



Specifiche Funzionali



SPECIFICHE FUNZIONALI

SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera

03 Maggio 2018
Versione 1.6.7



Specifiche Funzionali



Indice

1.	Introduzione.....	4
1.1	Storia del documento.....	4
	MODIFICA TRACCIATO A.....	5
■	Modificata Struttura XML per il TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche (Paragrafo 3.6): inserito campo Comune di Nascita.....	5
■	Modificato TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche - Definizione dei campi (Paragrafo 3.6.2) inserito campo Comune di Nascita.....	5
■	Tracciato Informazioni Anagrafiche Esempio XML (Paragrafo 4.6.1).....	5
■	Tracciato Informazioni Anagrafiche XSD (Paragrafo 4.6.2).....	5
■	Riepilogo controlli e codici anomalia TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche (Paragrafo 4.6.3).....	5
	TRACCIATO B.....	5
	TRACCIATO B.....	5
	TRACCIATO B.....	5
	TRACCIATO A e TRACCIATO B.....	6
	TRACCIATO A.....	7
	TRACCIATO B.....	7
	TRACCIATO A.....	7
1.2	Obiettivi del documento.....	7
1.3	Definizioni.....	9
1.4	Riferimenti.....	9
1.5	Ambito di rilevazione dei flussi informativi.....	10
2.	Informazioni funzionali relative ai tracciati.....	11
2.1	Tracciati.....	11
2.2	Assunzioni di base.....	11
2.3	Tempi e modalità di invio.....	12
3.	Descrizione funzionale dei tracciati record.....	14
3.1	Formato dei file.....	14
3.2	Tipo di dati.....	14
3.3	Avvertenze generali per la valorizzazione dei campi.....	14
3.4	Descrizione funzionale dei campi.....	15
3.5	Standard tecnologici per la predisposizione dei dati.....	15



Specifiche Funzionali



3.6	Struttura XML per il tracciato TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche	15
3.6.1	Diagramma struttura XML per TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche	17
3.6.2	Tracciato TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche - Definizione dei campi ..	18
3.7	Struttura XML per il tracciato TRACCIATO B - Informazioni Ricovero	26
3.7.1	Diagramma struttura XML per TRACCIATO B - Informazioni Ricovero.....	28
3.7.2	Tracciato TRACCIATO B - Informazioni Ricovero - Definizione dei Campi.....	30
4.	Tracciati XML - XSD.....	62
4.1	Controlli, validazione e invio file	62
4.2	Campi chiave per inserimenti/ variazioni/ cancellazione dei dati trasmessi.....	62
4.3	Modalità di invio	64
4.4	Controllo e bilanciamento dei record SDO di anagrafe e di ricovero	64
4.5	Modalità di elaborazione flussi	64
4.6	Tracciato A - Informazioni Anagrafiche.....	66
4.6.1	Tracciato Informazioni Anagrafiche XML (Esempio)	66
4.6.2	Tracciato Informazioni Anagrafiche XSD	66
4.6.3	Riepilogo controlli e codici anomalia.....	72
4.7	Tracciato B - Informazioni Ricovero	77
4.7.1	Tracciato Informazioni Ricovero XML (Esempio)	77
4.7.2	Tracciato Informazioni Ricovero XSD	85
4.7.3	Riepilogo controlli e codici anomalia.....	99
5.	Allegati.....	114
5.1	Codice identificativo del paziente: modalità di alimentazione	114
5.2	Codice identificativo del paziente: procedura di cifratura.....	114
5.3	Assegnazione del codice univoco non invertibile ("CUNI") da parte del Ministero della salute per il flusso SDO.....	115
5.4	Assegnazione del codice univoco nazionale dell'assistito ("CUNA").....	115
5.5	Codici identificativi del chirurgo e dell'anestesista: modalità di alimentazione	117
5.6	Codici identificativi del chirurgo e dell'anestesista: procedura di verifica della validità	117
5.7	Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere.....	119



Specifiche Funzionali



1. Introduzione

1.1 Storia del documento

N.B. Il presente documento riflette lo schema del DM *Integrazione e aggiornamento delle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera*, così come condiviso nel corso della Cabina di Regia del 24 marzo 2015. Pertanto le date indicate per le diverse fasi di attuazione sono quelle previste nel predetto schema.

