration value="5" />
<enumeration value="6" />
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="tipoRicoveroRegionaleType">
<restriction base="string">
<enumeration value="0"></enumeration>
<enumeration value="1"></enumeration>
<enumeration value="2"></enumeration>
<enumeration value="3"></enumeration>
<enumeration value="5"></enumeration>
<enumeration value="6"></enumeration>
<enumeration value="7"></enumeration>
<enumeration value="8"></enumeration>
<enumeration value="9"></enumeration>
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="certificazioneMEFType">
<restriction base="string">
<enumeration value="0"></enumeration>
<enumeration value="1"></enumeration>
<enumeration value="2"></enumeration>
<enumeration value="9"></enumeration>
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="finalDHType">
<restriction base="string">
<enumeration value="0"/>

```

1. Scheda nosologica (SDO)

**Allegato A**

```

<enumeration value="1"/>
<enumeration value="2"/>
<enumeration value="3"/>
<enumeration value="4"/>
<enumeration value="5"/>
<enumeration value="8"/>
</restriction>
</simpleType>
<simpleType name="neonatoType">
<annotation>
<documentation>Neonato</documentation>
</annotation>
<restriction base="string">
<enumeration value="0"/>
<enumeration value="1"/>
<enumeration value="2"/>
<enumeration value="3"/>
</restriction>
</simpleType>
<simpleType name="modalitaDimissioneType">
<restriction base="string">
<enumeration value="01"></enumeration>
<enumeration value="02"></enumeration>
<enumeration value="03"></enumeration>
<enumeration value="04"></enumeration>
<enumeration value="05"></enumeration>
<enumeration value="06"></enumeration>
<enumeration value="07"></enumeration>
<enumeration value="08"></enumeration>
<enumeration value="09"></enumeration>
<enumeration value="10"></enumeration>
<enumeration value="11"></enumeration>
</restriction>
</simpleType>
<simpleType name="traumatismoType">
<restriction base="string">
<enumeration value="0"></enumeration>
<enumeration value="1"></enumeration>
<enumeration value="2"></enumeration>
<enumeration value="3"></enumeration>

```

1. Scheda nosologica (SDO)

**Allegato A**

```

<enumeration value="4"></enumeration>
<enumeration value="5"></enumeration>
<enumeration value="6"></enumeration>
<enumeration value="7"></enumeration>
<enumeration value="9"></enumeration>
</restriction>
</simpleType>

<simpleType name="causaEsternaType">
  <restriction base="string">
    <minLength value="4" />
    <maxLength value="5" />
  </restriction>
</simpleType>

<simpleType name="riscontroAutoptico">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="0"></enumeration>
    <enumeration value="1"></enumeration>
    <enumeration value="2"></enumeration>
  </restriction>
</simpleType>

<simpleType name="modalitaErogazioneType">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="0"></enumeration>
    <enumeration value="1"></enumeration>
    <enumeration value="2"></enumeration>
    <enumeration value="4"></enumeration>
    <enumeration value="5"></enumeration>
    <enumeration value="6"></enumeration>
  </restriction>
</simpleType>

<simpleType name="onereDegenzaType">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="1"></enumeration>
    <enumeration value="2"></enumeration>
    <enumeration value="4"></enumeration>
    <enumeration value="7"></enumeration>
    <enumeration value="8"></enumeration>
    <enumeration value="A"></enumeration>
    <enumeration value="B"></enumeration>
  </restriction>

```

1. Scheda nosologica (SDO)



**Allegato A**

```

    <enumeration value="C"></enumeration>
    <enumeration value="9"></enumeration>
  </restriction>
</simpleType>
<simpleType name="creatininaType">
  <restriction base="string">
    <pattern value="d{2},d{2}"></pattern>
  </restriction>
</simpleType>
<simpleType name="codiceInterventoType">
  <restriction base="string">
    <minLength value="3"/>
    <maxLength value="4"/>
  </restriction>
</simpleType>
<simpleType name="lateralitaType">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="1"></enumeration>
    <enumeration value="2"></enumeration>
    <enumeration value="3"></enumeration>
    <enumeration value="9"></enumeration>
  </restriction>
</simpleType>
<simpleType name="booleanType">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="0"></enumeration>
    <enumeration value="1"></enumeration>
  </restriction>
</simpleType>
<simpleType name="oraType">
  <annotation>
    <documentation>Ora inizio codchiÃ </documentation>
  </annotation>
  <restriction base="time">
    <pattern value="(0[0-9]|1[0-9]|2[0-3]):[0-5][0-9]:[0][0]" />
  </restriction>
</simpleType>

```

**Allegato A**

```

<simpleType name="checklistSalaOperatoriaType">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="0"></enumeration>
    <enumeration value="1"></enumeration>
    <enumeration value="9"></enumeration>
  </restriction>
</simpleType>

<simpleType name="convenzioneType">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="0"></enumeration>
    <enumeration value="1"></enumeration>
    <enumeration value="3"></enumeration>
  </restriction>
</simpleType>

<simpleType name="diagnosiPrincipaleType">
  <restriction base="string">
    <minLength value="3" />
    <maxLength value="5" />
  </restriction>
</simpleType>

<simpleType name="diagnosiLateralityType">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="1"></enumeration>
    <enumeration value="2"></enumeration>
    <enumeration value="3"></enumeration>
    <enumeration value="9"></enumeration>
  </restriction>
</simpleType>

<simpleType name="diagnosiStadiazioneType">
  <restriction base="string">
    <enumeration value="1"></enumeration>
    <enumeration value="2"></enumeration>
    <enumeration value="3"></enumeration>
    <enumeration value="4"></enumeration>
    <enumeration value="5"></enumeration>
    <enumeration value="6"></enumeration>
    <enumeration value="7"></enumeration>
    <enumeration value="8"></enumeration>
    <enumeration value="9"></enumeration>
  </restriction>

```

*I. Scheda nosologica (SDO)*

**Allegato A**

