

Annotazioni 17/02/2021

in considerazione che nel 2020 sono state date precise indicazioni sulla sospensione, in diversi periodi dell'anno, dell'attività programmata in regime di ricovero è modificato il controllo sulla data di prenotazione che pertanto vede come valori ammessi: ggmmaaaa (datanasc<datapre<dataingr) in luogo di ggmmaaaa (datanasc<datapre<dataingr e datingr-datapre<550gg)

EC 06/05/2021

correzione del criterio per la determinazione di **tiporic**, adeguandolo al cambio di lunghezza di **modim** (2017) che ha determinato la mancata attribuzione del codice 3. Tale correzione avrà effetto dalla data di correzione dell'algoritmo sul sistema di validazione.

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 27.10.2000 aggiornato dal DM 135 del 8.7.2010 e dal decreto del Ministero della Salute 261 del 7.12.2016, 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 delle Specifiche funzionali stabilisce le regole e le codifiche da utilizzare nel flusso SDO nei rapporti tra Aziende sanitarie e Regione Toscana dal 01/01/2020.

1.1 Revisione

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
1.0	01/01/2018	Allegato A Delibera Giunta Regionale Toscana n.1514/2017 Errata corrige del 06/05/2019
1.1	01/01/2020	<ul style="list-style-type: none"> • Campi per i quali è cambiata la validazione: Tipologia del codice individuale dell'utente (<i>tipoindu</i>), campo n.6 del tracciato SDO1 – introdotta verifica di coerenza tra <i>tipoindu</i> e scenario di censimento dell'ID utente in anagrafe regionale • Campi nuovi: Data di ultima rivalutazione (<i>datariv</i>), campo n.27 tracciato SDO1 Totale giorni sospensione/rinvio (<i>gg_sosp</i>), campo n.154 tracciato SDO1 • Campi eliminati: Data di prima disponibilità (<i>datadisp</i>), campo n.27 tracciato SDO1 versione 1.0 • Variazioni del tracciato di ritorno da Regione a Aziende sanitarie:

		Flag errore del campo Totale giorni di sospensione/rinvio (<i>f_gg_sosp</i>), campo n.304: campo nuovo Tipologia di scenario di censimento dell'ID universale in anagrafe regionale (<i>scenario_ID</i>), campo n.317: campo nuovo
--	--	---

1.2 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 §1.9.1 e nel §1.9.2 o nel §1.9.5, questi sono sottoposti ad alcune procedure di controllo i cui risultati sono riscontrabili nei dati che la Regione restituisce alle Aziende sanitarie (§1.9.3 e §1.9.4 o nel §1.9.5).

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.

1.3 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.

1.4 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.

1.5 Contenuti**1.5.1 Da Aziende sanitarie a Regione**

Caratteristiche elettroniche:

Coesistono due modalità di trasmissione: tracciato TXT e tracciato XML.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nei tracciati riportati nel §1.9.1 e nel §1.9.2 o §1.9.5.

Nessun altro contenuto ammesso.

1.5.2 Da Regione ad Aziende sanitarie

Caratteristiche elettroniche:

Coesistono due modalità di trasmissione: tracciato TXT e tracciato XML.

Caratteristiche di contenuto: secondo le specifiche indicate nel §1.9.3 e §1.9.4 o §1.9.5.

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" §1.7).

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 §1.8.1, 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.

1.6 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.

1.6.1 Sistema con tracciato TXT

Le informazioni, rilevate in due archivi collegati relazionalmente, devono essere inviate secondo i tracciati previsti dal presente manuale (§1.9.1 e §1.9.2).

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, 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 in SDO1 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**.

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.

1.6.2 Sistema con tracciato XML

Le informazioni devono essere inviate secondo il tracciato e le regole sintattiche previste nel documento XSD riportato al §1.9.5. La validità sintattica dei contenuti secondo lo schema XSD è prerequisite 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 (§1.9.1 e §1.9.2).

1.6.3 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 §1.9.1 e 1.9.2.;
- solo per tracciato xml: secondo le regole riportate al §1.9.5.

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.

1.6.4 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” dei tracciati riportati ai §1.9.1 e §1.9.2.
L’esito del controllo è segnalato nel corrispondente campo **flag Errore** dei tracciati riportati ai §1.9.3, §1.9.4 e §1.9.5 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 §1.9.3 e al §1.9.5. Nella colonna “errore” dei tracciati riportati ai §1.9.1, §1.9.2 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 §1.7) 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 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 non potranno più essere corrette.

1.6.5 Tabelle di supporto

I controlli dei valori di alcuni campi vengono effettuati utilizzando gli archivi di supporto contenenti 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.

1.7 La qualità dei record: flag stato scheda

Di seguito è riportato l'elenco dei possibili valori presenti nel campo **flag stato scheda** (tracciato §1.9.3 e §1.9.5):

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, su uno o più campi, di "errori gravi", in questo caso la dimissione viene esclusa dalla compensazione finanziaria infraregionale.

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.

1.8 Elementi significativi del tracciato

1.8.1 criteri per la determinazione delle quote informative attribuite dalla Regione

1. **DRG attribuito dalla regione (DRG_{reg}):** dal 01/01/2009 il codice DRG riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper. Dal 01/01/2018 concorrono alla determinazione del DRG tutti gli interventi inviati dalle aziende.
2. **MDC attribuito dalla regione (MDC_{reg}):** dal 01/01/2009 il valore riportato è attribuito secondo la versione 24° del grouper.
3. **Importo (imp_{1reg}):** l'importo in Euro è attribuito in relazione al codice DRG riportato nel campo **drgreg**, secondo i criteri e le tariffe definiti dalla normativa regionale in materia di tariffazione dei ricoveri ospedalieri.
4. **Importo oltre soglia (imp_{2reg}):** l'importo in Euro è attribuito in relazione al codice DRG riportato nel campo **drgreg** e alla durata della degenza riportata nel campo **ggdeg**, secondo i criteri e le tariffe definiti dalla normativa regionale in materia di tariffazione dei ricoveri ospedalieri.
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** ∈ 201-203 → **regint=090** e **uslint=uslresu**,
 - se **regresu=090 (toscano)** e **uslresu** ∉ 201-203 → **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 **ulsresu**=codice di Stato estero → **regint=999** e **uslint=uslresu**
se **regresu=999** (*straniero*) e **ulsresu**≠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 **datingr**=**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 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**=01 o 06 →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 o non corrispondente a CF.
10. **Tipologia di scenario di censimento dell'ID universale in anagrafe regionale (scenario_ID)**: il campo può assumere i seguenti valori: 1=scenario di censimento per utente che si presenta con CF; 2=scenario di censimento per utente di altro Stato UE con TEAM; 3=scenario di censimento per utente di altro Stato UE con tessera ENI; 4=scenario di censimento per utente di Stato extra UE con tessera STP; 5=scenario di censimento per utente di Stato extra UE no STP; 9=IDutente non presente in anagrafe regionale.

1.9 Contenuti e tracciati delle prestazioni di ricovero in vigore dal 01/01/2020

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 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:

- 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 **flagsk** nel caso in cui il campo non sia 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, priorit, 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.

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

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	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 §1.6.4	9	0		

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
2	azist	Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	3	<u>Campo chiave</u> Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale. Valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_azienda . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla dimissione (datdim).	9	0		
3	codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	8	<u>Campo chiave:</u> valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla dimissione (datdim).	9	0	S	tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura_MS
4	anprat	Anno pratica	N	4	<u>Campo chiave.</u> anno solare di apertura della cartella. Validazione: anprat =anno di datingr .	9	0	S	
5	nprat	N° pratica	N	6	<u>Campo chiave:</u> 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 codosp). Valori ammessi: >000000.	9	0	S	ultime due posizioni di anprat+nprat
6	tipoindu	Tipologia del codice individuale dell'utente	C	1	Valori ammessi: tabella SPA_TIPOINDU colonna cod_tipoindu con flag_spa=1 . Viene verificata anche la coerenza tra tipoindu e lo scenario di censimento in anagrafe regionale collegato all' IDutente utilizzato.	2	3	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 deve essere già presente in anagrafe regionale e, solo per le schede con lures e/o lunasc italiano, deve corrispondere ad un codice fiscale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. I criteri di compilazione in relazione a tipoindu sono esplicitati nella tabella SPA_TIPOINDU colonna compilazione_IDutente .	9	0	S	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: 0≤(datingr-datanasc)<124 anni.	9	0	S	ggmmaaaa→aaaa-mm-gg
10	lunasc	Luogo di nascita	C	6	Sistema di codifica ISTAT. Valori ammessi: <u>se nato in Italia</u> →codice del comune di nascita valido alla data di nascita, colonna cod_comune tabella COMUNI ; <u>se nato all'estero</u> →999xxx, dove xxx è il codice dello stato di nascita valido alla	2	0	S	se non compilato→000000

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					data di nascita, tabella STATI colonna cod_stato .				
11	statociv	Stato civile	C	1	Valori ammessi tabella STATO_CIVILE (dove colonna SDO =1)	9	0	S	sono state aggiunte le modalità inerenti l'unione civile tabella STATO_CIVILE colonna MS_codice
12	lures	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. <u>Se residente in Italia</u> →codice del comune di residenza, tabella COMUNI colonna cod_comune ; <u>se STP o ENI</u> →999xxx, dove xxx è il codice dello stato di nazionalità del soggetto rilevabile dal tesserino STP o ENI, tabella STATO colonna cod_stato (≠100); <u>se residente in altro stato</u> →999xxx, dove xxx è il codice dello stato di residenza, tabella STATI colonna cod_stato (≠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 (tipoindu compilato con un codice riferibile ad anonimo). Validazione: comune attivo alla data di ingresso in ospedale (datigr).	2	0	S	se residente all'estero (999xxx) e ludom è un comune italiano→ ludom se con compilato→000000 altrimenti → lures
13	uslresu	Azienda sanitaria di residenza utente	C	3	Valori ammessi: <u>se utenti residenti in Italia</u> →codice ministeriale della USL di residenza (DM 05/12/2006 e successive modifiche e/o integrazioni), tabella AZIENDE_COMUNI colonna cod_azienda <u>se utenti non residenti in Italia</u> , compresi STP e ENI→codice ISTAT dello stato di residenza, tabella STATI colonna cod_stato . Validazione: verifica di congruenza con lures .	2	0	S	se lures =999xxx e ludom è un comune italiano→ codice dell'azienda USL corrispondente se lures =999xxx e ludom non è un comune italiano→ 999 altrimenti → uslint
14	regresu	Regione di residenza dell'utente	C	3	Sistema di codifica ISTAT. Valori ammessi: <u>se utenti residenti in Italia</u> →codice delle regioni italiane, tabella AZIENDE_COMUNI colonna cod_regione . <u>se utenti non residenti in Italia</u> , compreso STP ed ENI→999. Validazione: verifica di congruenza con lures .	2	0	S	se lures =999xxx e ludom è un comune italiano→ codice regione corrispondente se lures =999xxx e ludom non è un comune italiano→ultime tre posizioni campo lures altrimenti → regint
15	cittu	Cittadinanza dell'utente	C	3	Sistema di codifica ISTAT. Valori ammessi: <u>se cittadino italiano</u> →100; <u>se cittadino non italiano</u> →codice dello stato di cittadinanza, tabella STATI ;	2	0	S	se vuoto→000