Versione:	Data:	Sintesi variazioni:
1.0	16 Ottobre 2015	Prima emissione
1.1	09 Dicembre 2015	<ul style="list-style-type: none"> ■ TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche - Definizione dei Campi par. 3.6.2 adeguata lunghezza campo Data di Nascita a 10 caratteri in conformità alle specifiche di compilazione delle regole XSD relativamente ai campi di tipo data ed in coerenza con quanto definito nel par. 3.3; inoltre per i campi "Codice Istituto di Cura", "Numero progressivo della scheda SDO", "Numero progressivo scheda SDO della puerpera" sono state aggiornate le informazioni di dominio di ciascun campo. ■ Struttura XML per il TRACCIATO B - Informazioni Ricovero par. 3.7 apportate correzioni alla tabella riportante i nodi di riferimento e relativi campi associati; ■ Diagramma struttura XML per TRACCIATO B - Informazioni Ricovero par. 3.7.1 aggiornato il diagramma XML in coerenza con quanto riportato nel punto precedente; ■ TRACCIATO B - Informazioni Ricovero - Definizione dei Campi par. 3.7.2: "Unità Operativa di ammissione", "Unità Operativa trasferimento interno" e "Unità Operativa di dimissione" modificate le lunghezze dei singoli campi (da 4 a 12 caratteri) e aggiornate le modalità di compilazione; inoltre per i campi "Codice Istituto di Cura", "Numero progressivo della scheda SDO", "Data di Ricovero", "Istituto di Cura Esterno", "Unità Operativa Esterna", sono state aggiornate le informazioni di dominio di ciascun campo. ■ TRACCIATO B - Informazioni Ricovero - Definizione dei Campi par. 3.7.2 - apportate correzioni alla tabella riportante i nodi di riferimento e relativi campi associati ■ TRACCIATO B - Informazioni Ricovero - Definizione dei Campi par. 3.7.2 - eliminato richiamo alla nota nel campo Intervento Principale; ■ Tracciato Informazioni Anagrafiche XSD par. 4.4.2. aggiornamento Regione di Residenza per corretta attribuzione (controllo dei valori di dominio demandati all'ETL); ■ Tracciato Informazioni Ricovero XML (Esempio) par. 4.5.1 apportate correzioni al tracciato XML per adeguamento nodi di riferimento e relativi campi associati; inoltre per i campi "Unità Operativa di ammissione", "Unità Operativa trasferimento



Specifiche Funzionali



		<p>interno" e "Unità Operativa di dimissione" adeguato lo schema in coerenza con la definizione dei campi stessi</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tracciato Informazioni Ricovero XSD par. 4.5.2 apportate correzioni al tracciato XSD per adeguamento nodi di riferimento e relativi campi associati; inoltre per i campi "Unità Operativa di ammissione", "Unità Operativa trasferimento interno" e "Unità Operativa di dimissione" adeguato lo schema in coerenza con la definizione dei campi stessi ■ Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere par. 5.5 eliminata la disciplina 22 Residuale Manicomiale.
1.2	17 Marzo 2016	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisione dei tracciati Anagrafica (paragrafo 3.6) e Ricoveri (paragrafo 3.7) e dei relativi schemi XML (paragrafi 4.5.1 e 4.6.1), e XSD (paragrafi 4.5.2 e 4.6.2) e tabelle dei controlli e codici anomalia (paragrafi 4.5.3 e 4.6.3)
1.3	22 Novembre 2016	<p><u>MODIFICA TRACCIATO A</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Modificata Struttura XML per il TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche (Paragrafo 3.6): inserito campo Comune di Nascita ■ Modificato Diagramma struttura XML per TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche (Paragrafo 3.6.1) inserito campo Comune di Nascita ■ Modificato TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche - Definizione dei campi (Paragrafo 3.6.2) inserito campo Comune di Nascita ■ Tracciato Informazioni Anagrafiche Esempio XML (Paragrafo 4.6.1) ■ Tracciato Informazioni Anagrafiche XSD (Paragrafo 4.6.2) ■ Riepilogo controlli e codici anomalia TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche (Paragrafo 4.6.3)
1.4	7 Dicembre 2016	<p><u>TRACCIATO B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lateralità: aggiornamento tabelle dei controlli e codici anomalia (paragrafo 4.6.3)
1.5	30 Gennaio 2017	<p><u>TRACCIATO B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Data di Dimissione o morte: aggiornamento tabelle dei controlli e codici anomalia (paragrafo 4.6.3) <p><u>TRACCIATO B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aggiornamento dei codici anomalia su Ora Inizio Intervento Principale, Identificativo Chirurgo Intervento Principale, Identificativo Anestesista Intervento Principale, CheckList Sala Operatoria Intervento Principale, Ora Inizio Intervento Secondario, Identificativo Chirurgo Intervento Secondario, Identificativo Anestesista Intervento Secondario, CheckList Sala Operatoria Intervento Secondario, Lateralità Diagnosi Secondaria, Lateralità Intervento Principale, Lateralità Intervento Secondario (paragrafo 4.6.3)