```
</simpleType>
<simpleType name="flagTotType">
  <annotation>
    <documentation>Flag totale della scheda</documentation>
  </annotation>
  <restriction base="string">
    <enumeration value="0"></enumeration>
    <enumeration value="1"></enumeration>
    <enumeration value="2"></enumeration>
    <enumeration value="9"></enumeration>
  </restriction>
</simpleType>
<simpleType name="flagType">
  <annotation>
    <documentation>Flag singolo campo</documentation>
  </annotation>
  <restriction base="string">
    <enumeration value="0"></enumeration>
    <enumeration value="1"></enumeration>
  </restriction>
</simpleType>
</schema>
```

## Allegato B

**9. Interruzioni Volontarie di Gravidanza**

La rilevazione delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), inserita nel Programma Statistico Nazionale, obbligatoria ai sensi dell'art. 11 L. 194/78 e dell'art. 7 D.Legs. 06/09/89 n. 322, a livello nazionale si basa su un modello cartaceo (**mod. ISTAT D.12**) le cui regole sono state recepite dalla Regione Toscana e indicate in questo documento.

Con la presente versione sono definite le specifiche dei tracciati record, le modalità ed i tempi della trasmissione dei dati dalle Aziende sanitarie alla Regione e dalla Regione alle Aziende sanitarie che entreranno in vigore a partire dal 01.01.2018. Si sottolinea che i tracciati record definiscono le informazioni minime da rilevare per garantire il debito informativo rispetto alla Regione e al livello nazionale.

Fermo restando l'obbligo della rilevazione delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza per i singoli soggetti rilevatori nonché le modalità ed i tempi previsti dalla disciplina nazionale, nei rapporti tra Aziende sanitarie e Regione Toscana l'invio dei dati in formato elettronico, con le modalità ed i tempi previsti nel presente manuale, sostituisce l'invio dei modelli cartacei relativi alle singole interruzioni. Quindi tali modelli non devono essere trasmessi dalle Aziende sanitarie né alla Regione né all'ISTAT.

Si precisa che nel caso in cui un Istituto di cura autorizzato ad effettuare IVG, non ne abbia effettuata alcuna nel corso dell'anno di riferimento, dovrà inviare ad ISTAT entro il 31 gennaio dell'anno successivo il **mod. ISTAT D.12bis** con il quale dichiara l'assenza di eventi di IVG. Se alla scadenza prevista l'Istituto non ha inviato i dati pur avendo effettuato IVG nel corso dell'anno, l'ISTAT attiverà le necessarie procedure di accertamento finalizzate all'eventuale erogazione della sanzione prevista dalla normativa.

Tra gli obblighi che la Regione ha verso l'ISTAT vi è, nell'ambito del monitoraggio trimestrale, la comunicazione on line dell'avvenuto invio dei dati da parte dell'Istituto stesso, tale comunicazione deve essere congruente con i dati presenti nel consolidato definitivo.

In caso di IVG farmacologia, al fine di consentire la rilevazione della procedura effettivamente eseguita, la compilazione delle informazioni sull'intervento deve avvenire a conclusione del caso o trascorso un intervallo temporale idoneo alla corretta rilevazione e comunque entro i termini descritti nel §9.2.

**9.1 Modalità di raccolta dei dati**

Le informazioni devono essere rilevate, per ogni donna che ricorre a IVG, dal medico che procede all'intervento allorché il caso può considerarsi concluso, prescindendo dalla struttura e dal luogo dove, anche per urgenza, l'intervento è stato eseguito.

L'Azienda sanitaria trasmette i dati alla Regione continuativamente secondo il tracciato record riportato §9.1; questi sono sottoposti ad alcune procedure di controllo i cui risultati sono riscontrabili nei dati che la Regione restituisce alle Aziende sanitarie §9.2.

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

## Allegato B

**9.2 Modalità e tempi di trasmissione dei dati**

I dati devono essere messi a disposizione del Sistema Regionale con la minor latenza possibile e comunque entro la fine del mese successivo a quello di erogazione. Nel caso in cui la scadenza sopra indicata rientri in giorni non lavorativi, questa è rimandata al primo giorno lavorativo utile. Il consolidato finale è definito con i dati trasmessi entro il 1° Marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.

**9.3 Contenuti della trasmissione elettronica dei dati****9.3.1 Da Aziende sanitarie a Regione**

Caratteristiche elettroniche: flat file formato ASCII.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nel tracciato record riportato nel § 9.9.1. Nessun altro contenuto è ammesso.

**9.3.2 Da Regione ad Aziende sanitarie**

Caratteristiche elettroniche: Flat file formato ASCII. Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nel tracciato record riportato nel §9.9.2. Tale tracciato è costituito dai campi che le Aziende Sanitarie inviano alla Regione, a cui vengono accodati altrettanti campi (identificati dal prefisso f\_) che rilevano la presenza o meno di errori e di dati mancanti. I dati sono restituiti alle Aziende che hanno provveduto all'invio ed inoltre alle Aziende USL sono restituiti i record relativi a proprie residenti che hanno effettuato la prestazione presso una struttura appartenente ad una Azienda sanitaria diversa da quella di residenza. L'individuazione della Azienda sanitaria di residenza è effettuata sulla base del contenuto del campo **Lures**.

**9.4 Organizzazione del flusso**

L'Azienda sanitaria di erogazione ed ESTAR, ognuno per quanto di propria competenza, garantiscono la qualità del contenuto informativo e la tempestività della trasmissione. In particolare ESTAR dovrà mettere in atto tutte le azioni necessarie affinché i vari sistemi informativi/gestionali che concorrono a definire i contenuti previsti dal presente manuale siano integrati.

Le informazioni sulle Interruzioni Volontarie di Gravidenza sono organizzate secondo il tracciato record riportato al §9.9.1 dove ad ogni record corrisponde una dimissione per Interruzione Volontaria di Gravidenza. Le procedure regionali di controllo e di validazione provvedono all'individuazione dei record da scartare ed all'identificazione di eventuali errori nei record che, non scartati, entrano a far parte del database regionale<sup>1</sup> con l'indicazione della relativa gravità degli errori.

<sup>1</sup> Per archivio regionale si intende l'archivio dell'anno di riferimento che via via viene consolidato.

**9. Interruzioni Volontarie di Gravidenza (IVG)**

## 9.5 Procedure regionali di controllo degli archivi

### 9.5.1 Procedura per la determinazione dei record da scartare

Motivi che determinano lo scarto dei record:

- presenza di record doppi
- presenza di codici non ammessi o non congruenti nei campi che identificano il presidio erogatore;
- duplicazione di valori nei campi che identificano il record;
- presenza di valori non ammessi nel campo **Opera**;
- mancata congruenza tra **Opera** e situazione invio.

Nel caso in cui una delle verifiche preliminari sopra elencate dia esito negativo, il record viene scartato e non entra a far parte del consolidato regionale. Si sottolinea che i record scartati sono comunque sottoposti alle successive procedure di validazione e vengono restituiti alla Azienda sanitaria inviante.

Si ricorda che i controlli descritti sono eseguiti secondo la sequenza sopra indicata e la generazione di uno degli errori blocca la successiva applicazione degli algoritmi di individuazione dei record da scartare.

## 9.6 Altre procedure di controllo

I record, scartati e non, vengono sottoposti a controlli formali e di congruità:

ogni singolo campo viene sottoposto ai controlli descritti nella colonna denominata "note" nel tracciato riportato al §9.9.1. L'esito del controllo viene segnalato nel corrispondente campo **Flag Errore** del tracciato riportato al §9.9.2 con i codici 0, 1, 2, 9 ed E dove:  
0=campo è corretto;

1=campo compilato con valori non ammessi;

2=campo compilato con valori ammessi, ma essendo errato il campo con cui deve essere confrontato non può essere valutata la congruenza.

Es. il campo "Condizione professionale/non professionale della madre" è errato:

- il campo *F\_Posprof\_m* contiene il codice "2" nel caso in cui il campo "Posizione nella professione della madre" contenga valori ammessi,
- il campo *F\_Posprof\_m* contiene il codice "1" nel caso in cui il campo "Posizione nella professione della madre" contenga valori non ammessi;

9 = campo compilato con "non rilevato";

E =indica compilato con valori ritenuti "rari". La segnalazione di "evento raro" ha lo scopo di mettere in evidenza valori che sono formalmente corretti e possibili, ma che potrebbero derivare da errori di rilevazione o di immissione dei dati.

Si precisa che se il flag relativo al campo principale contiene i valori 9 o E e se il campo collegato contiene valori corretti, allora il flag relativo al campo collegato viene valorizzato a 2.

9. Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

## Allegato B

Viene poi effettuata una elaborazione che per ogni record fornisce lo Stato del record preso in esame (**flag stato record** del tracciato riportato al §9.9.2). In sostanza lo stato del record rappresenta la qualità del record. Nel campo **flag stato record** sarà presente il codice di errore più alto (vedi § 9.7) fra quelli relativi ai campi segnalati come affetti da errori. I dati in restituzione sono corredati sia dei campi **Flag errore** sia del campo **Flag stato record**.

Le Aziende sanitarie possono provvedere con un successivo invio, alla correzione e alla cancellazione dei dati già inviati:

- se l'Azienda intende correggere record presenti nel database regionale può trasmettere le correzioni ponendo il campo **opera=2** e mantenendo invariato il contenuto dei campi che costituiscono la chiave. Può quindi inviare nuovamente sia record corretti (**Flag stato record =”0”**) sia record in cui le procedure regionali hanno individuato errori. Il record verrà sottoposto a tutte le procedure regionali di controllo e sostituirà il record originale - (sostituzione).
- se l'Azienda intende eliminare record presenti nell'archivio regionale deve trasmettere nuovamente il record in questione mantenendo invariato il contenuto dei campi che costituiscono la chiave ponendo il campo **opera=3** (cancellazione).

Nel caso in cui l'Azienda abbia la necessità di variare il contenuto di uno o più campi chiave relativi ad un record può farlo procedendo ad un ulteriore invio ed in particolare deve:

- 1) reinviare il record contenente l'errore, quindi senza cambiare il contenuto dei campi chiave, e con **Opera=“3”** (cancellazione);
- 2) inviare il record con i campi chiave corretti e con **Opera=“1”** (invio),

Oltre la data fissata per il consolidamento degli archivi i record scartati non potranno più essere rinviati, mentre rimangono acquisiti sia i record con errori lievi che gravi

### 9.7 La codifica degli errori nel campo **Flag stato record**

Di seguito viene riportato l'elenco dei possibili valori presenti nel campo **Flag stato record** § 9.9.2:

- 0:** record corretto, cioè che non presenta errori su nessun campo;  
**1:** segnala l'esistenza di errori su uno o più campi ritenuti di minore importanza;  
**2:** segnala l'esistenza di errori su uno o più campi ritenuti importanti;  
**9:** segnala la presenza di errori su almeno uno dei campi chiave e individua i record scartati.

## 9.8 Elementi per l'assolvimento del debito informativo verso ISTAT

### 9.8.1 campi calcolati dalla Regione per la determinazione delle quote informative verso Istat

**Regric** campo che definisce il regime di ricovero derivato dalla corrispondente Scheda di dimissione ospedaliera (SDO);

**Degenza** campo che attribuisce:

il numero di giorni di degenza per le dimesse in regime di ricovero ordinario (da flusso IVG campo **Degenza**);

il numero di accessi per le dimesse in Day Hospital (da flusso SDO campo **Ndh**).

**Complic5** campo che definisce la tipologia di complicazione 5 ovvero il Mancato/incompleto aborto seguito da intervento chirurgico. Informazione ricavata dal campo **Tipo** modalità 7 del flusso IVG.

## 9.9 Tracciati record

La struttura dei tracciati record fornisce per ciascun campo una serie di informazioni che di seguito presentiamo: nella colonna, denominata **Campo**, è presente un numero progressivo, indicante l'ordine di presentazione dello specifico campo; nella colonna seguente, denominata **Nome**, si fornisce nome sintetico ed univoco del campo all'interno dell'archivio;

Nella colonna **Descrizione** si fornisce una denominazione descrittiva del contenuto del campo.

Nella colonna **Tipo** si indica la natura del campo con le seguenti lettere:

- con la lettera **C** si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a sinistra con eventuali blank a destra
  - con la lettera **N** si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a destra con eventuali zeri non significativi a sinistra
  - con la lettera **D** si indicano i campi data che devono rispettare il formato ggmmaaaa;
- Nella colonna **Lung**. È indicata la lunghezza del campo;
- Nella colonna **Note** si forniscono le modalità di compilazione di ciascun campo contenuto nel tracciato record ed i controlli effettuati dal validatore.

Nella colonna **Errore** si fornisce il tipo di errore attribuibile al campo nel caso in cui il valore in esso contenuto non fosse corretto.

Nella colonna **Modifiche** si indica il tipo di modifiche effettuate rispetto alla precedente versione:

- 0 = assenza di modifiche
- 1 = precisazioni
- 2 = campo unificato
- 3 = modificato il controllo
- 4 = valori ammessi e/o lunghezza campo
- 5 = cambiato errore
- 6 = valori ammessi spostati in tabella

Nella colonna **ISTAT** con X sono indicate le informazioni che costituiscono un debito informativo verso ISTAT.

9. Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)



## Allegato B

Nella colonna **Codifica ISTAT/Note** l'eventuale mappatura tra codici regionali e Istat e/o altri algoritmi per definire l'informazione secondo quanto previsto dal livello centrale.

## 9.9.1 Tracciato record delle Interruzioni Volontarie di gravidanza, in vigore dal 01/01/2018

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
1	Anno	Anno	N	4	Anno di rilevazione. Non sono ammessi valori mancanti.	2	0	X	
2	Provint	Provincia di Intervento	C	3	Codice ISTAT della Provincia in cui è stato effettuato l'intervento: archivio comuni messo a disposizione mediante i NAL. Non sono ammessi valori mancanti.	1	0	X	
3	Codosp	Codice Ospedale	C	8	Campo chiave. Valori ammessi: tabella <b>STRUTTURE_OPERATIVE_SDO</b> colonna cod. struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data dell'intervento ( <b>datint</b> ).	9	2	X	
4	Codaz	Azienda sanitaria di intervento	C	3	Campo chiave. Codice dell'Azienda Sanitaria a cui appartiene l'Istituto in cui avviene l'intervento: archivio dei presidi ospedalieri della Toscana messo a disposizione mediante i NAL. Il codice di errore 1 viene attribuito anche in caso di incongruenza con il contenuto del campo <b>Codosp</b> . Non sono ammessi valori mancanti.	9	0	X	Valore mancante "999"
5	Anprat	Anno pratica	N	4	Anno solare di apertura della scheda di dimissione ospedaliera. Questo campo deve essere uguale a quello analogo compilato per la Scheda di Dimissione Ospedaliera. Questa informazione, insieme al numero SDO della ricoverata, ed ai codici identificativi dello stabilimento ospedaliero, costituisce l'identificativo della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Non sono ammessi valori mancanti.	2	0	N	
6	Nrsdo	Numero SDO	N	6	Deve essere riportato il numero della scheda di dimissione ospedaliera. Questo campo deve essere uguale a quello analogo compilato per la SDO: quindi deve essere numerico >0 e compilato con zeri non significativi a sinistra (es.: per 245 deve essere inserito 000245). Questa informazione, insieme all'Anno pratica della ricoverata, ed ai codici identificativi dello stabilimento ospedaliero, costituisce l'identificativo della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Non sono ammessi valori mancanti.	2	0	N	
7	Nrcaso	Numero Caso	N	4	Campo chiave. Deve essere apposto un numero univoco a livello di stabilimento (campo <b>Codosp</b> ) in modo tale che ciascun numero identifici in maniera inequivocabile una singola interruzione volontaria di gravidanza. Il	9	0	N	

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

## Allegato B

Nome	Descrizione	Tipo	Length	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
8	<b>Datanasc</b>	D	8	campo deve compilato con zeri non significativi a sinistra (es.: per 123 deve essere inserito 0123). Non sono ammessi valori mancanti. Formato data: ggmmaaaa (es. 3 gennaio 1956 =03011956). La data di nascita deve essere tale che l'età della donna al momento dell'intervento o, se la data dell'intervento è errata, alla data di elaborazione sia >8 anni e <70 anni. se <b>Anonimo="1"</b> compilare con "0000aaaa" Non rilevato: codice "99999999". Sistema di codifica ISTAT.	2	0	X	Valori estratti dalle ultime 6 posizioni del campo datanasc
9	<b>Lunasc</b>	C	6	Valori ammessi: se nato in Italia → codice del comune di nascita, colonna cod_comune tabelle COMUNI e COMUNI_SOPPRESSI; se nato all'estero → 999xxx, dove xxx è il codice dello stato di nascita, tabella STATI colonna cod_stato. se <b>Anonimo="1"</b> unico valore ammesso "888888". Non rilevato codice "888888".	2	2	X	se 999xxx → 000xxx
10	<b>Lures</b>	C	6	Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente all'ingresso in ospedale. Sistema di codifica ISTAT. Se residente in Italia → codice del comune di residenza, tabella COMUNI colonna cod_comune; se STP o ENI → 999xxx, dove xxx è il codice dello stato di nazionalità del soggetto rilevabile dal tesserino STP o ENI, tabella STATO colonna cod_stato (≠100); se residente in altro stato → 999xxx, dove xxx è il codice dello stato di residenza, tabella STATI colonna cod_stato (≠100). se <b>Anonimo="1"</b> unico valore ammesso "888888". Non rilevato codice "888888". Validazione: comune attivo alla data di ingresso in ospedale.	2	2	X	se 999xxx → 000xxx
11	<b>Cittadinanza</b>	C	3	Valori ammessi: Se cittadina italiana codice "100" Se cittadina straniera: codici ISTAT stati esteri: archivio messo a disposizione mediante i NAL Non rilevato "888".	2	0	X	"100" → "000" Valori mancanti=888

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidenza (IVG)

## Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Length	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
12	Statciv	Stato civile	C	1	Valori ammessi tabella <b>STATO_CIVILE</b> (dove colonna <b>IVG=1</b> )	2	4	X	sono state aggiunte le modalità inerenti l'unione civile tabella <b>STATO_CIVILE</b> colonna ISTAT_codice
13	Tiftstu	Titolo di studio	C	1	Valori ammessi: tabella <b>TITOLO_STUDIO</b> colonna <b>cod_titolo_studio</b> Valori ammessi: 1=occupata 2=disoccupata 3=in cerca di prima occupazione 4=casalinga 5=studentessa 6=altra condizione (es. inabili, ritirata dal lavoro ecc..) 9=non rilevato.	2	6	X	colonna <b>cod_ISTAT</b> della tabella RCT
14	Condprof	Condizione professionale/non professionale	C	1	Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato nel campo <b>f_condprof</b> il codice errore 1 e nei campi <b>f_posprof</b> e <b>f_ramatt</b> , se nei campi <b>Posprof</b> e <b>Ramatt</b> sono presenti valori ammessi, viene segnalato il codice di errore 2.	2	0	X	
15	Posprof	Posizione nella professione	C	1	Valori ammessi se <b>Condprof=1</b> (ovvero se la donna è occupata): 1=imprenditrice o libera professionista 2=altra lavoratrice autonoma 3=lavoratrice dipendente: dirigente o direttivo 4=lavoratrice dipendente: impiegata 5=lavoratrice dipendente: operaia 6=altra lavoratrice dipendente (es. apprendisti, lavoratori a domicilio ecc.) 9=non rilevato. Se <b>Condprof=9</b> (ovvero se la condizione professionale non è rilevata) unico valore ammesso 9=non rilevato. Se <b>Condprof</b> è diverso da 1 e da 9, unico valore ammesso: 0	1	0	X	Se non occupata = 0 Valori mancanti = 9
16	Ramatt	Ramo di attività economica	C	1	Valori ammessi se <b>Condprof=1</b> (ovvero se la donna è occupata): 1=agricoltura, caccia e pesca 2=industria 3=commercio, pubblici servizi, alberghi 4=pubblica amministrazione	1	0	X	Se non occupata = 0 Valori mancanti = 9

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidenza (IVG)

## Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Length	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
					<p>5=altri servizi privati 9=non rilevato.</p> <p>Se <b>Condprof</b>=9 (ovvero se la condizione professionale non è rilevata) unico valore ammesso 9=non rilevato.</p> <p>Se <b>Condprof</b> è diverso da 1 e da 9, unico valore ammesso: 0</p> <p>Indicare il numero di nati vivi in parti precedenti l'IVG oggetto di rilevazione preceduto da 0 se necessario (es. 1 nato vivo=01).</p> <p>Nel caso in cui non vi siano nati vivi in parti precedenti compilare con 00. 99 =non rilevato. Eventi rari &gt; 05.</p>				
17	Nativi	Numero nati vivi	N	2	<p>Indicare il numero di nati morti in parti precedenti l'IVG oggetto di rilevazione preceduto da 0 se necessario (es. 1 nato morto=01).</p> <p>Per nato morto si intende il prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno, non abbia respirato o manifestato alcun segno di vita (come pulsazioni cardiache, o del cordone ombelicale, o qualsiasi movimento della muscolatura volontaria), purché siano trascorsi almeno 180 giorni di amenorrea.</p> <p>Nel caso in cui non vi siano nati morti in parti precedenti compilare con 00. 99 =non rilevato. Eventi rari &gt; 03.</p>	2	0	X	
18	Natmorti	Numero nati morti	N	2	<p>Indicare il numero di aborti spontanei precedenti l'IVG oggetto di rilevazione preceduto da 0 se necessario (es. 1 aborto spontaneo=01).</p> <p>Per aborto spontaneo si intende ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di amenorrea.</p> <p>Nel caso in cui non vi siano aborti spontanei precedenti compilare con 00. 99 =non rilevato. Eventi rari &gt; 05.</p>	1	0	X	