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					se non rilevato → 000.				
16	titstu	Titolo di studio	C	1	Valori ammessi: tabella TITOLO_STUDIO colonna cod_titolo_studio (dove colonna F_SDO=1)	9	0	S	colonna MS_titolo_studio della tabella RCT
17	ludom	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 cittu=100 o lures≠999xxx → 000000 se cittu≠100 e lures=999xxx → codice del comune di domicilio, come da tabella COMUNI e colonna cod_comune oppure 000000 se non domiciliato in Italia	1	0		
18	datngr	Data di ricovero	D	8	Valori ammessi: ggmmaaaa. Validazione: datanasc ≤ datngr < datdim se regimric=2 → indicare il primo giorno del ciclo di contatti con la struttura nell'anno (anno di datngr=anno di datdim). Per i nati nella struttura relativamente al ricovero contingente la nascita (neonat=1 o 2) datngr=datanasc .	9	0	S	ggmmaaaa → aaaa-mm-gg
19	ora_ingr	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 datngr+ora_ingr < datdim +ora_dim	2	0	S	se regimric=2 → null
20	provza	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 PROVENIENZA_PAZIENTE inoltre viene verificato che: - per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi, neonat=1 o 2 e datanasc=datngr - per i pazienti che accedono all'Istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico tiporico≠1 o 3 o 5 - ricovero precedentemente programmato dallo stesso Istituto di cura, tiporico=1 o 5 - ricovero disposto dal pronto soccorso, tiporico=2	9	0	S	MS_PROVZA della tabella RCT
21	Vuoto	vuoto	C	24	vuoto	0	0		
22	regimric	Regime ricovero	C	1	Valori ammessi: 1=ricovero ordinario,	9	0	S	

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					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 finaldh, ndh .				
23	codospingr	Codice ospedale/sede ospedale di ingresso	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla ammissione (datigr) e riferito al medesimo presidio di codosp (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 ¹ (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 SPECIALITA ultime due posizioni della colonna cod_specialita ad eccezione del codice PT. Inoltre se datigr è valida: <u>per le strutture che compilano il modello HSP12</u> , si verifica che il codice del reparto (quattro caratteri) sia presente nella tabella STRUTTURE_SPECIALITA ; <u>per le strutture che compilano il modello HSP13</u> (posti letto autorizzati), si verifica che la specialità (prime due posizioni) sia presente nella tabella STRUTTURE_SPECIALITA .	9	0	S	tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura_MS+repingr
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 (datanasc=datigr e neonat=1 o 2) 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	2	0	S	se regimric=2 → blank. 0 → blank; 5 → 4; 6 → 5.

¹ rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende sanitarie
1. Scheda nosologica (SDO)

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione. 6=parto non urgente				
26	percorso	Tipo percorso	C	1	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 (regimric=2) e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (regimric=1 e tiporico=1 o 5). Valori ammessi tabella SDO_PERCORSO colonna cod_percorso .	2	0		
27	datadisp	Data di prima disponibilità	D	8	In caso di ricovero programmato (regimric=2 o regimric=1 e tiporico=1 o 5) 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 datapre datadisp>datapre<dataingr	1	7		campo eliminato
27	datariv	Data di ultima rivalutazione	D	8	La rivalutazione si verifica quando l'assistito effettua una nuova visita valutativa all'interno del medesimo percorso chirurgico e/o quando viene effettuata una ulteriore valutazione documentale del caso da parte dello specialista. Tipicamente si ha una rivalutazione in conseguenza di una motivazione di tipo clinico: per mutate condizioni cliniche, dopo una sospensione intervenuta per malattie intercorrenti e/o in conseguenza degli esiti della preospitalizzazione. In caso di ricovero programmato (regimric=2 o regimric=1 e tiporico=1 o 5) inserire l'ultima data di rivalutazione. Non compilare per ricoveri urgenti oppure se non si sono verificate rivalutazioni nel percorso. Valori ammessi: gmmmaaaa (datanasc<datariv<dataingr) <u>Fonte informazione: da integrazione con il sistema informativo di gestione liste di programmazione.</u>	1	2		
28	datapre	Data di prenotazione	D	8	La data di prenotazione corrisponde alla data di inserimento del paziente nel registro di prenotazione (agenda di prenotazione). Si deve intendere come la data in cui viene confermata dallo specialista la necessità reale e attuale di ricovero/intervento, a seguito di eventuale completamento diagnostico/terapeutico, e si provvede contestualmente all'inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione. La prenotazione avviene quindi con l'inserimento nella lista di attesa attraverso procedura informatizzata a livello di singola azienda/istituzione privata accreditata, con riferimento ai criteri di appropriatezza e di priorità clinica segnalati (PRGLA 2019-2021 approvato con DGR 604/2019 e successive modifiche e/o integrazioni).	2	1	S	se regimric=1 e tiporico≠1 o 5 →null se non valida→null altrimenti gmmmaaaa→ aaaa-mm-gg

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					<p>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.</p> <p>La data di prenotazione <u>deve</u> essere compilata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per tutti i ricoveri in regime diurno (regimric=2) e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (regimric=1 e tiporico=1 o 5). - 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 tiporico≠1 e 5. <p>La data di prenotazione <u>può</u> essere compilata in caso di ricovero non programmato (regimric=1 e tiporico≠1 e 5).</p> <p>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.</p> <p>Valori ammessi: ggmmaaaa (datanasc<=datapre<=dataingr e datingr-datapre<550gg)</p> <p><u>Fonte informazione: da integrazione con il sistema informativo di gestione liste di programmazione.</u></p>				
29	priorità	Classe di priorità del ricovero	C	1	<p>Per tutti i ricoveri per i quali è inserita la data di prenotazione dovrà essere compilata la classe di priorità.</p> <p>Le modalità di compilazione di questo campo sono quelle previste dal PRGLA 2019-2021, approvato con DGR 604/2019, e successive modifiche e/o integrazioni.</p> <p>La compilazione di questo campo deve essere effettuata in caso di ricovero programmato (regimric=2 o regimric=1 e tiporico=1 o 5) e deve essere coerente con il valore inserito in percorso.</p> <p>I valori ammessi sono riportati nella tabella SDO_CLASSI_PRIORITA.</p> <p><u>Fonte informazione: da integrazione con il sistema informativo di gestione liste di programmazione.</u></p>	2	1	S	<p>se regimric=1 e tiporico≠1 o 5 → null</p> <p>se f_priorità=1 → null</p> <p>altrimenti → tabella SDO_CLASSI_PRIORITA colonna cod_classe_MS</p>
30	finaldh	Finalità del Day-Hospital	C	1	<p>Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in DH.</p> <p>Valori ammessi:</p> <p><u>se regimric=2 →</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p><u>se regimric=1 → 0.</u></p>	2	0	S	<p><u>se regimric=2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 1 → 3 2 → 4 3 → 1 4 → 1 5 → 3 8 → 2 0 → null <p>altrimenti null</p>

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
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: <u>se regimric=2</u> →000 <ndh<(datdim-datingr+1); <u>se regimric=1</u> →000.	2	0	S	se regimric=1 →null
32	Neonat	Neonato	C	1	Valori ammessi e validazione: 0=non neonato→ datanasc≠datingr 1=neonato sano→ datanasc=datingr 2=neonato non sano→ datanasc=datingr e DRGreg≠391 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→ datanasc=datingr e DRGreg ≠391 .	2	0		
33	skmadre	Numero scheda della puerpera	N	10	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: <u>se SDO relativa a non neonato (neonat =0 o 3)</u> →0000000000; <u>se SDO relativa a neonato sano o se neonato non sano (neonat=1 o 2)</u> → anprat+nprat della SDO della madre; <u>se la puerpera richiede l'anonimato o il neonato viene dato in adozione</u> →9999999999.	2	0	X	se 0000000000→null altrimenti dalla 3° posizione
34	pesonasc	Peso alla nascita	N	4	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: <u>se ricovero non contingente la nascita</u> →0000. <u>se ricovero contingente la nascita (datanasc=datingr e neonat=1 o 2)</u> →peso in grammi:>0099. Il valore riportato deve essere coerente con i codici diagnosi appartenenti alle categorie ICD9CM 764-766 (problemi di crescita fetale, prematurità ecc..).	2	0	S	0000→null se f_pesonasc=1 →null
35	codosp1	Codice ospedale/sede ospedale di 1° trasferimento	C	8	In caso di ricovero ordinario, i trasferimenti interni descrivono il percorso che il paziente ha seguito durante il ricovero all'interno di uno presidio ospedaliero. 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	2	0	X	se regimric=2 →null altrimenti tabella STRUTTURE_OPERATIVE_ SDO colonna

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					<p>e/o reparto diversi all'interno dello stesso presidio ospedaliero.</p> <p>In questo caso deve essere inserito il codice dello stabilimento ospedaliero di appartenenza dell'unità operativa in 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 lo stabilimento in cui vengono eseguite le procedure.</p> <p>Valori ammessi: <u>se l'ospedale è toscano</u> (primi tre caratteri =090) → tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura (il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras1)) <u>altrimenti</u> si controlla che i primi 3 caratteri sino corrispondenti ad una Regione italiana valida (tabella REGIONI) <u>se codchi est=1</u> → uno dei trasferimenti deve avere i primi 6 caratteri del codice dell'ospedale < dai primi 6 caratteri di codosp. <u>se regimric=1</u> il campo può essere vuoto solo se anche rep1 e tras1 sono vuoti</p>				cod_struttura_MS+rep1
36	rep1	Reparto trasferimento 1	C	4	<p>In caso di trasferimenti interni in questo campo deve essere inserito il codice dell'unità operativa presso cui è stato trasferito il paziente.</p> <p>Nel caso di interventi in "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>Nel caso di interventi in "service" eseguiti presso un'unità operativa senza posti letto, compilare le prime due posizioni con il codice specialità, seguito dal suffisso predefinito "SC" (es.08SC).</p> <p>Valori ammessi: <u>se regimric=2</u> → non compilare <u>se regimric=1 e tras1</u> è compilato → si verifica che le prime due posizioni corrispondano ai valori riportati nella tabella SPECIALITA, ultime 2 posizioni della colonna cod_specialita.</p> <p>Inoltre, se tras1 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 trasferimento codosp1, nella tabella STRUTTURE_SPECIALITA; <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 trasferimento codosp1, nella tabella STRUTTURE_SPECIALITA; <u>se ultime due posizioni di rep1=SC</u>, si verifica che sia presente un trasferimento</p>	2	0	X	