Specifiche Funzionali



		<p>TRACCIATO A e TRACCIATO B</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revisione degli schemi XML (paragrafi 4.6.1 e 4.7.1), XSD (paragrafi 4.6.2 e 4.7.2) e tabelle dei controlli e codici anomalia (paragrafi 4.6.3 e 4.7.3) per recepire, in un unico invio, differenti tipi di operazioni (Inserimenti, Variazioni e Cancellazioni)
1.6	22 Febbraio 2017	<p>MODIFICATO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche - Definizione dei campi (Paragrafo 3.6.2); ■ TRACCIATO B - Informazioni Ricovero - Definizione dei Campi (Paragrafo 3.7.2); ■ TRACCIATO B - Riepilogo controlli e codici anomalia (Paragrafo 4.7.3)
1.6.1	13 Aprile 2017	<p>MODIFICATO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CAPITOLO 4.5 - Modalità di elaborazione flussi; ■ TRACCIATO B - Tracciato Informazioni Ricovero XML (Esempio) (Paragrafo 4.7.1); ■ TRACCIATO B - Revisione dello schema XSD (paragrafo 4.7.2), aggiornamento sintassi di controllo Creatinina Serica; ■ TRACCIATO B - Riepilogo controlli e codici anomalia (Paragrafo 4.7.3)
1.6.2	17 Maggio 2017	<p>Modificato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ TRACCIATO A - Revisione dello schema XSD (paragrafo 4.6.2), aggiornamento sintassi di controllo Tipologia del codice Identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità; ■ Revisione paragrafo 5.1 Codice identificativo del paziente: modalità di alimentazione
1.6.3	25 Maggio 2017	<p>Modificato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Riepilogo controlli e codici anomalia TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche (Paragrafo 4.6.3) ■ TRACCIATO B - Riepilogo controlli e codici anomalia (Paragrafo 4.7.3)
1.6.4	12 Giugno 2017	<p>Modificato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ TRACCIATO B - Riepilogo controlli e codici anomalia (Paragrafo 4.7.3)



Specifiche Funzionali



1.6.5	04 Settembre 2017	<p>Modificato:</p> <p><u>TRACCIATO A</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Numero progressivo scheda SDO della puerpera: Riepilogo controlli e codici anomalia (paragrafo 4.6.3) <p><u>TRACCIATO B</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Informazioni Ricovero - Definizione dei Campi (paragrafo 3.7.2); ■ Riepilogo controlli e codici anomalia (paragrafo 4.7.3)
1.6.6	20 Ottobre 2017	<p>Modificato:</p> <p><u>TRACCIATO A</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Riepilogo controlli e codici anomalia TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche (Paragrafo 4.6.3)
1.6.7	03 Maggio 2018	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisione paragrafo 5.1 Codice identificativo del paziente: modalità di alimentazione

1.2 Obiettivi del documento

Il presente documento definisce le specifiche tecniche del flusso informativo per l'alimentazione del sistema informativo sui dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati (di seguito Sistema SDO o Sistema), secondo quanto stabilito dal disciplinare tecnico allegato al Decreto del Ministro della salute del 7 dicembre 2016, n. 261 che integra le informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera e disciplina il relativo flusso informativo al fine di adeguare il contenuto informativo della SDO alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria. In particolare sono fornite la struttura e la sintassi dei tracciati previsti in formato xml nonché i relativi schemi xsd di convalida e i controlli di merito sulla qualità, completezza e coerenza dei dati.

In sintesi gli obiettivi del documento sono:

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



Specifiche Funzionali



Questa e le successive versioni del presente documento di specifiche tecniche saranno disponibili sul sito internet del Ministero della Salute (www.nsis.salute.gov.it), secondo le modalità previste dall'articolo 54 del Codice dell'amministrazione digitale.



Specifiche Funzionali



1.3 Definizioni

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

#	Acronimo / Riferimento	Definizione
1	NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
2	LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
3	XML	eXtensible Markup Language
4	XSD	XML Schema Definition
5	SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
6	SSN	Sistema Sanitario Nazionale
7	SPC	Sistema Pubblico di Connettività
8	ANA	Anagrafe Nazionale Assistenti
9	MdS	Ministero della Salute
10	CI	Codice Identificativo
11	CUNI	Codice Univoco non Invertibile
12	CUNA	Codice Univoco Nazionale Assistito
13	MRA	Monitoraggio Rete di Assistenza
14	DH	Day Hospital
15	RO	Regime Ordinario
16	TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
17	SPC	Sistema Pubblico di Connettività
18	TS	Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze
19	DGSISS	Direzione Generale della digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica

1.4 Riferimenti

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



Specifiche Funzionali



1.5 *Ambito di rilevazione dei flussi informativi*

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

La SDO è parte integrante della cartella clinica di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

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

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

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

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

In caso di **ricovero diurno**, la cartella clinica, e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero ciclo di trattamento; ogni singolo accesso giornaliero del paziente è conteggiato come giornata di degenza e la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale; la cartella clinica, e la corrispondente SDO, relative ai ricoveri diurni, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, salvo dar luogo a una nuova cartella, e a una nuova SDO, per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo.