19	Aborti	Numero di aborti spontanei	N	2	<p>Indicare il numero di IVG precedenti l'IVG oggetto di rilevazione preceduto da 0 se necessario (es. 1 IVG=01). Nel caso in cui non vi siano precedenti IVG compilare con 00. 99 =non rilevato. Eventi rari &gt; 05.</p>	2	0	X	
20	IVG	Numero di IVG	N	2	<p>Indicare il numero di figli viventi al momento dell'intervento preceduto da 0 se necessario (es. 1 figlio vivente=01).</p> <p>Nel caso in cui non vi siano figli viventi compilare con 00. 99 =non rilevato.</p>	2	0	X	
21	Figli	Figli viventi	N	2	<p>Indicare il numero di figli viventi al momento dell'intervento preceduto da 0 se necessario (es. 1 figlio vivente=01).</p> <p>Nel caso in cui non vi siano figli viventi compilare con 00. 99 =non rilevato.</p>	2	0	N	

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidenza (IVG)

## Allegato B

Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
22	<b>Etagest</b> <b>Età gestazionale</b>	C	1	<p>Eventi rari &gt; 05.</p> <p>Indicare l'età gestazionale al momento dell'IVG. Facendo riferimento al concetto di amenorrea.</p> <p>Valori ammessi:            1 = primi 90 giorni            2 = oltre i primi 90 giorni            9 = non rilevato</p> <p>Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato nel campo <b>f_etagest</b> il codice errore 1 e nei campi <b>f_settamen</b>, <b>f_assenso</b>, <b>f_int90</b>, <b>f_tipo</b>, se nei campi <b>Settamen</b>, <b>Assenso</b>, <b>Int90</b> e <b>Tipo</b> sono presenti valori ammessi, viene segnalato il codice di errore 2.</p>	2	0	X	
23	<b>Settamen</b> <b>Settimane di amenorrea</b>	N	2	<p>Indicare il numero di settimane di amenorrea al momento dell'IVG, ovvero il numero di settimane compiute dall'ultima mestruazione. Se <b>Etagest</b>=1 il numero di settimane di amenorrea deve essere inferiore a 13.            Se <b>Etagest</b>=2 il numero di settimane di amenorrea deve essere superiore a 12.            99=non rilevato.</p> <p>Da compilare solo se <b>Etagest</b> = 2.</p> <p>Indicare il motivo per cui si ricorre all'IVG dopo 90 gg. di gestazione. Valori ammessi:            1=grave pericolo di vita della donna;            2=grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna derivante da processi patologici accertati a suo carico;            3=grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna derivante da processi patologici accertati dovuti a anomalie o malformazioni del nascituro;            4=per imminente pericolo di vita della donna (art.7 L194/78).            Se <b>Etagest</b> = 1 compilare con 0 (zero).            9=non rilevato.</p>	2	0	X	
24	<b>Int90</b> <b>Interruzione oltre 90 giorni</b>	C	1	<p>Inserire la data in cui si è verificata l'interruzione.</p> <p>Valori ammessi: ggmmaaaa.</p> <p>Si richiama l'attenzione sul fatto che la data dell'intervento sia corrispondente a quella del giorno in cui è effettivamente accaduto l'evento e non quella del giorno di dimissione.</p> <p>Non sono ammessi valori mancanti.</p> <p>L'anno di intervento deve essere uguale all'anno di rilevazione.            La data deve essere precedente alla data di elaborazione.            Si precisa che se <b>Tipo di intervento (prevalente)</b> = 5 o 6 o 7 o A, nel</p>	2	0	N	
25	<b>Dataint</b> <b>Data dell'intervento</b>	D	8	<p>Inserire la data in cui si è verificata l'interruzione.</p> <p>Valori ammessi: ggmmaaaa.</p> <p>Si richiama l'attenzione sul fatto che la data dell'intervento sia corrispondente a quella del giorno in cui è effettivamente accaduto l'evento e non quella del giorno di dimissione.</p> <p>Non sono ammessi valori mancanti.</p> <p>L'anno di intervento deve essere uguale all'anno di rilevazione.            La data deve essere precedente alla data di elaborazione.            Si precisa che se <b>Tipo di intervento (prevalente)</b> = 5 o 6 o 7 o A, nel</p>	2	0	X	

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidenza (IVG)

## Allegato B

Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
26	<b>Datacertif</b>	D	8	<p>Valori ammessi: ggmmaaaa.</p> <p>La data di certificazione non può mai essere successiva alla data di richiesta di intervento né tantomeno a quella di intervento.</p> <p>Valore mancante (99999999), E* ammesso solo il caso di intervento urgente per immediato pericolo di vita della donna (campo 30) <b>Certif=5</b>.</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>1=Consultorio familiare pubblico 2=Medico di fiducia 3=Servizio ostetrico-ginecologico di Istituto di Cura 4=Altra struttura socio-sanitaria 5=Mancante per immediato pericolo di vita della donna. 9=Non rilevato.</p>	2	0	X	
27	<b>Certif</b>	C	1	<p>Nel caso in cui nel campo <b>f_certif</b> il codice errore 1 e nel campo <b>f_urgenza</b> e <b>f_assenso</b>, se nei campi <b>Urgenza</b> e <b>Assenso</b> sono presenti valori ammessi, viene segnalato il codice di errore 2.</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>1=Urgente 2=Non Urgente</p> <p>Se il campo <b>Certif = 5</b> l'unico valore ammesso è 1. Se <b>Assenso = 3</b> è ammesso solo il codice 1. 9=non rilevato.</p>	2	0	X	
28	<b>Urgenza</b>	C	1	<p>Indicare chi ha dato l'assenso ad effettuare l'IVG in caso di gestante minorene: Valori ammessi:</p> <p>1=Dato dai genitori 2=Dato dal giudice tutelare 3=Mancante per urgenza 4=Mancante per interruzione oltre i 90 giorni. 9=Non rilevato.</p>	2	0	X	
29	<b>Assenso</b>	C	1		2	0	X	

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidenza (IVG)

## Allegato B

Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
<b>30</b>	<b>Luogo dell'interruzione</b>	C	1	<p>Indicare il luogo in cui è stata effettuato l'intervento.</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>1=Ambulatorio pubblico 2=Ambulatorio privato 3=Istituto di cura pubblico 4=Casa di cura 5=Altro 9=non rilevato</p>	2	0	X	
<b>31</b>	<b>Tipo di intervento (prevalente)</b>	C	1	<p>Indicare il tipo di procedura eseguita.</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>1=Raschiamento 2=Metodo Karman 3=Altre forme di isterosuzione 5=Somministrazione di solo mifepristone 6=Somministrazione di mifepristone seguito da prostaglandine 7=Somministrazione di mifepristone/prostaglandine seguito da intervento chirurgico 8=Altro A=Somministrazione di sole prostaglandine.</p> <p>Si precisa che i codici 5, 6, 7 ed A sono ammessi solo se nel campo <b>Etagest</b> = <b>1</b> (primi 90 giorni).</p> <p>Deve essere indicato una sola procedura; se viene effettuata una isterosuzione seguita da un piccolo raschiamento indicare solo l'isterosuzione.</p> <p>Nel caso in cui questo campo sia compilato con il codice 8 deve essere compilato il campo <b>Descr.interv.</b></p> <p>Nel caso di IVG iniziata farmacologicamente rilevare la presente informazione solo al termine del ciclo assistenziale della donna.</p> <p>Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene</p>	2	0	X	5 → 4; 6 → 5; 8 → 7; A → 6.

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidenza (IVG)

## Allegato B

Nome	Descrizione	Tipo	Length	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
32	Ris_AM Risultato aborto medico	C	1	In questo campo deve essere indicato il risultato dell'aborto medico, ovvero se l'espulsione dell'embrione è stata accertata o meno. - se <b>Tipo di intervento (prevalente)</b> (campo 34) contiene i valori 5, 6 o A i valori ammessi sono: 1= si , espulsione accertata 2=no, l'espulsione non è stata accertata - altrimenti unico valore ammesso 0.	2	0	N	
33	Terapia Terapia antalgica (prevalente)	C	1	Indicare la terapia antalgica adottata per l'intervento. Valori ammessi: 1=Anestesia totale 2=Anestesia locale 3=Analgesia senza anestesia 4=Altro 5=Nessuna 6= Sedazione profonda 9=Non rilevato.	2	0	X	6 → 4; 4 → 5; 5 → 6.
34	Degenza Durata della degenza	N	2	Indicare il numero dei pernottamenti preceduto da 0 se necessario (es. 1 pernottamento=01), per i ricoveri senza pernottamento indicare 00. Non sono ammessi valori mancanti. Eventi rari: > 03	2	0	X	>"90" → "90". Se regime di ricovero <>1 (ordinario) → blank.
35	Dat_rich Data di richiesta dell'intervento presso la struttura	D	8	Valori ammessi: gmmaaaa. La data della richiesta dell'intervento presso la struttura non può essere successiva alla data dell'intervento (campo <b>Dataint</b> ). Non sono ammessi valori mancanti. Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato nel campo <b>f_dat_rich</b> il codice errore 1 e nel campo <b>f_datacertif</b> , se nel campo <b>Datacertif</b> è presente un valore ammesso, viene segnalato il codice di errore 2.	2	0	N	
36	Opera Tipo operazione	C	1	1=invio 2=sostituzione 3=eliminazione	9	0	N	
37	Malfor Presenza di malformazioni fetali	C	1	Valori Ammessi: 0 = no, assenza di malformazioni 1 = si, presenza di malformazioni.	1	0	X	

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidenza (IVG)



## Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Length	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
38	Descr_interv	Descrizione tipo intervento	C	30	Valori Ammessi: 0 = no, utente non coperto da anonimato 1 = si, utente coperto da anonimato. Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato nel campo <b>f_malfor</b> il codice di errore 1. Da compilare solo nel caso in cui il <b>tipo di intervento</b> =8 (altro).	1	0	X	
39	Anonimo	Utente coperto da anonimato	C	1	Valori ammessi: 0 = no, utente non coperto da anonimato 1 = si, utente coperto da anonimato. Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato nel campo <b>f_anonimo</b> codice di errore 1 e codice di errore 2 nei campi <b>f_Lures</b> , <b>f_datanasc</b> , <b>f_lunasc</b> , <b>f_f_datacertif</b> , <b>f_dataint</b> se compilati con valori ammessi. Se il campo presenta il valore ammesso 1, allora i campi <b>Lures</b> , e <b>Lunasc</b> assumeranno codice non rilevato mentre i campi <b>Dataint</b> , <b>Datacertif</b> e <b>Datanasc</b> sarà indicato solo l'anno.	1	0	N	
40	Gg_amen	Giorni di amenorrea	C	2	Da compilare solo se <b>Etagest</b> =1. Indicare il numero di giorni di amenorrea al momento dell'IVG, ovvero il numero di giorni compiuti dall'ultima mestruazione. 99 = Non rilevato.	2	0	N	
41	Prostaglandine	Somministrazione di prostaglandine	C	1	Valori ammessi: 0 = nessuna; 1 = una somministrazione di prostaglandine; 2 = due somministrazioni di prostaglandine. 9 = non rilevato.	2	0	N	
42	Complic0	Complicazione	C	1	In questo campo deve essere indicata la presenza di complicazioni. Valori Ammessi: 0=nessuna complicazione; 1=presenza di complicazioni. In presenza di complicazioni ( <b>Complic 0</b> =1), almeno uno dei campi inerenti le complicazioni deve riportare il codice 1 ( <b>Complic 1</b> =1 o <b>Complic 2</b> =1 o <b>Complic 3</b> =1 o <b>Complic 4</b> =1), mentre in assenza di complicazioni ( <b>Complic 0</b> =0), nessuno dei campi inerenti le complicazioni deve riportare il codice 1 ( <b>Complic 1</b> =0 e <b>Complic 2</b> =0 e <b>Complic 3</b> =0 e <b>Complic 4</b> =0).	2	0	X	0 → 1; 1 → 0
43	Complic1	Emorragia	C	1	In questo campo deve essere indicata la presenza di emorragia. Valori Ammessi: 0 = NO;	2	0	X	1 → 2; 0 → 0