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					esterno (primi sei caratteri di codosp1 ≠ primi sei caratteri di codosp).				
37	tras1	Data trasferimento 1	D	8	In questo campo deve essere inserita la data in cui il paziente è stato preso in carico dal reparto riportato in rep1 . se regimric=2 → non compilare se regimric=1 e rep1 compilato → ggmmaaaa. Validazione: datigr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<datdim+ora_dim	2	0	X	se regimric=2 → blank altrimenti: ggmmaaaa → aaaa-mm-gg
38	ora_tras1	Ora trasferimento 1	T	5	In questo campo deve essere inserita l'ora in cui il paziente è stato preso in carico dal reparto riportato in rep1 . Valori ammessi e validazione: se regimric=1 e rep1 compilato → HH:mm altrimenti non compilare Validazione: datigr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<datdim+ora_dim	2	0	X	se regimric=2 → blank
39	codosp2	Codice ospedale/sede ospedale di 2° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras2). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
40	rep2	Reparto trasferimento 2	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
41	tras2	Data trasferimento 2	D	8	Come tras1 . Validazione: datigr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
42	ora_tras2	Ora trasferimento 2	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datigr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
43	codosp3	Codice ospedale/sede ospedale di 3° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras3). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
44	rep3	Reparto trasferimento 3	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
45	tras3	Data trasferimento 3	D	8	Come tras1 Validazione: datigr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
46	ora_tras3	Ora trasferimento 3	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datigr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
47	codosp4	Codice ospedale/sede ospedale di 4° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura .	2	0	X	Come rep1 .

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras4). Come campo 35.				
48	rep4	Reparto trasferimento 4	C	4	Come rep1.	2		X	
49	tras4	Data trasferimento 4	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1.
50	ora_tras4	Ora trasferimento 4	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
51	codosp5	Codice ospedale/sede ospedale di 5° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras5). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1.
52	rep5	Reparto trasferimento 5	C	4	Come rep1.	2	0	X	
53	tras5	Data trasferimento 5	D	8	Come tras1. Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1.
54	ora_tras5	Ora trasferimento 5	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3<< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
55	codosp6	Codice ospedale/sede ospedale di 6° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras6). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1.
56	rep6	Reparto trasferimento 6	C	4	Come rep1.	2	0	X	
57	tras6	Data trasferimento 6	D	8	Come tras1 Validazione: datingr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1.
58	ora_tras6	Ora trasferimento 6	T	5	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<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
59	codosp7	Codice ospedale/sede ospedale di 7° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras7). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1.
60	rep7	Reparto trasferimento 7	C	4	Come rep1.	2	0	X	
61	tras7	Data trasferimento 7	D	8	Come tras1	2	0	X	Come rep1.

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					Validazione: datigr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<datdim+ora_dim				
62	ora_tras7	Ora trasferimento 7	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datigr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6< tras7+ora_tras7<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
63	codosp8	Codice ospedale/sede ospedale di 8° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras8). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
64	rep8	Reparto trasferimento 8	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
65	tras8	Data trasferimento 8	D	8	Come tras1 Validazione: datigr+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<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
66	ora_tras8	Ora trasferimento 8	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datigr+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<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
67	codosp9	Codice ospedale/sede ospedale di 9° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras9). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
68	rep9	Reparto trasferimento 9	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
69	tras9	Data trasferimento 9	D	8	Come tras1 Validazione: datigr+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<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
70	ora_tras9	Ora trasferimento 9	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datigr+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<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
71	codosp10	Codice ospedale/sede ospedale di 10° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras10).	2	0	X	Come rep1 .

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					Come campo 35.				
72	rep10	Reparto trasferimento 10	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
73	tras10	Data trasferimento 10	D	8	Come tras1 Validazione: datigr+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<datdim+ora_dim	2	0	X	
74	ora_tras10	Ora trasferimento 10	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datigr+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<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
75	codosp11	Codice ospedale/sede ospedale di 11° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras11). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
76	rep11	Reparto trasferimento 11	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
77	tras11	Data trasferimento 11	D	8	Come tras1 Validazione: datigr+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<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1 .
78	ora_tras11	Ora trasferimento 11	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datigr+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<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
79	codosp12	Codice ospedale/sede ospedale di 12° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura . Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras12). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1 .
80	rep12	Reparto trasferimento 12	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
81	tras12	Data trasferimento 12	D	8	Come tras1 Validazione: datigr+ora_ingr<tras1+ora_tras1<tras2+ora_tras2<tras3+ora_tras3< tras4+ora_tras4< tras5+ora_tras5< tras6+ora_tras6<	2	0	X	Come tras1 .

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					tras7+ora_tras7<tras8+ora_tras8< tras9+ora_tras9< tras10+ora_tras10< tras11+ora_tras11< tras12+ora_tras12<datdim+ora_dim				
82	ora_tras12	Ora trasferimento 12	T	5	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<datdim+ora_dim	2	0	X	Come ora_tras1
83	codosp13	Codice ospedale/sede ospedale di 13° trasferimento	C	8	valori ammessi: tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura. Validazione: il codice deve essere esistente e attivo alla data di trasferimento (tras13). Come campo 35.	2	0	X	Come rep1.
84	rep13	Reparto trasferimento 13	C	4	Come rep1.	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< 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	2	0	X	Come tras1.
86	ora_tras13	Ora trasferimento 13	T	5	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	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 rep1.
88	rep14	Reparto trasferimento 14	C	4	Come rep1.	2	0	X	
89	tras14	Data trasferimento 14	D	8	Come 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< tras14+ora_tras14<datdim+ora_dim	2	0	X	Come tras1.
90	ora_tras14	Ora trasferimento 14	T	5	Come ora_tras1	2	0	X	Come ora_tras1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					Validazione: datigr+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				
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 rep1 .
92	rep15	Reparto trasferimento 15	C	4	Come rep1 .	2	0	X	
93	tras15	Data trasferimento 15	D	8	Come tras1 Validazione: datigr+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	2	0	X	Come tras1 .
94	ora_tras15	Ora trasferimento 15	T	5	Come ora_tras1 Validazione: datigr+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	2	0	X	Come ora_tras1
95	traumat	Traumatismi o intossicazioni	C	1	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 cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89). Valori ammessi: Se regimric=1 e diadim ∈800-904 o 910-995.89 e repamm ≠28 o 56 o 60 o 75→ 1=infortunio sul lavoro 2=infortunio 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.	2	0	S	Se regimric=1 e diadim ∈800-904 o 910-995.89 e repamm ≠28 o 56 o 60 o 75 e f_traumat=0 → traumat ad eccezione di 6→9 7→9 altrimenti null

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					altrimenti →0.				
96	causest	Causa esterna	C	5	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 codici E 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 cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89). Se regimric=1 e diadim ∈ 800-904 o 910-995.89 e repamm ≠ 28 o 56 o 60 o 75 → codici E della classificazione ICD9CM altrimenti → 00000.	2	0	S	Se regimric=1 e diadim ∈ 800-904 o 910-995.89 e repamm ≠ 28 o 56 o 60 o 75 e f_traumat=0 → causest altrimenti → null.
97	diadim	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 (datdim) e congruenti con sexu ed eta , come da tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_diagnosi	9	0	S	
98	diadim_pres	Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	C	1	Indicare se la diagnosi principale (diadim) 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: 0=no, è insorta durante il ricovero; 1=sì, era presente al ricovero o preesistente nel paziente. La verifica dei valori ammessi viene effettuata rispetto al contenuto della tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_poa .	9	0	S	
99	diadim_lat	Diagnosi principale di dimissione, lateralità	C	1	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 La verifica dei valori ammessi viene effettuata rispetto al contenuto della tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_lateralita .	2	0	S	9 → null o se f_diadim_lat=1 → null
100	diadim_st	Diagnosi principale di dimissione, stadiazione condensata	C	1	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	2	0	S	se diadim ∈ 140.0-190.9 e 193-199.1 e f_diadim_st=0 → diadim_st altrimenti null

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					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				
101	dia1	1° Diagnosi secondaria	C	5	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 (datdim) e congruenti con sexu ed eta , come da tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_diagnosi ; - vuoto.	2	0	X	se f_dia1 =1 o se f_dia1_pre =1 → null
102	dia1_pres	1° diagnosi secondaria, presente al ricovero	C	1	Indicare se la 1° diagnosi secondaria (dia1) 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: se dia1 compilata → 0=no, è insorta durante il ricovero 1= sì, era presente al ricovero o preesistente nel paziente. altrimenti → vuoto La verifica dei valori ammessi viene effettuata rispetto al contenuto della tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_poa .	2	0	X	se flag_dia1 =1 o se f_dia1_pre =1 → null
103	dia1_lat	1° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	Ove applicabile, indicare se la 1° diagnosi secondaria (dia1) si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale. Valori ammessi: 1=destra – 2=sinistra – 3=bilaterale – 9=non applicabile La verifica dei valori ammessi viene effettuata rispetto al contenuto della tabella DIAGNOSI_ICD9CM colonna cod_lateralita .	2	0	X	se f_dia1 o f_dia1_lat =1 → null
104	dia1_st	1° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	Il campo deve essere compilato in presenza di 1° secondaria (dia1) 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	2	0	X	se dia1 ∈ 140.0-190.9 e 193-199.1 e f_dia1_st =0 → dia1_st altrimenti null

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					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 blank= se non rilevato o diagnosi secondaria non per neoplasia maligna				
105	dia2	2° diagnosi secondaria	C	5	come dia1	2	0	X	
106	dia2_pres	2° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	come dia1_pres	2	0	X	
107	dia2_lat	2° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	come dia1_lat	2	0	X	
108	dia2_st	2° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	come dia1_st	2	0	X	
109	dia3	3° diagnosi secondaria	C	5	come dia1	2	0	X	
110	dia3_pres	3° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	come dia1_pres	2	0	X	
111	dia3_lat	3° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	come dia1_lat	2	0	X	
112	dia3_st	3° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	come dia1_st	2	0	X	
113	dia4	4° diagnosi secondaria	C	5	come dia1	2	0	X	
114	dia4_pres	4° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	come dia1_pres	2	0	X	
115	dia4_lat	4° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	come dia1_lat	2	0	X	
116	dia4_st	4° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	come dia1_st	2	0	X	
117	dia5	5° diagnosi secondaria	C	5	come dia1	2	0	X	
118	dia5_pres	5° diagnosi secondari,a presente al ricovero	C	1	come dia1_pres	2	0	X	
119	dia5_lat	5° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	come dia1_lat	2	0	X	
120	dia5_st	5° diagnosi secondaria,	C	1	come dia1_st	2	0	X	