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



Specifiche Funzionali



2. Informazioni funzionali relative ai tracciati

2.1 Tracciati

Le regioni e le province autonome inviano i dati di cui all'articolo 3, comma 3, del decreto al Ministero della salute, esclusivamente in modalità elettronica, in due tracciati distinti, di seguito indicati:

TRACCIATO A - che contiene le informazioni di carattere anagrafico;

TRACCIATO B - che contiene le informazioni relative al ricovero.

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

2.2 Assunzioni di base

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

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

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

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

Ulteriori assunzioni di base che riguardano i singoli tracciati sono enunciate nella descrizione dei tracciati stessi.



Specifiche Funzionali



2.3 Tempi e modalità di invio

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

Mese	Scadenza invio
Gennaio	15 marzo anno in corso
Febbraio	15 aprile anno in corso
Marzo	15 maggio anno in corso
Aprile	15 giugno anno in corso
Maggio	15 luglio anno in corso
Giugno	15 agosto anno in corso
Luglio	15 settembre anno in corso
Agosto	15 ottobre anno in corso
Settembre	15 novembre anno in corso
Ottobre	15 dicembre anno in corso
Novembre	15 gennaio anno seguente
Dicembre	15 febbraio anno seguente

Entro il 31 marzo dell'anno seguente quello della rilevazione le regioni possono trasmettere eventuali integrazioni. In particolare il NSIS mette a disposizione delle Regioni le seguenti applicazioni al supporto della verifica e monitoraggio dei dati inviati:

- Monitoraggio Invio Flussi dal Sistema di Gestione e Accoglienza Flussi (GAF),
- Monitoraggio Caricamenti dal Sistema Cruscotti NSIS area SDO.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si attengono alle specifiche di trasmissione attualmente in uso delle informazioni previste dal sistema informativo sui dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano individuano, inoltre, un soggetto responsabile della trasmissione dei dati al sistema informativo sui dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano forniscono al Sistema SDO le informazioni nei formati stabiliti nelle successive sezioni, scegliendo fra tre modalità alternative:

- a) utilizzando le regole tecniche di cooperazione applicativa del Sistema Pubblico di Connettività (SPC);
- b) utilizzando i servizi applicativi che il Sistema mette a disposizione tramite il protocollo sicuro https e secondo le regole per l'autenticazione;
- c) ricorrendo alla autenticazione bilaterale fra sistemi basata su certificati digitali emessi da un'autorità di certificazione ufficiale.

Le informazioni di cui all'articolo 4 del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni sono trasmesse dalle regioni al Ministero della salute a decorrere dal



Specifiche Funzionali



1° gennaio 2017, che provvede alle necessarie verifiche sulla completezza e qualità delle informazioni trasmesse.

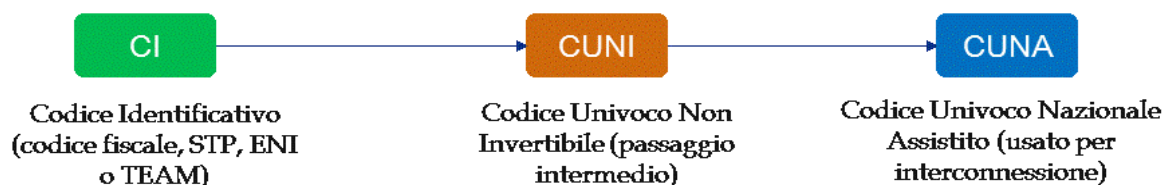
Dal 1° gennaio 2018 il conferimento dei dati riportati al comma 1 nelle modalità e nei contenuti del citato decreto, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per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

In osservanza di quanto previsto dall'articolo 11, comma 4, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38, al flusso informativo relativo alle schede di dimissione ospedaliera si applicano le procedure per l'interconnessione dei sistemi informativi nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario individuate ai sensi dell'articolo 15, comma 25-bis del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Nelle more dell'applicazione delle predette procedure per l'interconnessione dei sistemi informativi, le regioni trasmettono al Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, il tracciato anagrafico sostituendo al codice identificativo del paziente un codice cifrato ottenuto applicando al medesimo codice identificativo un algoritmo asimmetrico, a chiave pubblica nota, definito dalla DGSISS del Ministero della salute.