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidenza (IVG)

## Allegato B

Nome	Descrizione	Tipo	Length	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
44	<b>Complic2</b> <b>Infezione</b>	C	1	In questo campo deve essere indicata la presenza di infezioni. Valori Ammessi: 0 = NO; 1 = SI.	2	0	X	1 → 3; 0 → 0
45	<b>Complic3</b> <b>Decesso</b>	C	1	In questo campo deve essere indicato il decesso. Valori Ammessi: 0 = NO; 1 = SI.	2	0	X	1 → 4; 0 → 0
46	<b>Complic4</b> <b>Altra</b>	C	1	In questo campo deve essere indicata la presenza di altra complicazione. Valori Ammessi: 0 = NO; 1 = SI.	2	0	X	1 → 6; 0 → 0

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

## Allegato B

## 9.9.2 Tracciato record delle Interruzioni Volontarie di gravidanza restituito alle Aziende dalla procedura regionale di validazione.

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
1	Anno	Anno	N	4	vd. tracciato § 9.9.1
2	Provint	Provincia di Intervento	C	3	vd. tracciato § 9.9.1
3	Codosp	Codice Ospedale	C	8	vd. tracciato § 9.9.1
4	Codaz	Azienda sanitaria di intervento	C	3	vd. tracciato § 9.9.1
5	Anprat	Anno pratica	N	4	vd. tracciato § 9.9.1
6	Nrsdo	Numero SDO	N	6	vd. tracciato § 9.9.1
7	Nrcaso	Numero Caso	N	4	vd. tracciato § 9.9.1
8	Datanasc	Data di nascita	D	8	vd. tracciato § 9.9.1
9	Lunasc	Comune Nascita	C	6	vd. tracciato § 9.9.1
10	Lures	Comune di residenza	C	6	vd. tracciato § 9.9.1
11	Gitta	Cittadinanza	C	3	vd. tracciato § 9.9.1
12	Staciv	Stato civile	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
13	Titstu	Titolo di studio	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
14	Condprof	Condizione professionale/non professionale	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
15	Posprof	Posizione nella professione	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
16	Ramatt	Ramo di attività economica	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
17	Nativi	Numero nati vivi	N	2	vd. tracciato § 9.9.1
18	Natmorti	Numero nati morti	N	2	vd. tracciato § 9.9.1
19	Aborti	Numero di aborti spontanei	N	2	vd. tracciato § 9.9.1
20	IVG	Numero di IVG	N	2	vd. tracciato § 9.9.1
21	Figli	Figli viventi	N	2	vd. tracciato § 9.9.1
22	Etagest	Età gestazionale	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
23	Settamen	Settimane di amenorrea	N	2	vd. tracciato § 9.9.1
24	Int90	Interruzione oltre 90 giorni	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
25	Dataint	Data dell'intervento	D	8	vd. tracciato § 9.9.1
26	Datacertif	Data della certificazione	D	8	vd. tracciato § 9.9.1
27	Certif	Certificazione di autorizzazione all'IVG	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
28	Urgenza	Urgenza dell'intervento	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
29	Assenso	Assenso per la minore	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
30	Luogo	Luogo dell'interruzione	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
31	Tipo	Tipo di intervento (prevalente)	C	1	vd. tracciato § 9.9.1

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

## Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lungh.	Note
32	Ris_AM	Risultato aborto medico	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
33	Terapia	Terapia antalgica (prevalente)	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
34	Degenza	Durata della degenza	N	2	vd. tracciato § 9.9.1
35	Dat_rich	Data di richiesta dell'intervento presso la struttura	D	8	vd. tracciato § 9.9.1
36	Opera	Tipo operazione	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
37	Malfor	Presenza di malformazioni fetali	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
38	Descr_interv	Descrizione tipo intervento	C	30	vd. tracciato § 9.9.1
39	Anonimo	Utente coperto da anonimato	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
40	Gg_amen	Giorni di amenorrea	C	2	vd. tracciato § 9.9.1
41	Prostaglandine	Somministrazione di prostaglandine	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
42	Complic0	Complicazione	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
43	Complic1	Emorragia	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
44	Complic2	Infezione	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
45	Complic3	Decesso	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
46	Complic4	Altra	C	1	vd. tracciato § 9.9.1
47	F_Anno	Anno	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato
48	F_Provint	Provincia di Intervento	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato
49	F_Codosp	Codice Ospedale	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato
50	F_Codaz	Azienda sanitaria di intervento	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato
51	F_Anprat	Anno pratica	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato
52	F_Nrsdo	Numero SDO	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato
53	F_Nrcaso	Numero Caso	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato
54	F_Datanasc	Data di nascita	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato
55	F_Lunasc	Comune Nascita	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato
56	F_Lures	Comune di residenza	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato
57	F_Citta	Cittadinanza	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato
58	F_Statciv	Stato civile	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato
59	F_Titstu	Titolo di studio	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato
60	F_Condprof	Condizione professionale/non professionale	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato
61	F_Posprof	Posizione nella professione	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi 9=non rilevato

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

## Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lungh.	Note
62	F_Ramatt	Ramo di attività economica	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato; 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi 9=non rilevato
63	F_Nativi	Numero parti con esito nati vivi precedenti l'IVG	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato ; E= evento raro
64	F_Natmorti	Numero parti con esito nati morti precedenti l'IVG	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato ; E= evento raro
65	F_Aborti	Numero di aborti spontanei precedenti l'IVG	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato ; E= evento raro
66	F_IVG	Numero di IVG precedenti l'IVG	C	1	00=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato ; E= evento raro
67	F_Figli	Figli viventi	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato
68	F_Etagest	Età gestazionale	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato
69	F_Settemen	Settimane di amenorrea	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi 9=non rilevato
70	F_Int90	Interruzione oltre 90 giorni	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi 9=non rilevato
71	F_Dataint	Data dell'intervento	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato
72	F_Datacertif	Data della certificazione	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi.
73	F_Certif	Certificazione di autorizzazione all'IVG	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato
74	F_Urgenza	Urgenza dell'intervento	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato; 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi. 9=non rilevato
75	F_Assenso	Assenso per la minore	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi. 9=non rilevato
76	F_Luogo	Luogo dell'interruzione	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ; 9=non rilevato
77	F_Tipo	Tipo di intervento (prevalente)	C	1	0=campo corretto ; 1=campo errato ;

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidenza (IVG)

## Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Note
					2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi.
78	F_Ris_AM	Risultato Aborto Medico	C	1	0=campo corretto;1=campo errato; 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi.
79	F_Terapia	Terapia antalgica (prevalente)	C	1	0=campo corretto;1=campo errato;9=non rilevato
80	F_Degenza	Durata della degenza	C	1	0=campo corretto;1=campo errato;E= evento raro
81	F_Dat_rich	Data di richiesta dell'intervento presso la struttura	C	1	0=campo corretto;1=campo errato
82	F_riga_doppia	Record doppio	C	1	0= record non doppio;1= record doppio
83	F_chiave_err_ata	Campi chiave errati	C	1	0= chiave corretta;1= chiave errata
84	F_opera	Tipo operazione	C	1	0=campo corretto;1=campo errato
85	F_stato_record	Flag stato record	C	1	0=record esatto, cioè che non presenta errori su nessun campo, 1=segnala l'esistenza di errori su uno o più campi ritenuti di minore importanza, 2=segnala l'esistenza di errori su uno o più campi ritenuti importanti, 9=segnala la presenza di errori su almeno uno dei campi chiave e individua il record da scartare.
86	F_Malfor	Flag presenza di malformazioni fetali	C	1	0=campo corretto;1=campo errato;9=non rilevato
87	F_Descr_interv	Flag Descrizione tipo intervento	C	1	0=campo compilato;1=campo non compilato; 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi
88	F_anonimo	Flag utente coperto da anonimato	C	1	0=campo corretto;1=campo errato
89	F_gg_amen	Flag Giorni di amenorrea	C	1	0=campo corretto;1=campo errato; 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi
90	F_prostaglandine	Flag somministrazione di prostaglandine	C	1	0=campo corretto;1=campo errato; 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi
91	F_Complic0	Flag Complicazione	C	1	0=campo corretto;1=campo errato;9=non rilevato
92	F_Complic1	Flag Emorragia	C	1	0=campo corretto;1=campo errato; 2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi
93	F_Complic2	Flag Infezione	C	1	0=campo corretto;1=campo errato;

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

## Allegato B

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lungh.	Note
					2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi 0=campo corretto; 1=campo errato;
94	F_Complic3	Flag Decesso	C	1	2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi 0=campo corretto; 1=campo errato;
95	F_Complic4	Flag Altra	C	1	2=il campo contiene valori ammessi, ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi

## 9. Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

Allegato C

### **10. Dimesse dagli Istituti di cura per Aborto Spontaneo**

La rilevazione delle Dimesse dagli Istituti di cura per Aborto Spontaneo (AS), inserita nel Programma Statistico Nazionale e obbligatoria ai sensi dell'art. 7 D.Legs. 06/09/89 n. 322, a livello nazionale si basa su un modello (Mod. Istat D.11) le cui regole sono state recepite dalla Regione Toscana e indicate in codesto documento.

Con la presente versione sono definite le specifiche dei tracciati record, le modalità ed i tempi della trasmissione dei dati dalle Aziende sanitarie alla Regione e dalla Regione alle Aziende sanitarie che entreranno in vigore a partire dal 01.01.2018

Si sottolinea che i tracciati record definiscono le informazioni minime da rilevare per garantire il debito informativo rispetto alla Regione e al livello nazionale.