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
		stadiazione condensata							
121	repdim	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 regimric=2→repdim=repingr Se regimric=1 e se repdim≠repingr →repdim deve coincidere con l'unità operativa dell'ultimo trasferimento	9	0	S	tabella STRUTTURE_OPERATIVE_SDO colonna cod_struttura_MS corrispondente al valore del campo codosp+repdim
122	datdim	Data di dimissione	D	8	Valori ammessi: ggmmaaaa. se regimric=2→ 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. datdim≥datingr	9	0	S	ggmmaaaa→aaaa-mm-gg
123	ora_dim	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 datingr+ora_ingr<datdim+ora_dim	1	0	S	se regimric=1→ora_dim altrimenti null
124	modim	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 MOD_DIMISSIONE colonna cod_modim .	9	0	S	tabella MOD_DIMISSIONE colonna cod_MS
125	risaut	Riscontro autoptico	C	1	Nel caso in cui il paziente sia deceduto, questa informazione consente di rilevare se è stata eseguita o meno l'autopsia. Valori ammessi: se modim≠01→0 se modim=01→ 1=si, è stata eseguita l'autopsia; 2=no, non è stata eseguita l'autopsia.	1	0	X	0→null
126	modero	Modalità di erogazione	C	1	Valori ammessi: tabella ONERE colonna cod_modero 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	9	0	S	tabella ONERE colonna cod_MS

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					6=attività libero professionale di dipendenti della struttura privata accreditata+ differenza alberghiera 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.				
127	onere	Onere della degenza	C	1	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. Valori ammessi: tabella ONERE colonna cod_onere Validazione: tabella ONERE colonna cod_modero , se la struttura erogatrice è una casa di cura non accreditata unico valore ammesso 4; se tipoindu è riferibile ad un paziente STP unici valori ammessi 8 e A; se tipoindu è riferibile ad un paziente ENI unici valori ammessi 8; se onere =7, 8, A ,B o C → lures =999+codice ISTAT stato estero.	9	0	S	
128	autpror	Autorizzazione proroga	C	1	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 (lungodegenza). Nel caso in cui autpror =0 e ggpror >0, si procede a valorizzare il ricovero come se non ci fosse proroga.	2	0		
129	ggpror	Giornate di proroga autorizzate	N	2	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). Valori ammessi: - 00 se non è prevista autorizzazione alla proroga e se la dimissione non è avvenuta dalla specialità 56 o 60; - numero giorni di proroga: >00 e <61 Nel caso in cui ggpror =00 o vuoto e autpror =1, la valorizzazione del ricovero verrà effettuata come se non ci fosse proroga.	2	0		
130	noteDRG	Note ai DRG	C	2	Per alcuni DRG questo campo serve per identificare il tipo di casistica e quindi la tariffazione da applicare. Valori ammessi: tabella NOTE_DRG colonna note_DRG . Per i DRG che non prevedono una differenziazione tariffaria (non presenti nella tabella NOTE_DRG) compilare con 00.	2	0		
131	drgazie	DRG assegnato da Azienda	C	3	Valori ammessi: codici DRG (grouper versione in uso alla dimissione).	1	0		

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
		sanitaria erogatrice			Validazione: drgazie=DRGreg , è ammessa la differenza degli zeri non significativi a sinistra.				
132	impazie	Importo Aziendale	E	9	<p>Importo in euro valorizzato a livello aziendale, formato 000000,00.</p> <p>In caso di rapporto convenzionale o con regolamentazione da contratti tra azienda sanitaria e struttura privata accreditata (convenz=1 o 3), inserire il valore previsto dagli accordi.</p> <p>Validazione:</p> <p>se convenz=1 → $impazie \leq imp1reg + imp2reg$</p> <p>se convenz=3 e esito_int_10=0 e esito_int_appr=0 e esito_esterno=0 → $impazie \leq imp1reg + imp2reg$</p> <p>se convenz=3 e (esito_int_10=1 o esito_int_appr=1 o esito_esterno=1) → $impazie \leq imp_finale$;</p> <p>se modero=1, 2, 5 o 6 → 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, $\leq imp1reg + imp2reg$</p> <p>altrimenti impazie=imp1reg+imp2reg.</p>	2	0		
133	impprof	Importo per prestazioni libero professionali	E	9	<p>Importo in euro.</p> <p>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.</p> <p>Se modero=1, 2, 5 o 6 → >00000,00</p> <p>altrimenti → 000000,00.</p>	1	0		
134	impcomf	Importo per comfort alberghiero	E	9	<p>Importo in Euro.</p> <p>La cifra da inserire è quella versata direttamente dall'utente per le prestazioni di comfort alberghiero.</p> <p>se modero=2, 4 o 6 → >000000,00</p> <p>altrimenti → 000000,00 .</p>	1	0		
135	convenz	Convenzione	C	1	<p>Valori ammessi:</p> <p>0=ricovero non soggetto a rapporto convenzionale fra soggetti erogatori</p> <p>1=ricovero oggetto di rapporto convenzionale</p> <p>3=ricovero il cui importo è stato valutato in relazione ai contratti tra azienda 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</p>	2	0		

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
					<p>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 (impazie) tiene conto dell'applicazione dei contratti in essere con le strutture private accreditate, pertanto impazie, nel caso in cui f_impazie=0, è il valore da utilizzare nelle compensazioni infraregionali. E' inteso pertanto che le dimissioni erogate da case di cura con convenz≠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	compens	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:</p> <p>se 0→onere=4 o convenz=1 o regresu=999;</p> <p>se 1→onere≠4 e convenz≠1 e regresu≠999 e codosp≠struttura non accreditata</p>	2	0		
137	crl_int_10	Controllo campionario interno del 10%	C	1	<p>Indica se la scheda è stata campionata per il controllo del 10%.</p> <p>Valori ammessi :</p> <p>0=no, 1=si</p>	2	0		
138	esito_int_10	Esito controllo campionario interno del 10%	C	1	<p>indica l'esito del controllo del 10%.</p> <p>Se crl_int_10=1, valori ammessi:</p> <p>0=esito positivo; 1=esito negativo,</p> <p>se crl_int_10=0 unico valore ammesso 0</p>	2	0		
139	imp_pre_10	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> <p>se crl_int_10=0 unico valore ammesso 000000,00</p>	2	0		
140	imp_post_10	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 cartella clinica e SDO (adempimento LEA), dovrà essere riportato l'importo della SDO successivo al controllo interno del 10%.</p> <p>se crl_int_10=0 unico valore ammesso 000000,00</p>	2	0		

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
141	crl_int_app	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).	2	0		
142	esito_int_appr	Esito controllo interno di appropriatezza	C	1	Indica l'esito del controllo di appropriatezza. Se crl_int_app =1, valori ammessi: 0=esito positivo; 1=esito negativo, se crl_int_app =0 unico valore ammesso 0	2	0		
143	imp_pre_appr	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 precedente il controllo interno di appropriatezza. se crl_int_app =0 unico valore ammesso 000000,00	2	0		
144	imp_post_appr	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 crl_int_app =0 unico valore ammesso 000000,00	2	0		
145	crl_esterno	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	0		
146	esito_esterno	Esito controllo esterno team AV	C	1	Indicare l'esito del controllo esterno Se crl_esterno =1, valori ammessi: 0=esito positivo; 1=esito negativo, se crl_esterno =0 unico valore ammesso 0	2	0		
147	imp_pre_esterno	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 controllo esterno. se crl_esterno =0 unico valore ammesso 000000,00	2	0		
148	imp_post_est	Importo successivo al controllo	E	9	Importo in Euro.	2	0		

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
		esterno team AV			In questo campo, necessario per la determinazione della percentuale di abbattimento tariffario, dovrà essere riportato l'importo della SDO successivo al controllo esterno. se crl_esterno =0 unico valore ammesso 000000,00				
149	imp_finale	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 imp1reg+imp2reg . In caso di esito negativo del controllo esterno (esito_esterno =1) si ammette che l'importo finale sia uguale a zero. Per le strutture pubbliche, nel caso in cui flag_scheda =0, tale importo sarà quello considerato per la determinazione delle compensazioni economiche, mentre per le strutture private accreditate farà sempre riferimento impazie . Se esito_int_10 =0 e esito_int_app =0 e esito_esterno =0 per le strutture pubbliche l'importo considerato per la determinazione delle compensazioni economiche è imp1reg+imp2reg , mentre per le strutture private accreditate farà sempre riferimento impazie .	2	0		
150	DRG_prec	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 esito_int_10 =1 o esito_esterno =1, valori ammessi: codici DRG (grouper versione in uso alla dimissione) altrimenti → non compilare	1	0		
151	dolore	Rilevazione del dolore	C	1	Riportare se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla L. 38/ 2010. 0=no, non è stata rilevata 1=sì, è stata rilevata	9	0	S	
152	pressione	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). Riportare il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso. Valori ammessi: 030< pressione <300 Precisazione: questo campo può essere valorizzato anche per diagnosi diversa da 410.xx. Se compilato deve contenere dati validi.	2	0	S	se diadim ≠410.xx e dia1 ≠410.xx e dia2 ≠410.xx e dia3 ≠410.xx e dia4 ≠410.xx e dia5 ≠410.xx e → null

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica/mappatura ministero o NOTE
153	creatinina	Creatinina serica	N	5	Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) ed in particolare: se codchi=36.1x (by-pass aortocoronarico) o codchi=35.1x,-35.2x (valvole cardiache) o codchi=81.51, 81.52 (sostituzione protesica totale o parziale) e paziente di età≥65 anni o codchi=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) e paziente di età≥65 anni → valore <u>pre-operatorio</u> , riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all’inizio dell’intervento; se diadim o dia1 o dia2 o dia3 o dia4 o dia5=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; <u>altrimenti</u> →non compilare. Valori ammessi: 00,00< creatinina <99,99 Precisazione: questo campo può essere valorizzato anche per casistiche diverse da quelle elencate. Se compilato deve contenere dati validi.	2	0	S	se codchi≠36.1x e codchi≠35.1x-35.2x e (codchi=81.51, 81.52 e codchi≠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 paziente di età<65) e se diadim e dia1 e dia2 e dia3 e dia4 e dia5≠820.xx e se diadim o dia1 o dia2 o dia3 o dia4 o dia5=820.xx e paziente di età<65→null
154	gg_sosp	Totale giorni sospensione/rinvio	N	3	In caso di ricovero programmato (regimric=2 o regimric=1 e tiporico=1 o 5) inserire il numero totale di giorni di sospensione e/o rinvio che hanno interrotto il percorso di attesa del paziente. Valori ammessi: in caso di ricoveri non programmati (regimric=1 e tiporico≠1 e 5) oppure se non si sono verificate sospensioni/rinvii nel percorso, inserire: 000 . altrimenti: gg_sosp>000 Fonte informazione: da integrazione con il sistema informativo di gestione liste di programmazione.	1	2		

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

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
1	azist	Azienda sanitaria di riferimento dell’ospedale	C	3	Campo chiave (come azist del tracciato SDO1)	9	0		
2	codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	8	Campo chiave (come codosp del tracciato SDO1)	9	0	S	

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
3	anprat	Anno pratica	N	4	Campo chiave (come anprat del tracciato SDO1)	9	0	S	
4	nprat	N° pratica	N	6	Campo chiave (come nprat del tracciato SDO1)	9	0	S	
5	progressivo	Progressivo SDO2	C	6	Campo chiave Valore univoco rispetto a codosp&anprat&nprat . Validazione: >000000 Si precisa che al progressivo 000001 deve corrispondere l'intervento o procedura principale e che i record con progressivo <000007 saranno trasmessi al Ministero dalle salute (il tracciato ministeriale prevede infatti 1 intervento chirurgico/procedura principale ed al massimo 5 secondari).	9	0		se progressivo >000001 e f_codchi =1 → tutte le informazioni inerenti codchi devono essere impostati a null. Inoltre nell'invio al ministero deve essere rispettata la sequenzialità, per cui se progressivo =000002 ha f_codchi =1 e progressivo =000003 ha f_codchi =0 nel tracciato ministeriale quest'ultimo deve essere riportato come primo intervento o procedura dopo la principale, e così via
6	codchi	Codice intervento chirurgico o procedura	C	4	L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero individuata secondo i seguenti criteri: 1. in presenza di più procedure chirurgiche, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.); 2. nel caso in cui siano segnalate sia procedure chirurgiche sia procedure diagnostiche o terapeutiche, riportare sempre prima le procedure chirurgiche; 3. in presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche, selezionare e codificare come principale quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse. Qualora nella cartella clinica siano indicate procedure in numero superiore alle 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. Valori ammessi:	2	0	S	

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche	ministero	codifica ministero
					-codici ICD9CM in uso alla dimissione (datdim) e congruenti con sexu , come da tabella INTERVENTI colonna cod_intervento .				
7	later	Lateralità	C	1	Ove applicabile specificare se l'intervento si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale. Valori ammessi: 1=destra; 2=sinistra; 3=bilaterale; 9=non applicabile La verifica dei valori ammessi viene effettuata rispetto al contenuto della tabella INTERVENTI colonna cod_lateralita .	2	0	X	9 → null
8	robot	Utilizzo robot	C	1	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.	2	0		
9	datchi	Data inizio codchi	D	8	Deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento. Valori ammessi: ggmmaaaa Validazione: <u>se tiporico≠5 → datingr<datchi<datdim</u> <u>se tiporico=5 → datchi<datdim</u> .	2	0	X	ggmmaaaa → aaaa-mm-gg
10	ora_codchi	Ora inizio codchi	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: <u>se codchi individua un intervento chirurgico → HH:mm</u> <u>altrimenti → non compilare.</u> Validazione: <u>Se tiporico≠5 → datingr+ora_amm<=datchi+ora_chi<datdim+ora_dim</u> <u>Se tiporico=5 → datchi+ora_chi<datdim+ora_dim</u> .	2	0	X	se f_ora_codchi = 0 → ora_codchi altrimenti → null
11	codchi_est	Codchi 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: <u>se regimric=1 →</u> 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 <u>se regimric=2 → non compilare</u>	2	0	X	se regimric =2 → 0 altrimenti → codchi_est
12	ID_chirurgo_	ID chirurgo/operatore	C	24	Inserire ID universale del chirurgo/operatore responsabile dell'intervento.	2	0	X	ID → procedura di

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche ministero	codifica ministero
	codchi_I				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 operatore della tabella INTERVENTI In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.			criptazione secondo quanto disposto dal ministero
13	ID_chirurgo_codchi_II	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. La rilevazione è richiesta per gli interventi chirurgici indentificati da specifico codice del campo operatore della tabella INTERVENTI In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.	2	0 X	ID→procedura di criptazione secondo quanto disposto dal ministero
14	ID_chirurgo_codchi_III	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 chirurghi riportati nel registro operatorio. La rilevazione è richiesta per gli interventi chirurgici indentificati da specifico codice del campo operatore della tabella INTERVENTI In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.	2	0 X	ID→ procedura di criptazione secondo quanto disposto dal ministero
15	ID_anest_codchi	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 operatore della tabella INTERVENTI In questo campo deve essere inserito l'identificativo univoco regionale del soggetto composto da 24 caratteri.	2	0 X	ID→ procedura di criptazione secondo quanto disposto dal ministero
16	checklist_codchi	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 Provincie autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012 e successive modifiche ed integrazioni. Valori ammessi: se codchi è un intervento chirurgico maggiore (col. ICM =1 della tabella INTERVENTI)→ 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	0 X	se codchi intervento maggiore (ICM=1)→ checklist_codchi altrimenti→null
17	fraz_eiez	Frazione eiezione	N	2	se codchi =36.1x (by-pass aortocoronarico) o	2	0 X	se codchi ≠36.1x e

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note	Errore	modifiche ministero	codifica ministero
					<p><u>codchi=35.1x-35.2x</u> (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; <u>altrimenti</u>→non compilare. valori ammessi: compresi fra 01 e 99 Precisazione: questo campo può essere valorizzato anche per interventi diversi da quelle elencate (sempre che clinicamente abbia un senso). Se riempito deve contenere dati validi.</p>			<p><u>codchi≠35.1x-35.2x</u> →null</p>