Fermo restando l'obbligo della rilevazione delle Dimesse dagli Istituti di Cura per Aborto Spontaneo per i singoli soggetti rilevatori nonché le modalità ed i tempi previsti dalla disciplina nazionale, nei rapporti tra Aziende sanitarie e Regione Toscana l'invio dei dati in formato elettronico, con le modalità ed i tempi previsti nel presente manuale, sostituisce l'invio dei modelli cartacei relativi alle singole dimesse per Aborto Spontaneo. Quindi tale modello non deve essere trasmesso dalle Aziende sanitarie né alla Regione né all'ISTAT.

Inoltre, in autonomia, ciascuna Istituto di Cura ha l'obbligo di inviare all'ISTAT il modello riepilogativo mensile (Mod. Istat D.14) relativo all'Indagine rapida sulle donne dimesse per aborto spontaneo connettendosi tramite internet e seguendo le istruzioni rilasciate. La trasmissione dei dati per via telematica sostituisce l'invio dei modelli cartacei. I dati devono essere inviati all'ISTAT entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento degli stessi.

#### **10.1 Modalità di raccolta dei dati**

Le informazioni devono essere rilevate, all'atto della dimissione, per ogni donna ricoverata per aborto spontaneo e devono essere trasmessi a cura dei soggetti compilatori alla struttura aziendale di riferimento.

L'Azienda sanitaria trasmette i dati alla Regione continuativamente secondo il tracciato record riportato nel § 10.9.1; questi sono sottoposti ad alcune procedure di controllo i cui risultati sono riscontrabili nei dati che la Regione restituisce alle Aziende sanitarie § 10.9.2.

#### **10.2 Modalità e tempi di trasmissione dei dati**

I dati devono essere messi a disposizione del Sistema Regionale con la minor latenza possibile e comunque entro la fine del mese successivo a quello di erogazione. Nel caso in cui la scadenza sopra indicata rientri in giorni non lavorativi, questa è rimandata al primo giorno lavorativo utile. I consolidati finali sono definiti con i dati trasmessi entro il 1° Marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.

*10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)*



### 10.3 Contenuti della trasmissione elettronica dei dati

#### 10.3.1 Da Aziende sanitarie a Regione

Caratteristiche elettroniche: flat file formato ASCII

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nel tracciato record riportato nel §10.9.1.  
Nessun altro contenuto è ammesso.

#### 10.3.2 Da Regione ad Aziende sanitarie

Caratteristiche elettroniche: Flat file formato ASCII.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nel tracciato record riportato nel §10.9.2. Tale tracciato è costituito dai campi che le Aziende Sanitarie inviano alla Regione, a cui vengono accodati altrettanti campi (identificati dal prefisso f\_) che rilevano la presenza o meno di errori e di dati mancanti.

I dati sono restituiti alle Aziende che hanno provveduto all'invio ed inoltre alle Aziende USL sono restituiti i record relativi a proprie residenti che sono state dimesse per aborto spontaneo da una struttura appartenente ad una Azienda sanitaria diversa da quella di residenza.  
L'individuazione della Azienda sanitaria di residenza è effettuata sulla base del contenuto del campo **Lures**.

### 10.4 Organizzazione del flusso

L'Azienda sanitaria di erogazione ed ESTAR, ognuno per quanto di propria competenza, garantiscono la qualità del contenuto informativo e la tempestività della trasmissione. In particolare ESTAR dovrà mettere in atto tutte le azioni necessarie affinché i vari sistemi informativi/gestionali che concorrono a definire i contenuti previsti dal presente manuale siano integrati.

Le informazioni sulle Dimesse dagli Istituti di Cura per Aborto Spontaneo sono organizzate secondo il tracciato record riportato al §10.9.1 dove ad ogni record corrisponde una dimissione per aborto spontaneo.

Le procedure regionali di controllo e di validazione provvedono all'individuazione dei record da scartare ed all'identificazione di eventuali errori nei record che, non scartati, entrano a far parte del database regionale<sup>1</sup> con l'indicazione della relativa gravità degli errori.

<sup>1</sup> per archivio regionale si intende l'archivio dell'anno di riferimento che via via viene consolidato.

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

## 10.5 Procedure regionali di controllo degli archivi

### 10.5.1 Procedura per la determinazione dei record da scartare

Motivi che determinano lo scarto dei record:

- presenza di record doppi: nel database non possono esistere più record con la stessa chiave;
- presenza di codici non ammessi o non congruenti nei campi che identificano il presidio erogatore;
- duplicazione di valori nei campi che identificano il record;
- presenza di valori non ammessi nel campo Opera: codici validi "1", "2" e "3";
- mancata congruenza tra Opera e situazione invio;
- manca nei dati aziendali presenti nel NAL e in stato di "validato" dei record che l'Azienda dichiara di voler cancellare o sostituire.

Nel caso in cui una delle verifiche preliminari sopra elencate dia esito negativo il record viene scartato e quindi non può essere trasmesso. Si sottolinea che i record scartati sono comunque sottoposti alle successive procedure di validazione e vengono restituiti alla Azienda sanitaria inviante.

Si ricorda che i controlli descritti sono eseguiti secondo la sequenza sopra indicata e la generazione di uno degli errori blocca la successiva applicazione degli algoritmi di individuazione dei record da scartare.

## 10.6 Altre procedure di controllo

I record, scartati e non, vengono sottoposti a controlli formali e di congruità: ogni singolo campo viene sottoposto ai controlli descritti nella colonna denominata "note per la compilazione e controlli" nel tracciato record riportato al §10.9.1.

L'esito del controllo viene segnalato nel corrispondente campo **Flag Errore** del tracciato record riportato al §10.9.2 con i codici "0", "1", "2", "9" ed "E" dove:

"0" indica che il campo è corretto;

"1" indica che il campo contiene valori non ammessi;

"2" indica che il campo contiene valori ammessi, ma essendo errato/i il/i campo/i con cui deve essere confrontato, non può essere valutata la congruenza.

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

## Allegato C

Per esempio, se il campo “Condizione professionale/non professionale della donna” è errato:

- il campo *F\_Posprof\_m* contiene il codice “2” nel caso in cui il campo “Posizione nella professione della donna” contenga valori ammessi;
- il campo *F\_Posprof\_m* contiene il codice “1” nel caso in cui il campo “Posizione nella professione della donna” contenga valori non ammessi;

“9” indica che il campo contiene un codice con significato “non rilevato”;

“E” indica che il campo contiene valori ritenuti “rari”. La segnalazione di “evento raro” ha lo scopo di mettere in evidenza valori che sono formalmente corretti e possibili, ma che potrebbero derivare da errori di rilevazione o di immissione dei dati.

Si precisa che se il flag relativo al campo principale contiene i valori “9” o “E” e se il campo collegato contiene valori corretti, allora il flag relativo al campo collegato viene valorizzato a 2.

Viene poi effettuata una elaborazione che per ogni record fornisce lo “Stato del record” preso in esame (**Flag stato record** del tracciato riportato al §10.9.2). In sostanza lo “stato del record” rappresenta la qualità del record. Nel campo **Flag stato record** sarà presente il codice di errore più alto (vedi sopra) fra quelli relativi ai campi segnalati come affetti da errori. I dati in sostituzione sono corredati sia dei campi **Flag errore** sia del campo **Flag stato record**.

Le Aziende sanitarie possono provvedere con un ulteriore invio alla correzione e alla cancellazione dei dati già inviati:

- se l’Azienda intende correggere record presenti nel NAL in stato di “validato”, deve trasmettere il record corretto identificando il record variato tramite l’apposizione del valore “2” nel campo **Opera** e mantenendo invariati i campi chiave. Può quindi inviare nuovamente sia record corretti (**Flag stato record =”0”**) sia record nei quali le procedure regionali hanno individuato errori lievi (**Flag stato record =”1”**) o importanti (**Flag stato record =”2”**). Il record verrà sottoposto a tutte le procedure regionali di controllo e sostituirà il record originale - (sostituzione).
- se l’Azienda intende eliminare record presenti nel NAL in stato di “validato” deve trasmettere nuovamente il record in questione mantenendo invariato il contenuto dei campi chiave sopra individuati e inserendo il valore “3” nel campo **Opera** - (cancellazione);

Nel caso in cui l’Azienda abbia la necessità di variare il contenuto di uno o più campi chiave relativi ad un record può farlo procedendo ad un ulteriore invio ed in particolare deve:

- 1) reinviare il record contenente l’errore, quindi senza cambiare il contenuto dei campi chiave, e con il campo **Opera** compilato con codice “3” (cancellazione);
- 2) inviare il record con i campi chiave corretti e il campo **Opera** compilato con codice “1”;

Oltre la data fissata per il consolidamento degli archivi i record scartati non potranno più essere rinviati, mentre rimangono acquisiti sia i record con errori lievi che gravi.

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

### 10.7 La codifica degli errori nel campo “Flag stato record”

Di seguito viene riportato l’elenco dei possibili valori presenti nel campo **Flag stato record** §10.9.2:

- “0”: record corretto, cioè che non presenta errori su nessun campo.
- “1”: segnala l’esistenza di errori su uno o più campi ritenuti di minore importanza
- “2”: segnala l’esistenza di errori su uno o più campi ritenuti importanti
- “9”: segnala la presenza di errori su almeno uno dei campi chiave e individua i record scartati

### 10.8 Elementi per l’assolvimento del debito informativo verso ISTAT

#### 10.8.1 campi calcolati dalla Regione per la determinazione delle quota informative verso Istat

**Regric** campo che definisce il regime di ricovero derivato dalla corrispondente Scheda di dimissione ospedaliera (SDO);

**Degenza** campo che attribuisce:

- il numero di giorni di degenza per le dimesse in regime di ricovero ordinario (da flusso AS campo **Degenza**);
- il numero di accessi per le dimesse in Day Hospital (da flusso SDO campo **Ndh**).

### 10.9 Tracciati record

La struttura dei tracciati record fornisce per ciascun campo una serie di informazioni che di seguito presentiamo: nella colonna, denominata **Campo**, è presente un numero progressivo, indicante l’ordine di presentazione dello specifico campo; nella colonna seguente, denominata **Nome**, si fornisce nome sintetico ed univoco del campo all’interno dell’archivio;

Nella colonna **Descrizione** si fornisce una denominazione descrittiva del contenuto del campo.

Nella colonna **Tipo** si indica la natura del campo con le seguenti lettere:

- con la lettera **C** si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a sinistra con eventuali blank a destra
- con la lettera **N** si indicano i campi alfanumerici che devono rispettare un allineamento a destra con eventuali zeri non significativi a sinistra
- con la lettera **D** si indicano i campi data che devono rispettare il formato ggmmaaaa;

Nella colonna **Lung.** È indicata la lunghezza del campo;

Nella colonna **Note** si forniscono le modalità di compilazione di ciascun campo contenuto nel tracciato record ed i controlli effettuati dal validatore.

Nella colonna **Errore** si fornisce il tipo di errore attribuibile al campo nel caso in cui il valore in esso contenuto non fosse corretto.

Nella colonna **Modifiche** si indica il tipo di modifiche effettuate rispetto alla precedente versione:

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

**Allegato C**

- 0 = assenza di modifiche
- 1 = precisazioni
- 2 = campo unificato
- 3 = modificato il controllo
- 4 = valori ammessi e/o lunghezza campo
- 5 = cambiato errore
- 6 = valori ammessi spostati in tabella

Nella colonna **ISTAT** con X sono indicate le informazioni che costituiscono un debito informativo verso ISTAT.  
Nella colonna **Codifica ISTAT/Note** l'eventuale mappatura tra codici regionali e Istat e/o altri algoritmi per definire l'informazione secondo quanto previsto dal livello centrale.

*10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)*

Allegato C

## 10.9.1 Tracciato record delle Dimesse dagli istituti di Cura per Aborto Spontaneo (AS) , in vigore dal 01.01.2018

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
1	Anno	Anno di rilevazione	N	4	Anno di rilevazione. Non sono ammessi valori mancanti.	1	0	X	
2	Provint	Provincia di Intervento	C	3	Codice ISTAT della Provincia in cui è stato effettuato l'intervento: archivio dei comuni messo a disposizione mediante i NAL. Non sono ammessi valori mancanti.	1	0	X	
3	Codosp	Codice Ospedale	C	8	Campo chiave: valori ammessi: tabella <b>STRUCTURE_OPERATIVE_SDO</b> colonna <b>cod_struttura</b> . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data dell'intervento ( <b>datint</b> ).	9	2	X	
4	Codaz	Azienda sanitaria di intervento	C	3	Campo chiave. Valori ammessi: archivio dei presidi ospedalieri della Toscana messo a disposizione mediante i NAL. Il codice di errore "1" viene attribuito anche in caso di incongruenza con il contenuto del campo Codosp. Non sono ammessi valori mancanti.	9	0	X	
5	Anprat	Anno pratica	N	4	Anno solare di apertura della scheda di dimissione ospedaliera. Questo campo deve essere uguale a quello analogo compilato per la SDO. Non sono ammessi valori mancanti.	2			
6	Nrsdo	Numero SDO	N	6	Deve essere riportato il numero della scheda di dimissione ospedaliera. Questo campo deve essere uguale a quello analogo compilato per la SDO: quindi deve essere numerico >0 e compilato con zeri non significativi a sinistra (es.: per 245 deve essere inserito 000245). Non sono ammessi valori mancanti.	2			
7	Nrcaso	Numero Caso	N	4	Campo chiave. Deve essere apposto un numero univoco a livello di stabilimento (campo <b>Codosp</b> ) in modo tale che ciascun numero identifici in maniera inequivocabile un singolo intervento. Da compilarsi con 0 (zeri) non significativi a sinistra (es. per 123 deve essere inserito 0123). Non sono ammessi valori mancanti.	9			

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

## Allegato C

Nome	Descrizione	Tipo	Lungh.	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
8	<b>Datanasc</b> Data di nascita	D	8	Fomato data: gmmaaaa (es. 3 gennaio 1956 =03011956). La data di nascita deve essere tale che l'età della donna al momento dell'intervento o, se la data dell'intervento è errata, alla data di elaborazione sia >8 anni e <70 anni. se <b>Anonimo</b> ="1" compilare con "0000aaaa"	2	0	X	Valori estratti dalle ultime 6 posizioni del campo <b>datanasc</b>
9	<b>Lunasc</b> Comune Nascita	C	6	Non rilevato: codice "99999999". Sistema di codifica ISTAT. Valori ammessi: se nato in Italia → codice del comune di nascita, colonna <b>cod_comune</b> tabelle <b>COMUNI</b> e <b>COMUNI_SOPPRESSI</b> ; se nato all'estero → 999xxx, dove xxx è il codice dello stato di nascita, tabella <b>STATI</b> colonna <b>cod_stato</b> . se <b>Anonimo</b> ="1" unico valore ammesso "888888"	2	2	X	se 999xxx → 000xxx
10	<b>Lures</b> Comune di residenza	C	6	Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente all'ingresso in ospedale Sistema di codifica ISTAT. Se <b>residente_in_Italia</b> → codice del comune di residenza, tabella <b>COMUNI</b> colonna <b>cod_comune</b> ; se <b>STP</b> o <b>ENI</b> → 999xxx, dove xxx è il codice dello stato di nazionalità del soggetto rilevabile dal tesserino STP o ENI, tabella <b>STATO</b> colonna <b>cod_stato</b> (≠100); se <b>residente_in_altro_stato</b> → 999xxx, dove xxx è il codice dello stato di residenza, tabella <b>STATI</b> colonna <b>cod_stato</b> (≠100). se <b>Anonimo</b> ="1" unico valore ammesso "888888"	2	2	X	se 999xxx → 000xxx
11	<b>Citfa</b> Cittadinanza	C	3	Validazione: comune attivo alla data di ingresso in ospedale Valori ammessi: Se cittadina italiana codice "100" Se cittadina straniera: codici ISTAT stati esteri: archivio messo a disposizione mediante i NAL Non rilevato "888"	2	0	X	"100" → "000" Valori mancanti=888

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

## Allegato C

Nome	Descrizione	Tipo	Lungh.	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
12	Statciv	C	1	Valori ammessi tabella STATO_CIVILE (dove colonna AS=1)	2	4	X	sono state aggiunte le modalità inerenti l'unione civile tabella STATO_CIVILE colonna codice_ISTAT
13	Titstu	C	1	Valori ammessi: tabella TITOLO_STUDIO colonna cod_titolo_studio	2	6	X	colonna cod_ISTAT della tabella RCT
14	Condprof	C	1	Valori ammessi:1 = occupata2 = disoccupata3 = in cerca di prima occupazione4 = casalinga5 = studentessa6 = altra condizione (es. inabili, ritirata dal lavoro ecc..)9 = non rilevato. Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato nel campo <b>f_condprof</b> il codice errore "1" e nei campi <b>f_posprof</b> e <b>f_ramatt</b> , se nei campi <b>Posprof</b> e <b>Ramatt</b> sono presenti valori ammessi, viene segnalato il codice di errore "2".	2	0	X	
15	Posprof	C	1	Valori ammessi se <b>Condprof</b> = 1 (ovvero se la donna è occupata):1 = imprenditrice o libera professionista2 = altra lavoratrice autonoma3 = lavoratrice dipendente: dirigente o direttivo4 = lavoratrice dipendente: impiegata5 = lavoratrice dipendente: operaia6 = altra lavoratrice dipendente (es. apprendisti, lavoratori a domicilio ecc.)9 = non rilevato Se <b>Condprof</b> = 9 (ovvero se la condizione professionale non è rilevata), unico valore ammesso:9 = non rilevato Valori ammessi se <b>Condprof</b> è diverso da 1 e da 9: 0	1	0	X	Se non occupata = 0 Valori mancanti = 9
16	Ramatt	C	1	Valori ammessi se "condprof"="1" (ovvero se la donna è occupata):1 = agricoltura, caccia e pesca2 = industria3 = commercio, pubblici servizi, alberghi4 = pubblica amministrazione5 = altri servizi privati9 = non rilevato. Valori ammessi se <b>Condprof</b> = 9 (ovvero se la condizione professionale non è rilevata):9 = non rilevato. Valori ammessi se <b>Condprof</b> è diverso da 1 e da 9 : 0	1	0	X	Se non occupata = 0 Valori mancanti = 9
17	Natvivi	N	2	Indicare il numero di nati vivi in parti precedenti l'AS oggetto di rilevazione preceduto da 0 se necessario (es. 1 nato vivo=01). Nel caso non vi siano parti precedenti con esito nato vivo compilare con "00". 99 = non rilevato. Eventi rari > 05	1	0	X	

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)



## Allegato C

Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
18	Natmorti	N	2	Indicare il numero di nati morti in parti precedenti l'AS oggetto di rilevazione preceduto da 0 se necessario (es. 1 nato morto=01). Nel caso non vi siano parti precedenti con esito nato morto compilare con "00". 99 = non rilevato. Eventi rari > 03	1	0	X	
19	Aborti	N	2	Indicare il numero degli aborti spontanei precedenti l'AS oggetto di rilevazione preceduto da 0 se necessario (es. 1 aborto spontaneo =01). Nel caso non vi siano aborti spontanei precedenti compilare con "00". 99 = non rilevato. Eventi rari > 05	2	0	X	
20	IVG	N	2	Indicare il numero delle interruzioni volontarie di gravidanza precedenti l'AS oggetto di rilevazione preceduto da 0 se necessario (es. 1 IVG=01). Nel caso non vi siano IVG precedenti compilare con "00". 99 = non rilevato. Eventi rari > 05	1	0	X	
21	Figli	N	2	Indicare il numero di figli viventi al momento dell'aborto spontaneo preceduto da 0 se necessario (es. 1 figlio vivente=01). Nel caso non vi siano figli viventi compilare con "00". 99 = non rilevato. Eventi rari > 05	1	0	N	
22	Settamen	N	2	Indicare il numero di settimane compiute di amenorrea, ovvero il numero di settimane compiute dall'ultima mestruazione al momento dell'aborto, preceduto da 0 se necessario (es. 5 settimane=05). 99 = non rilevato. Eventi rari <04 e >26.	2	0	X	
23	Dataint	D	8	Valori ammessi: ggmmaaaa In tale data l'anno deve coincidere con l'anno di rilevazione, (campo 1 - Anno). La data deve essere precedente alla data di elaborazione. se Anonimo="1" compilare con "0000aaaa" Non sono ammessi valori mancanti.	2	0	X	

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

## Allegato C

Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
24	<b>Luogo</b> luogo dell'aborto	C	1	Indicare il luogo dove si è verificata l'espulsione dell'embrione o del feto Valori ammessi: 1 = Istituto di Cura pubblico 2 = Casa di Cura privata 3 = abitazione privata 4 = altro 9 = non rilevato.	2	0	X	
25	<b>Causa</b> Causa dell'aborto	C	2	Valori ammessi: tabella CAUSA_ABORTO colonna codice Non sono ammessi dati mancanti. Indicare con la massima precisione la causa dell'aborto evitando il più possibile l'indicazione di "causa non determinata" o di "morte endouterina del feto"	2	0	X	tabella CAUSA_ABORTO colonna codice_ISTAT
26	<b>Riprass</b> Riproduzione assistita	C	1	Valori ammessi: 1 = si; 2 = no; 9 = non rilevato. Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato nel campo <b>f_riprass</b> il codice errore "1" e se nel campo <b>Metodo</b> sono presenti valori ammessi, nel campo <b>f_metodo</b> , viene segnalato il codice di errore "2".	2	0	X	
27	<b>Metodo</b> Metodo di riproduzione assistita	C	1	Da compilare solo se il campo "riproduzione assistita"=1". Valori ammessi: 1=trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione, 2=IUI (Intra Uterine Insemination), ovvero trasferimento di gameti maschili nella cavità uterina, 3=GIFT (Gamete intra Falloppian Transfer), ovvero trasferimento di gameti maschili e femminili nelle tube di falloppio, 4=FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer), metodica che prevede la fecondazione in vitro ed il trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero, 5=ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection), metodica che prevede la fecondazione in vitro tramite iniezione di uno spermatozoo nel citoplasma di un ovocita ed il trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero, 6=Altro	1	0	X	Nessun metodo = 0; Dato mancante = 9