1.9.3 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	Lung.	Note
1	opera	Tipo operazione	C	1	vedi §1.9.1
2	azist	Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	3	vedi §1.9.1
3	codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	8	vedi §1.9.1
4	anprat	Anno pratica	N	4	vedi §1.9.1
5	nprat	N° pratica	N	6	vedi §1.9.1
6	tipoindu	Tipologia del codice individuale dell'utente	C	1	vedi §1.9.1
7	IDutente	Identificativo Univoco dell'utente	C	24	vedi §1.9.1
8	sexu	Sesso dell'utente	C	1	vedi §1.9.1
9	datanasc	Data di nascita dell'utente	D	8	vedi §1.9.1
10	lunasc	Luogo di nascita	C	6	vedi §1.9.1
11	statociv	Stato civile	C	1	vedi §1.9.1
12	lures	Residenza utente	C	6	vedi §1.9.1
13	uslresu	Azienda sanitaria di residenza utente	C	3	vedi §1.9.1
14	regresu	Regione di residenza dell'utente	C	3	vedi §1.9.1
15	cittu	Cittadinanza dell'utente	C	3	vedi §1.9.1
16	titstu	Titolo di studio	C	1	vedi §1.9.1
17	ludom	Luogo di domicilio	C	6	vedi §1.9.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
18	datigr	Data di ricovero	D	8	vedi §1.9.1
19	ora_ingr	Ora di ricovero	T	5	vedi §1.9.1
20	provza	Provenienza del paziente	C	2	vedi §1.9.1
21	vuoto	Vuoto	C	24	vedi §1.9.1
22	regimric	Regime ricovero	C	1	vedi §1.9.1
23	codospingr	Codice ospedale/sede ospedale di ingresso	C	8	vedi §1.9.1
24	repingr	Reparto di ammissione	C	4	vedi §1.9.1
25	tiporico	Tipo di ricovero	C	1	vedi §1.9.1
26	percorso	Tipo percorso	C	1	vedi §1.9.1
27	datariv	Data di ultima rivalutazione	D	8	vedi §1.9.1
28	datapre	Data di prenotazione	D	8	vedi §1.9.1
29	priorità	Classe di priorità del ricovero	C	1	vedi §1.9.1
30	finaldh	Finalità del Day-Hospital	C	1	vedi §1.9.1
31	ndh	Numero presenze in Day-Hospital	N	3	vedi §1.9.1
32	Neonat	Neonato	C	1	vedi §1.9.1
33	skmadre	Numero scheda della madre	N	10	vedi §1.9.1
34	pesonasc	Peso alla nascita	N	4	vedi §1.9.1
35	codosp1	Codice ospedale/sede ospedale di 1° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
36	rep1	Reparto trasferimento 1	C	4	vedi §1.9.1
37	tras1	Data trasferimento 1	D	8	vedi §1.9.1
38	ora_tras1	Ora trasferimento 1	T	5	vedi §1.9.1
39	codosp2	Codice ospedale/sede ospedale di 2° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
40	rep2	Reparto trasferimento 2	C	4	vedi §1.9.1
41	tras2	Data trasferimento 2	D	8	vedi §1.9.1
42	ora_tras2	Ora trasferimento 2	T	5	vedi §1.9.1
43	codosp3	Codice ospedale/sede ospedale di 3° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
44	rep3	Reparto trasferimento 3	C	4	vedi §1.9.1
45	tras3	Data trasferimento 3	D	8	vedi §1.9.1
46	ora_tras3	Ora trasferimento 3	T	5	vedi §1.9.1
47	codosp4	Codice ospedale/sede ospedale di 4° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
48	rep4	Reparto trasferimento 4	C	4	vedi §1.9.1
49	tras4	Data trasferimento 4	D	8	vedi §1.9.1
50	ora_tras4	Ora trasferimento 4	T	5	vedi §1.9.1
51	codosp5	Codice ospedale/sede ospedale di 5° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
52	rep5	Reparto trasferimento 5	C	4	vedi §1.9.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
53	tras5	Data trasferimento 5	D	8	vedi §1.9.1
54	ora_tras5	Ora trasferimento 5	T	5	vedi §1.9.1
55	codosp6	Codice ospedale/sede ospedale di 6° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
56	rep6	Reparto trasferimento 6	C	4	vedi §1.9.1
57	tras6	Data trasferimento 6	D	8	vedi §1.9.1
58	ora_tras6	Ora trasferimento 6	T	5	vedi §1.9.1
59	codosp7	Codice ospedale/sede ospedale di 7° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
60	rep7	Reparto trasferimento 7	C	4	vedi §1.9.1
61	tras7	Data trasferimento 7	D	8	vedi §1.9.1
62	ora_tras7	Ora trasferimento 7	T	5	vedi §1.9.1
63	codosp8	Codice ospedale/sede ospedale di 8° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
64	rep8	Reparto trasferimento 8	C	4	vedi §1.9.1
65	tras8	Data trasferimento 8	D	8	vedi §1.9.1
66	ora_tras8	Ora trasferimento 8	T	5	vedi §1.9.1
67	codosp9	Codice ospedale/sede ospedale di 9° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
68	rep9	Reparto trasferimento 9	C	4	vedi §1.9.1
69	tras9	Data trasferimento 9	D	8	vedi §1.9.1
70	ora_tras9	Ora trasferimento 9	T	5	vedi §1.9.1
71	codosp10	Codice ospedale/sede ospedale di 10° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
72	rep10	Reparto trasferimento 10	C	4	vedi §1.9.1
73	tras10	Data trasferimento 10	D	8	vedi §1.9.1
74	ora_tras10	Ora trasferimento 10	T	5	vedi §1.9.1
75	codosp11	Codice ospedale/sede ospedale di 11° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
76	rep11	Reparto trasferimento 11	C	4	vedi §1.9.1
77	tras11	Data trasferimento 11	D	8	vedi §1.9.1
78	ora_tras11	Ora trasferimento 11	T	5	vedi §1.9.1
79	codosp12	Codice ospedale/sede ospedale di 12° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
80	rep12	Reparto trasferimento 12	C	4	vedi §1.9.1
81	tras12	Data trasferimento 12	D	8	vedi §1.9.1
82	ora_tras12	Ora trasferimento 12	T	5	vedi §1.9.1
83	codosp13	Codice ospedale/sede ospedale di 13° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
84	rep13	Reparto trasferimento 13	C	4	vedi §1.9.1
85	tras13	Data trasferimento 13	D	8	vedi §1.9.1
86	ora_tras13	Ora trasferimento 13	T	5	vedi §1.9.1
87	codosp14	Codice ospedale/sede ospedale di 14° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
88	rep14	Reparto trasferimento 14	C	4	vedi §1.9.1
89	tras14	Data trasferimento 14	D	8	vedi §1.9.1
90	ora_tras14	Ora trasferimento 14	T	5	vedi §1.9.1
91	codosp15	Codice ospedale/sede ospedale di 15° trasferimento	C	8	vedi §1.9.1
92	rep15	Reparto trasferimento 15	C	4	vedi §1.9.1
93	tras15	Data trasferimento 15	D	8	vedi §1.9.1
94	ora_tras15	Ora trasferimento 15	T	5	vedi §1.9.1
95	traumat	Traumatismi o intossicazioni	C	1	vedi §1.9.1
96	causest	Causa esterna	C	5	vedi §1.9.1
97	diadim	Diagnosi principale di dimissione	C	5	vedi §1.9.1
98	diadim_pres	Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1
99	diadim_lat	Diagnosi principale di dimissione, laterialità	C	1	vedi §1.9.1
100	diadim_st	Diagnosi principale di dimissione, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1
101	dia1	1° Diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.9.1
102	dia1_pres	1° diagnosi secondaria, presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1
103	dia1_lat	1° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	vedi §1.9.1
104	dia1_st	1° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1
105	dia2	2° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.9.1
106	dia2_pres	2° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1
107	dia2_lat	2° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	vedi §1.9.1
108	dia2_st	2° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1
109	dia3	3° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.9.1
110	dia3_pres	3° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1
111	dia3_lat	3° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	vedi §1.9.1
112	dia3_st	3° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1
113	dia4	4° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.9.1
114	dia4_pres	4° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1
115	dia4_lat	4° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	vedi §1.9.1
116	dia4_st	4° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1
117	dia5	5° diagnosi secondaria	C	5	vedi §1.9.1
118	dia5_pres	5° diagnosi secondaria, a presente al ricovero	C	1	vedi §1.9.1
119	dia5_lat	5° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	vedi §1.9.1
120	dia5_st	5° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	vedi §1.9.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
121	repdim	Reparto di dimissione	C	4	vedi §1.9.1
122	datdim	Data di dimissione	D	8	vedi §1.9.1
123	ora_dim	Ora di dimissione	T	5	vedi §1.9.1
124	modim	Modalità dimissione	C	2	vedi §1.9.1
125	risaut	Riscontro autoptico	C	1	vedi §1.9.1
126	modero	Modalità di erogazione	C	1	vedi §1.9.1
127	onere	Onere della degenza	C	1	vedi §1.9.1
128	autpror	Autorizzazione proroga	C	1	vedi §1.9.1
129	ggpror	Giornate di proroga autorizzate	N	2	vedi §1.9.1
130	noteDRG	Note ai DRG	C	2	vedi §1.9.1
131	drgazie	DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	3	vedi §1.9.1
132	impazie	Importo Aziendale	E	9	vedi §1.9.1
133	impprof	Importo per prestazioni libero professionali	E	9	vedi §1.9.1
134	impcomf	Importo per comfort alberghiero	E	9	vedi §1.9.1
135	convenz	Convenzione	C	1	vedi §1.9.1
136	compens	Compensazione	C	1	vedi §1.9.1
137	crl_int_10	Controllo campionario interno del 10%	C	1	vedi §1.9.1
138	esito_int_10	Esito controllo campionario interno del 10%	C	1	vedi §1.9.1
139	imp_pre_10	Importo precedente al controllo interno del 10%	E	9	vedi §1.9.1
140	imp_post_10	Importo successivo al controllo interno del 10%	E	9	vedi §1.9.1
141	crl_int_app	Controllo interno di appropriatezza	C	2	vedi §1.9.1
142	esito_int_appr	Esito controllo interno di appropriatezza	C	1	vedi §1.9.1
143	imp_pre_appr	Importo precedente al controllo interno di appropriatezza	E	9	vedi §1.9.1
144	imp_post_appr	Importo successivo al controllo interno di appropriatezza	E	9	vedi §1.9.1
145	crl_esterno	Controllo esterno team AV	C	2	vedi §1.9.1
146	esito_esterno	Esito controllo esterno team AV	C	1	vedi §1.9.1
147	imp_pre_esterno	Importo precedente al controllo esterno team AV	E	9	vedi §1.9.1
148	imp_post_est	Importo successivo al controllo esterno team AV	E	9	vedi §1.9.1
149	imp_finale	Importo finale	E	9	vedi §1.9.1
150	DRG_prec	DRG precedente	C	3	vedi §1.9.1
151	dolore	Rilevazione del dolore	C	1	vedi §1.9.1
152	pressione	Pressione arteriosa sistolica	N	3	vedi §1.9.1
153	creatinina	Creatinina serica	N	5	vedi §1.9.1
154	gg_sosp	Totale giorni sospensione/rinvio	N	3	vedi §1.9.1
155	flag_sk	Flag stato scheda	C	1	Valori :