28	<b>Tipo</b> Tipo di intervento	C	1	Indicare il tipo di intervento eseguito. Valori ammessi: 1 = raschiamento 2 = isterosuzione 3 = altro 4 = nessuno. 9 = non rilevato.  Si raccomanda di indicare solo il tipo di intervento principale. Es. se è stata effettuata l'isterosuzione e a questa è seguito un piccolo raschiamento, indicare solo l'isterosuzione.	1	0	X	

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

## Allegato C

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lungh.	Note per la compilazione e controlli	Errore	Modifiche	ISTAT	Codifica mappatura ISTAT o note
29	Terapia	Terapia antalgica	C	1	Indicare la terapia antalgica adottata per l'intervento. Valori ammessi: 1 = anestesia totale 2 = anestesia locale 3 = analgesia senza anestesia 4 = altra 5 = nessuna. 6 = sedazione profonda 9 = non rilevato.	1	0	X	6 → 4; 4 → 5; 5 → 6.
30	Degenza	Durata della degenza	N	2	Indicare il numero dei pernottamenti preceduto da 0 se necessario (es. 1 pernottamento=01). Per i ricoveri senza pernottamento indicare "00". Dati mancanti non ammessi. Eventi rari: > 05	1	0	X	>"90" → "90". Se regime di ricovero <> 1 (ordinario) → blank.
31	Complic	Complicazioni	C	1	Valori ammessi: 1 = nessuna 2 = emorragia 3 = infezione 4 = decesso 5 = altra 9 = non rilevato.	2	0	X	
32	Opera	Tipo operazione	C	1	1 = invio; 2 = sostituzione; 3 = eliminazione	9			
33	Anonimo	Utente coperto da anonimato	C	1	Valori ammessi: 0 = "no, utente non coperto da anonimato" 1 = "si, utente coperto da anonimato" Nel caso in cui nel campo sia presente un valore non ammesso viene segnalato nel campo <b>f_anonimo</b> il codice di errore 1 e codice di errore 2 nei campi <b>f_lures</b> , <b>f_datanasc</b> , <b>f_lunasc</b> , <b>f_dataint</b> se i relativi campi sono compilati con valori ammessi.	1			

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

## Allegato C

## 0.9.2 Tracciato record delle Dimesse dagli istituti di Cura per Aborto Spontaneo (AS) restituito alle Aziende dalla procedura di validazione.

Nei file in restituzione alle Aziende sanitarie in coda ai campi che costituiscono il debito informativo verso la Regione Toscana, che sono riportati nel § 10.9.1 sono inseriti i campi flag di seguito riportati:

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Note per la compilazione e controlli
1	Anno	Anno di rilevazione	N	4	vd. tracciato § 10.9.1
2	Provinc	Provincia di Intervento	C	3	vd. tracciato § 10.9.1
3	Codosp	Codice Ospedale	C	8	vd. tracciato § 10.9.1
4	Codaz	Azienda sanitaria di intervento	C	3	vd. tracciato § 10.9.1
5	Anprat	Anno pratica	N	4	vd. tracciato § 10.9.1
6	Nrsdo	Numero SDO	N	6	vd. tracciato § 10.9.1
7	Nrcaso	Numero Caso	N	4	vd. tracciato § 10.9.1
8	Datanasc	Data di nascita	D	8	vd. tracciato § 10.9.1
9	Lunasc	Comune di nascita	C	6	vd. tracciato § 10.9.1
10	Lures	Comune di residenza	C	6	vd. tracciato § 10.9.1
11	Citta	Cittadinanza	C	3	vd. tracciato § 10.9.1
12	Statciv	Stato civile	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
13	Titstu	Titolo di studio	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
14	Condprof	Condizione professionale/non professionale	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
15	Posprof	Posizione nella professione	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
16	Ramatt	Ramo di attività economica	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
17	Natvivi	Numero nati vivi	N	2	vd. tracciato § 10.9.1
18	Natmorti	Numero nati morti	N	2	vd. tracciato § 10.9.1
19	Aborti	Numero aborti spontanei	N	2	vd. tracciato § 10.9.1
20	IVG	Numero IVG	N	2	vd. tracciato § 10.9.1
21	Figli	Figli viventi	N	2	vd. tracciato § 10.9.1
22	Settamen	Settimane compiute di amenorrea	N	2	vd. tracciato § 10.9.1
23	Dataint	data dell'aborto	D	8	vd. tracciato § 10.9.1
24	Luogo	luogo dell'aborto	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
25	Causa	Causa dell'aborto	C	2	vd. tracciato § 10.9.1
26	Riprass	Riproduzione assistita	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
27	Metodo	Metodo di riproduzione assistita	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
28	Tipo	Tipo di intervento	C	1	vd. tracciato § 10.9.1

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

## Allegato C

Nome Campo	Descrizione	Tipo	Length	Note per la compilazione e controlli
29	Terapia antalgica	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
30	Durata della degenza	N	2	vd. tracciato § 10.9.1
31	Complicazioni	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
32	Tipo operazione	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
33	Utente coperto da anonimato	C	1	vd. tracciato § 10.9.1
34	F_Anno	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato
35	F_Provint	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato
36	F_Codosp	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato
37	F_Codaz	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato
38	F_Anprat	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato
39	F_Nrsdo	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato
40	F_Nrcaso	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato
41	F_Datanasc	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato
42	F_Lunasc	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato
43	F_Lures	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato
44	F_Citta	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato
45	F_Statciv	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato
46	F_Titstu	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato
47	F_Condprof	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato
48	F_Posprof	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 2=il campo contiene valori ammessi ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi 9=non rilevato
49	F_Ramatt	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 2=il campo contiene valori ammessi ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi 9=non rilevato
50	F_Natvivi	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato; E= evento raro
51	F_Natmorti	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato; E= evento raro
52	F_Aborti	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato; E= evento raro
53	F_IVG	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato; E= evento raro
54	F_Figli	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato; E= evento raro
55	F_Settagen	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

## Allegato C

Campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Note per la compilazione e controlli
56	F_Dataint	data di aborto	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 2=il campo contiene valori ammessi ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi
57	F_Luogo	luogo dell'aborto	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato
58	F_Causa	Causa dell'aborto	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato
59	F_Riprass	Riproduzione assistita	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato
60	F_Metodo	Metodo di riproduzione assistita	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 2=il campo contiene valori ammessi ma non è possibile valutare la congruità con i campi collegati per errori presenti in questi ultimi
61	F_Tipo	Tipo di intervento	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato
62	F_Terapia	Terapia antalgica	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato
63	F_Degenza	Durata della degenza	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; E= evento raro
64	F_Complic	Complicazioni	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato; 9=non rilevato
65	F_riga_doppia	Record doppio	C	1	0= record non doppio; 1= record doppio
66	F_chiave_errata	Campi chiavi errati	C	1	0= chiave corretta; 1= chiave errata
67	F_opera	Tipo operazione	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato
68	F_anonimo	Flag utente coperto da anonimato	C	1	0=campo corretto; 1=campo errato
69	F_stato record	Flag stato record	C	1	0=record esatto, cioè che non presenta errori su nessun campo, 1=segnala l'esistenza di errori su uno o più campi ritenuti di minore importanza, 2=segnala l'esistenza di errori su uno o più campi ritenuti importanti, 9=segnala la presenza di errori su almeno uno dei campi chiave e individua il record da scartare.

10. Dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

## **MODALITÀ TECNICHE PER L'INVIO DEGLI ATTI DESTINATI ALLA PUBBLICAZIONE**

Con l'entrata in vigore dal 1 gennaio 2008 della L.R. n. 23 del 23 aprile 2007 "Nuovo ordinamento del Bollettino Ufficiale della Regione Toscana e norme per la pubblicazione degli atti. Modifiche alla legge regionale 20 gennaio 1995, n. 9 (Disposizioni in materia di procedimento amministrativo e di accesso agli atti)", cambiano le tariffe e le modalità per l'invio degli atti destinati alla pubblicazione sul B.U.R.T.

Tutti gli Enti inserzionisti devono inviare i loro atti per la pubblicazione sul B.U.R.T. in formato esclusivamente digitale. Le modalità tecniche per l'invio elettronico degli atti destinati alla pubblicazione sono state stabilite con Decreto Dirigenziale n. 5615 del 12 novembre 2007. **L'invio elettronico avviene mediante interoperabilità dei sistemi di protocollo informatici (DPR 445/2000 artt. 14 e 55) nell'ambito della infrastruttura di Cooperazione Applicativa Regionale Toscana. Le richieste di pubblicazione firmate digitalmente (D.Lgs. 82/2005) hanno come allegato digitale l'atto di cui è richiesta la pubblicazione. Per gli enti ancora non dotati del protocollo elettronico, per i soggetti privati e le imprese la trasmissione elettronica deve avvenire esclusivamente tramite posta certificata (PEC) all'indirizzo [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it).**

Il materiale da pubblicare deve pervenire all'Ufficio del B.U.R.T. entro il mercoledì per poter essere pubblicato il mercoledì della settimana successiva.

**Il costo della pubblicazione è a carico della Regione.**

**La pubblicazione degli atti di enti locali, altri enti pubblici o soggetti privati obbligatoria per previsione di legge o di regolamento è effettuata senza oneri per l'ente o il soggetto interessato.**

I testi da pubblicare, trasmessi unitamente alla istanza di pubblicazione, devono possedere i seguenti requisiti formali:

- testo - in forma integrale o per estratto (ove consentito o espressamente richiesto);
- collocazione fuori dai margini del testo da pubblicare di firme autografe, timbri, loghi o altre segnature;
- utilizzo di un carattere chiaro tondo preferibilmente times newroman, corpo 10;
- indicazione, all'inizio del testo, della denominazione dell'ente emittitore e dell'oggetto dell'atto sintetizzato nei dati essenziali;
- inserimento nel testo di un unico atto o avviso; più atti o avvisi possono essere inseriti nello stesso testo se raggruppati per categorie o tipologie omogenee.

Per ogni eventuale chiarimento rivolgersi alla redazione del B.U.R.T. tel. n. 0554384611-4631