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
					0= scheda esatta 1=segnala l'esistenza di errori lievi su uno o più campi 2=segnala l'esistenza di errori gravi su uno o più campi 9=segnala l'esistenza di errori bloccanti, in questo caso la scheda viene scartata.
156	f_tipoindu	Flag errore campo Tipologia del codice individuale dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
157	f_IDutente	Flag errore campo Identificativo Univoco dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
158	f_sexu	Flag errore campo Sesso dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
159	f_datanasc	Flag errore campo Data di nascita dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
160	f_lunasc	Flag errore campo Luogo di nascita	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
161	f_statociv	Flag errore campo Stato civile	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
162	f_lures	Flag errore campo Residenza utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
163	f_uslresu	Flag errore campo Azienda sanitaria di residenza utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
164	f_regresu	Flag errore campo Regione di residenza dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
165	f_cittu	Flag errore campo Cittadinanza dell'utente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
166	f_titstu	Flag errore campo Titolo di studio	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
167	f_ludom	Flag errore campo Luogo di domicilio	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
168	f_datingr	Flag errore campo Data di ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
169	f_ora_ingr	Flag errore campo Ora di ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
170	f_provza	Flag errore campo Provenienza del paziente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
171	f_vuoto	Flag errore campo vuoto	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
172	f_regimric	Flag errore campo Regime ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
173	f_codospingr	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di ingresso	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
174	f_repingr	Flag errore campo Reparto di ammissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
175	f_tiporico	Flag errore campo Tipo di ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
176	f_percorso	Flag errore campo Tipo percorso	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
177	f_datariv	Flag errore campo Data di ultima rivalutazione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
178	f_datapre	Flag errore campo Data di prenotazione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
179	f_priorità	Flag errore campo Classe di priorità del ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
180	f_finaldh	Flag errore campo Finalità del Day-Hospital	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
181	f_ndh	Flag errore campo Numero presenze in Day-Hospital	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
182	f_Neonat	Flag errore campo Neonato	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
183	f_skmadre	Flag errore campo Numero scheda della madre	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
184	f_pesonasc	Flag errore campo Peso alla nascita	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
185	f_codosp1	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 1° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
186	f_repl	Flag errore campo Reparto trasferimento 1	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
187	f_tras1	Flag errore campo Data trasferimento 1	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
188	f_ora_tras1	Flag errore campo Ora trasferimento 1	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
189	f_codosp2	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 2° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
190	f_rep2	Flag errore campo Reparto trasferimento 2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
191	f_tras2	Flag errore campo Data trasferimento 2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
192	f_ora_tras2	Flag errore campo Ora trasferimento 2	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
193	f_codosp3	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 3° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
194	f_rep3	Flag errore campo Reparto trasferimento 3	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
195	f_tras3	Flag errore campo Data trasferimento 3	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
196	f_ora_tras3	Flag errore campo Ora trasferimento 3	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
197	f_codosp4	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 4° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
198	f_rep4	Flag errore campo Reparto trasferimento 4	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
199	f_tras4	Flag errore campo Data trasferimento 4	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
200	f_ora_tras4	Flag errore campo Ora trasferimento 4	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
201	f_codosp5	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 5° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
202	f_rep5	Flag errore campo Reparto trasferimento 5	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
203	f_tras5	Flag errore campo Data trasferimento 5	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
204	f_ora_tras5	Flag errore campo Ora trasferimento 5	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
205	f_codosp6	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 6° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
206	f_rep6	Flag errore campo Reparto trasferimento 6	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
207	f_tras6	Flag errore campo Data trasferimento 6	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
208	f_ora_tras6	Flag errore campo Ora trasferimento 6	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
209	f_codosp7	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 7° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
210	f_rep7	Flag errore campo Reparto trasferimento 7	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
211	f_tras7	Flag errore campo Data trasferimento 7	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
212	f_ora_tras7	Flag errore campo Ora trasferimento 7	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
213	f_codosp8	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 8° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
214	f_rep8	Flag errore campo Reparto trasferimento 8	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
215	f_tras8	Flag errore campo Data trasferimento 8	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
216	f_ora_tras8	Flag errore campo Ora trasferimento 8	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
217	f_codosp9	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 9° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
218	f_rep9	Flag errore campo Reparto trasferimento 9	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
219	f_tras9	Data trasferimento 9	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
220	f_ora_tras9	Flag errore campo Ora trasferimento 9	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
221	f_codosp10	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 10° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
222	f_rep10	Flag errore campo Reparto trasferimento 10	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
223	f_tras10	Flag errore campo Data trasferimento 10	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
224	f_ora_tras10	Flag errore campo Ora trasferimento 10	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
225	f_codosp11	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 11° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
226	f_rep11	Flag errore campo Reparto trasferimento 11	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
227	f_tras11	Flag errore campo Data trasferimento 11	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
228	f_ora_tras11	Flag errore campo Ora trasferimento 11	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
229	f_codosp12	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 12° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
230	f_rep12	Flag errore campo Reparto trasferimento 12	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
231	f_tras12	Flag errore campo Data trasferimento 12	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
232	f_ora_tras12	Flag errore campo Ora trasferimento 12	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
233	f_codosp13	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 13° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
234	f_rep13	Flag errore campo Reparto trasferimento 13	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
235	f_tras13	Flag errore campo Data trasferimento 13	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
236	f_ora_tras13	Flag errore campo Ora trasferimento 13	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
237	f_codosp14	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 14° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
238	f_rep14	Flag errore campo Reparto trasferimento 14	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
239	f_tras14	Flag errore campo Data trasferimento 14	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
240	f_ora_tras14	Flag errore campo Ora trasferimento 14	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
241	f_codosp15	Flag errore campo Codice ospedale/sede ospedale di 15° trasferimento	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
242	f_rep15	Flag errore campo Reparto trasferimento 15	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
243	f_tras15	Flag errore campo Data trasferimento 15	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
244	f_ora_tras15	Flag errore campo Ora trasferimento 15	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
245	f_traumat	Flag errore campo Traumatismi o intossicazioni	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
246	f_causest	Flag errore campo Causa esterna	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
247	f_diadim	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
248	f_diadim_pres	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
249	f_diadim_lat	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione, lateralità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
250	f_diadim_st	Flag errore campo Diagnosi principale di dimissione, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
251	f_dia1	Flag errore campo 1° Diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
252	f_dia1_pres	Flag errore campo 1° diagnosi secondaria, presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
253	f_dia1_lat	Flag errore campo 1° diagnosi secondaria, lateralità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
254	f_dia1_st	Flag errore campo 1° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
255	f_dia2	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
256	f_dia2_pres	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
257	f_dia2_lat	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
258	f_dia2_st	Flag errore campo 2° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
259	f_dia3	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
260	f_dia3_pres	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
261	f_dia3_lat	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
262	f_dia3_st	Flag errore campo 3° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
263	f_dia4	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
264	f_dia4_pres	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
265	f_dia4_lat	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
266	f_dia4_st	Flag errore campo 4° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
267	f_dia5	Flag errore campo 5° diagnosi secondaria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
268	f_dia5_pres	Flag errore campo 5° diagnosi secondaria, a presente al ricovero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
269	f_dia5_lat	Flag errore campo 5° diagnosi secondaria, laterialità	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
270	f_dia5_st	Flag errore campo 5° diagnosi secondaria, stadiazione condensata	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
271	f_repdim	Flag errore campo Reparto di dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
272	f_datdim	Flag errore campo Data di dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
273	f_ora_dim	Flag errore campo Ora di dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
274	f_modim	Flag errore campo Modalità dimissione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
275	f_risaut	Flag errore campo Riscontro autoptico	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
276	f_modero	Flag errore campo Modalità di erogazione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
277	f_onere	Flag errore campo Onere della degenza	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
278	f_autpror	Flag errore campo Autorizzazione proroga	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
279	f_ggpror	Flag errore campo Giornate di proroga autorizzate	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
280	f_noteDRG	Flag errore campo Note ai DRG	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
281	f_drgazie	Flag errore campo DRG assegnato da Azienda sanitaria erogatrice	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
282	f_impazie	Flag errore campo vImporto Aziendale	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
283	f_impprof	Flag errore campo Importo per prestazioni libero professionali	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
284	f_impcomf	Flag errore campo Importo per comfort alberghiero	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
285	f_convenz	Flag errore campo Convenzione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
286	f_compens	Flag errore campo Compensazione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
287	f_crl_int_10	Flag errore campo Controllo campionario interno del 10%	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
288	f_esito_int_10	Flag errore campo Esito controllo campionario interno del 10%	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
289	f_imp_pre_10	Flag errore campo Importo precedente al controllo interno del 10%	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
290	f_imp_post_10	Flag errore campo Importo successivo al controllo interno del 10%	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
291	f_crl_int_app	Flag errore campo Controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
292	f_esito_int_appr	Flag errore campo Esito controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
293	f_imp_pre_appr	Flag errore campo Importo precedente al controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
294	f_imp_post_appr	Flag errore campo Importo successivo al controllo interno di appropriatezza	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
295	f_crl_esterno	Flag errore campo Controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
296	f_esito_esterno	Flag errore campo Esito controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
297	f_imp_pre_esterno	Flag errore campo Importo precedente al controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
298	f_imp_post_est	Flag errore campo Importo successivo al controllo esterno team AV	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
299	f_imp_finale	Flag errore campo Importo finale	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
300	f_DRG_prec	Flag errore campo DRG precedente	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
301	f_dolore	Flag errore campo Rilevazione del dolore	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
302	f_pressione	Flag errore campo Pressione arteriosa sistolica	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
303	f_creatinina	Flag errore campo Creatinina serica	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
304	f_gg_sosp	Flag errore campo Totale giorni sospensione/rinvio	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
305	drgreg	DRG attribuito dalla Regione	C	3	Attribuito dalla Regione secondo il grouper versione 24 (valori come da archivio regionale DRG: per esempio DRG Interventi sul Cristallino con o senza Vitrectomia il valore sarà 039).
306	mdcreg	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).
307	imp1reg	Importo	E	9	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione al campo drgreg .
308	imp2reg	Importo oltre soglia	E	9	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) Importo in Euro attribuito dalla Regione in relazione ai campi drgreg e ggdeg : applicazione della tariffa giornate di degenza oltre soglia.
309	DRG_19	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.
310	classe	Classe Istituto	C	1	Attribuito dalla Regione.
311	regint	Regione di residenza dell'utente riattribuita dalla Regione	C	3	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) Se residente in Italia codici delle regioni italiane Se residente all'estero 999 Se non attribuibile 000
312	uslint	Azienda sanitaria di residenza utente riattribuita dalla Regione	C	3	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) Se residente in Italia codice dell'Azienda USL di residenza. Se residente all'estero codice dello Stato estero Se non attribuibile 000
313	Eta	Età alla dimissione del paziente calcolata dalla Regione	N	3	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1)

Specifiche funzionali versione 1.1

campo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
314	ggdeg	Giornate di degenza calcolate dalla Regione	N	4	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1)
315	tiporic	tipologia di ricovero riattribuita dalla Regione	C	1	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) 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
316	certMEF	Identificativo individuale certificato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze	C	1	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) 0=IDutente da sottoporre al MEF 1=IDutente certificato MEF 2=IDutente non certificato MEF 9=IDutente non presente in anagrafe regionale o non corrispondente a CF
317	scenario_ID	Tipologia di scenario di censimento dell'ID universale in anagrafe regionale	C	1	Attribuito dalla Regione (vedi §1.8.1) Scenario utilizzato per censire il paziente in anagrafe regionale. Ovvero il servizio utilizzato per ottenere l'ID universale del paziente (IDutente): 1=scenario di censimento per utente che si presenta con CF 2=scenario di censimento per utente di altro Stato UE con TEAM 3=scenario di censimento per utente di altro Stato UE con tessera ENI 4=scenario di censimento per utente di Stato extra UE con tessera STP 5=scenario di censimento per utente di Stato extra UE no STP 9=IDutente non presente in anagrafe regionale

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

Caa-mpo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
1	azist	Azienda sanitaria di riferimento dell'ospedale	C	3	vedi §1.9.2
2	codosp	Codice ospedale/sede ospedale	C	8	vedi §1.9.2
3	anprat	Anno pratica	N	4	vedi §1.9.2

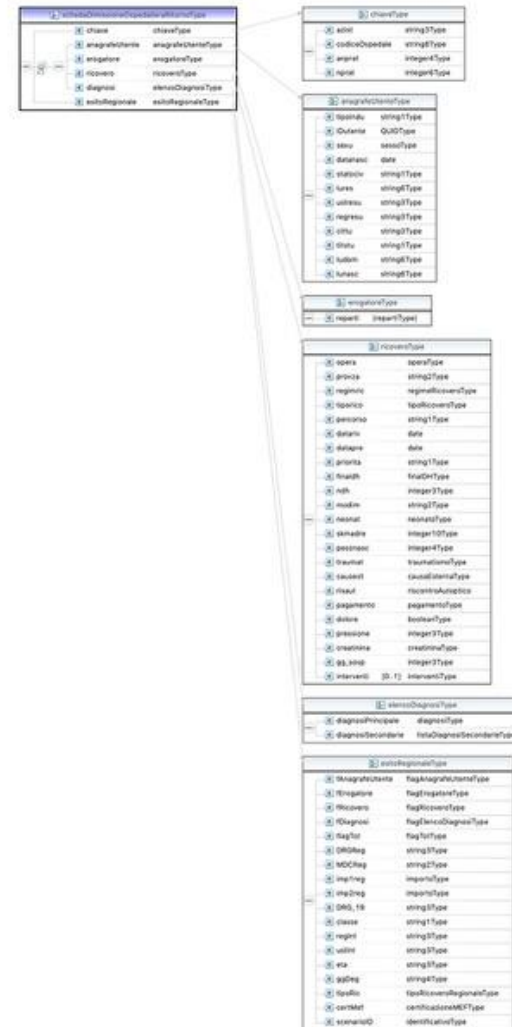
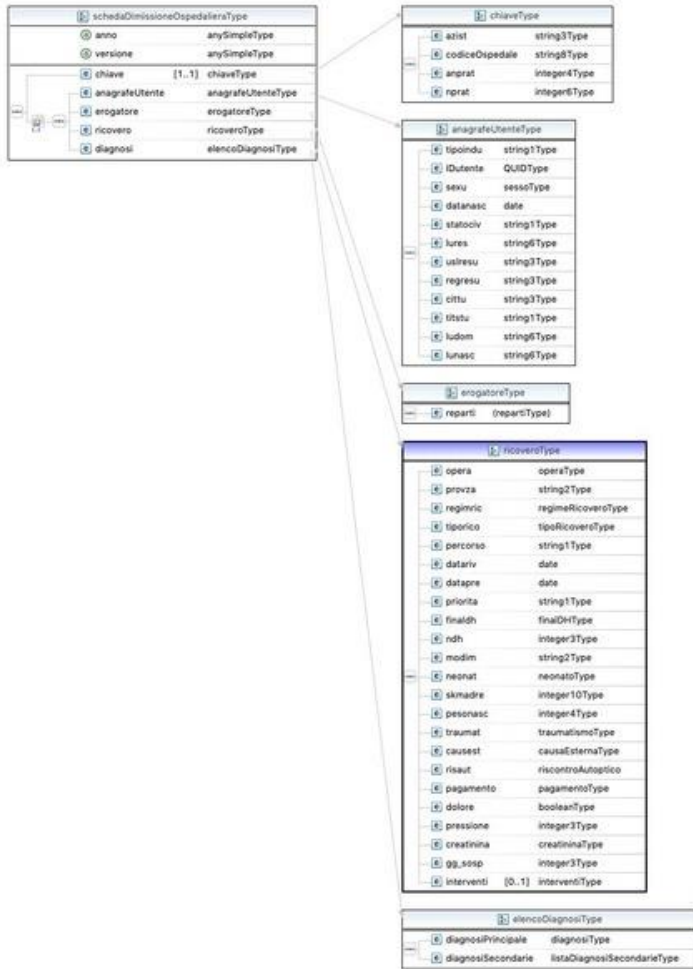
Catà-mpo	Nome	Descrizione	Tipo	Lung.	Note
4	nprat	N° pratica	N	6	vedi §1.9.2
5	progressivo	Progressivo SDO2	C	6	vedi §1.9.2
6	codchi	Codice intervento chirurgico o procedura	C	4	vedi §1.9.2
7	later	Lateralità	C	1	vedi §1.9.2
8	robot	Utilizzo robot	C	1	vedi §1.9.2
9	datchi	Data inizio codchi	D	8	vedi §1.9.2
10	ora_codchi	Ora inizio codchi	T	5	vedi §1.9.2
11	codchi_est	Codchi in service	C	1	vedi §1.9.2
12	ID_chirurgo_codchi_I	I ID chirurgo	C	24	vedi §1.9.2
13	ID_chirurgo_codchi_II	II ID chirurgo	C	24	vedi §1.9.2
14	ID_chirurgo_codchi_III	III ID chirurgo	C	24	vedi §1.9.2
15	ID_anest_codchi	ID anestesista	C	24	vedi §1.9.2
16	checklist_codchi	Check list sala operatoria	C	1	vedi §1.9.2
17	fraz_eiez	Frazione eiezione	N	2	vedi §1.9.2
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_codchi	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_datchi	Flag errore campo Data inizio codchi	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
27	f_ora_codchi	Flag errore campo Ora inizio codchi	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
28	f_codchi_est	Flag errore campo Codchi in service	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
29	f_ID_chirurgo_codchi_I	Flag errore campo I ID chirurgo	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
30	f_ID_chirurgo_codchi_II	Flag errore campo II ID chirurgo	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
31	f_ID_chirurgo_codchi_III	Flag errore campo III ID chirurgo	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
32	f_ID_anest_codchi	Flag errore campo ID anestesista	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
33	f_checklist_codchi	Flag errore campo Check list sala operatoria	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato
34	f_fraz_eiez	Flag errore campo Frazione eiezione	C	1	0=campo corretto - 1=campo errato

1.9.5 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 §1.9.1 e al §1.9.2.

Diagramma struttura XML – INVIO

Diagramma struttura XML ritorno



```

<?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>

```

1. Scheda nosologica (SDO)

```

        <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:schedaDimissioneOspedalieraRitornoType" minOccurs="1" maxOccurs="5000"></element>
        </sequence>
    </complexType>
</element>

<complexType name="schedaDimissioneOspedalieraType">
    <sequence>
        <element name="chiave" type="tns:chiaveType" maxOccurs="1">
            <annotation>
                <documentation>Campo chiave</documentation>
            </annotation>
        </element>
        <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>
    <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" />
    </sequence>
</complexType>

```

```

        <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>

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

```

```

    </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
        </documentation>
      </annotation>
    </element>
    <element name="fDiagnosi" type="tns:flagElencoDiagnosiType">
      <annotation>
        <documentation>Sezione relativa alla validazione delle diagnosi
        </documentation>
      </annotation>
    </element>
  </sequence>
</complexType>

```

```

<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>
<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>

```

```

        </annotation>
    </element>
    <element name="uslInt" 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>
    <element name="scenarioID" type="tns:identificativoType">
        <annotation>
            <documentation>Tipologia di scenario di censimento dell'ID universale in anagrafe regionale.
            </documentation>
        </annotation>
    </element>
</sequence>
</complexType>

<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:string1Type">
            <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>
        </element>
    </sequence>
</complexType>

```

```

<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="staciv" 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="titstu" type="tns:string1Type" nillable="true">
  <annotation>
    <documentation>Titolo di studio</documentation>
  </annotation>
</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="fUsresu" type="tns:flagType"></element>
        <element name="fRegresu" type="tns:flagType"></element>
        <element name="fCittu" type="tns:flagType"></element>
        <element name="fTitstu" 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>
        <element name="provza" type="tns:string2Type">
            <annotation>
                <documentation>Provenienza del paziente</documentation>
            </annotation>
        </element>
    </sequence>
</complexType>

```

```

        </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="datariv" type="date" nillable="true">
        <annotation>
            <documentation>Data di ultima rivalutazione</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 priorità 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>
            <documentation>Numero presenze in Day-Hospital</documentation>
        </annotation>
    </element>

```

```

<element name="modim" type="tns:string2Type">
  <annotation>
    <documentation>Modalit  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>
</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="gg_sosp" type="tns:integer3Type" nillable="true">
        <annotation>
            <documentation>Totale giorni sospensione/rinvio</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
            inforamzioni sul ricevero
        </documentation>
    </annotation>
    <sequence>

```

```

<element name="fOpera" type="tns:flagType"></element>
<element name="fProvza" type="tns:flagType"></element>
<element name="fRegimric" type="tns:flagType"></element>
<element name="fTiporico" type="tns:flagType"></element>
<element name="fPercorso" type="tns:flagType"></element>
<element name="fDatari v" 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="fCreatinina" type="tns:flagType"></element>
<element name="fGgsosp" 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">
      <annotation>
        <documentation>Codice intervento chirurgico o procedura

```

```

        </documentation>
    </annotation>
</element>
<element name="later" type="tns:lateralitaType" minOccurs="0">
    <annotation>
        <documentation>LateralitÃ /</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 codchiÂ /</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">
    <annotation>
        <documentation>Check list sala operatoria</documentation>
    </annotation>

```

```

        </annotation>
    </element>
    <element name="fraz_eiezz" 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>
        <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>
        <element name="fID_chirurgo_codchi" type="tns:flagID_chirurgo_codchiType" minOccurs="0" maxOccurs="3"/>
        <element name="fID_anest_codchi" type="tns:flagType"></element>
    </sequence>
</complexType>

```

```

        <element name="fChecklist_codchi" type="tns:flagType"></element>
        <element name="fFraz_eiez" 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'â€™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>
        <element name="nprat" type="tns:integer6Type">
            <annotation>

```



```

                <documentation>NÃ° pratica</documentation>
            </annotation>
        </element>
    </sequence>
</complexType>

<complexType name="pagamentoType">
    <sequence>
        <element name="modero" type="tns:modalitaErogazioneType">
            <annotation>
                <documentation>ModalitÃ 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>
                <documentation>Importo Aziendale</documentation>
            </annotation>
        </element>
    </sequence>
</complexType>

```

```

</element>
<element name="impprof" type="tns:importoType" nillable="true">
  <annotation>
    <documentation>Importo per prestazioni libero professionali
    </documentation>
  </annotation>
</element>
<element name="impcomf" 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
    inforamzioni sul pagamento.
    </documentation>
  </annotation>
  <sequence>
    <element name="fModero" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fOnere" type="tns:flagType"></element>
    <element name="fAutpror" type="tns:flagType"></element>
  </sequence>
</complexType>

```

```

<element name="fGgpror" 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>
              <documentation>Reparto di dimissione</documentation>
            </annotation>
          </element>
        </sequence>
      </complexType>
    </element>
  </sequence>
</complexType>

```

```

        </sequence>
      </complexType>
    </element>
  </sequence>
</complexType>

<complexType name="flagErogatoreType">
  <annotation>
    <documentation>Sezione relativa alla validazione regionale delle
      inforamzioni 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>
    </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>
        <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>
    </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="diagnosiLateralita" type="tns:diagnosiLateralitaType"
    nillable="true">
    <annotation>
        <documentation>Diagnosi principale di dimissione, lateralit  o I,
            II, III, IV, V diagnosi secondaria, lateralit 
        </documentation>
    </annotation>
</element>
<element name="diagnosiStadiazione" type="tns:diagnosiStadiazioneType"
    nillable="true">
    <annotation>
        <documentation>Diagnosi principale di dimissione, stadiazione
            condensata o I, II, III, IV, V diagnosi secondaria, stadiazione
            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>
    </annotation>
</complexType>

```

```

        <element name="fDiagnosiPrincipale" type="tns:flagType"></element>
        <element name="fDiagnosiPresente" type="tns:flagType"></element>
        <element name="fDiagnosiLateralita" 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="controlloInterno10" type="tns:controlloType"
            minOccurs="0" maxOccurs="1">
            <annotation>
                <documentation>Sezione relativa al controllo interno del 10%.
            </documentation>
            </annotation>
        </element>
        <element name="controlloAdeguatezza" type="tns:controlloType"
            minOccurs="0" maxOccurs="1">
            <annotation>
                <documentation>Sezione relativa al controllo di adeguatezza.
            </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>
                <documentation>Importo finale dopo controllo.</documentation>
            </annotation>
        </element>
    </sequence>
</complexType>

```



```

        <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="fControlloInterno10" 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>
            </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">
    <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">
    <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 Ã¨ costruito a partire dall'elemento Codice per cui viene fissato l'attributo TipoCodice ad RT</documentation>
  </annotation>
  <complexContent>
    <restriction base="tns:QUIDType">
      <sequence>
        <element name="valore" type="tns:stIdentificativoRegioneToscana"></element>
      </sequence>
      <attribute name="tipoCodice" type="tns:tipoCodiceType" use="required" fixed="RT"></attribute>
    </restriction>
  </complexContent>
</complexType>
```

```

        </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>
    <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>
    <restriction base="string">
        <maxLength value="24"/>
    </restriction>
</simpleType>

    <simpleType name="identificativoType">
        <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="9"/></enumeration>
        </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" />
        <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" />
    </restriction>
</simpleType>

```

```

        <enumeration value="12" />
        <enumeration value="13" />
        <enumeration value="99" />
    </restriction>
</simpleType>

<simpleType name="regimeRicoveroType">
    <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>
    </restriction>
</simpleType>

```

```

        <enumeration value="9"></enumeration>
    </restriction>
</simpleType>

<simpleType name="finalDHType">
    <restriction base="string">
        <enumeration value="0"/>
        <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>
    <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>
        <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 codchiÂ </documentation>
    </annotation>
    <restriction base="time">
        <pattern value="((0[0-9]|1[0-9]|2[0-3]):[0-5][0-9]:[0][0])"/>
    </restriction>
</simpleType>

<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="diagnosiLateralitaType">
    <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>
    </restriction>
</simpleType>

```

```

        <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>
</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>

```