Rimandando alle specifiche disposizioni del regolamento recante le procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, lo schema seguente sintetizza la procedura di assegnazione del codice univoco, sia a regime, sia nel periodo transitorio:

Modalità	Note
I fornitori dei dati per il livello nazionale effettuano, prima dell'invio dei dati al NSIS: a) la verifica della validità del codice identificativo	Servizio di verifica della validità (Tessera Sanitaria nelle more di ANA)
b) l'assegnazione di un codice univoco non invertibile ("CUNI") che sostituisce il codice identificativo, tramite un sistema univoco a livello nazionale, definito dal Ministero della salute	Algoritmo di hash definito da DGSISS
Il Ministero della salute sostituisce il codice univoco non invertibile con il codice univoco nazionale dell'assistito ("CUNA")	Algoritmo di hash definito da DGSISS, applicato mediante HSM
Fase transitoria per le SDO fino all'applicazione della modalità standard di cui sopra	Trasmissione CI con cifratura asimmetrica, decifratura e assegnazione CUNI e CUNA a cura MdS





Specifiche Funzionali



Nelle more dell'attivazione dell'Anagrafe Nazionale degli Assistiti ("ANA"), istituita ai sensi dell'articolo 62-ter del Codice dell'Amministrazione Digitale, la procedura di verifica della validità del codice identificativo prevede uno scambio informativo con il servizio fornito dal sistema Tessera Sanitaria ("TS"), di cui alle disposizioni dell'articolo 50, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326.

- **Il servizio viene invocato, preventivamente alla sostituzione del codice identificativo con il codice univoco non invertibile ("CUNI"), dai soggetti alimentanti NSIS e dal Ministero della salute** (per il solo flusso SDO nella fase transitoria), per verificare la validità del codice.

A regime, pertanto, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano alimentanti il Sistema SDO forniscono le informazioni con le seguenti specifiche ed integrazioni ai tracciati di anagrafica:

- Utilizzo del codice CUNI in luogo del codice univoco;
- Integrazione dell'informazione relativa alla presenza nella banca dati del sistema Tessera Sanitaria, nelle more dell'attivazione di ANA, del codice identificativo dell'assistito;
- Integrazione dell'informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito (codice fiscale, STP, ENI, TEAM) corrispondente al codice CUNI.

Si evidenzia che questa prima versione delle specifiche tecniche contiene solo disposizioni valide per la predisposizione e l'alimentazione del Sistema SDO nella fase precedente all'applicazione delle procedure per l'interconnessione, ovvero nella cosiddetta fase transitoria.

3. Descrizione funzionale dei tracciati record

3.1 Formato dei file

I file da inviare al Ministero della Salute sono in formato XML, in base alle caratteristiche dei file XSD. I file che non rispettano le caratteristiche del XSD saranno scartati dal sistema.

3.2 Tipo di dati

Il tracciato XML sarà formato dai seguenti componenti:

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

3.3 Avvertenze generali per la valorizzazione dei campi

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



Specifiche Funzionali



3.4 Descrizione funzionale dei campi

Nelle tabelle di cui ai paragrafi [3.6.2](#) e [3.7.1](#) sono riportate le descrizioni funzionali dei campi.

3.5 Standard tecnologici per la predisposizione dei dati

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

3.6 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche

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

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

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

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

Tracciato	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)	
A - Informazioni Anagrafiche	Trasmissione (<i>Campo tecnico</i>)	Tipo	
	Informazioni Anagrafiche		Codice istituto di cura
			Numero progressivo della scheda SDO
			Numero progressivo scheda SDO della puerpera
			Sesso
			Data di nascita
			Comune di nascita
			Livello di istruzione
			Stato civile
			Comune di residenza
			Cittadinanza
			Codice identificativo del paziente



Specifiche Funzionali



Tracciato	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
		Presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità ¹
		Tipologia del codice Identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità ¹
		Regione di residenza
		ASL di residenza

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

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

¹La banca dati per la verifica della validità è il Sistema Tessera Sanitaria, nelle more dell'attivazione dell'Anagrafe Nazionale degli Assistiti. Il contenuto informativo è previsto per il futuro utilizzo conseguente all'applicazione delle procedure di interconnessione (fase "a regime" del Sistema SDO).



Specifiche Funzionali



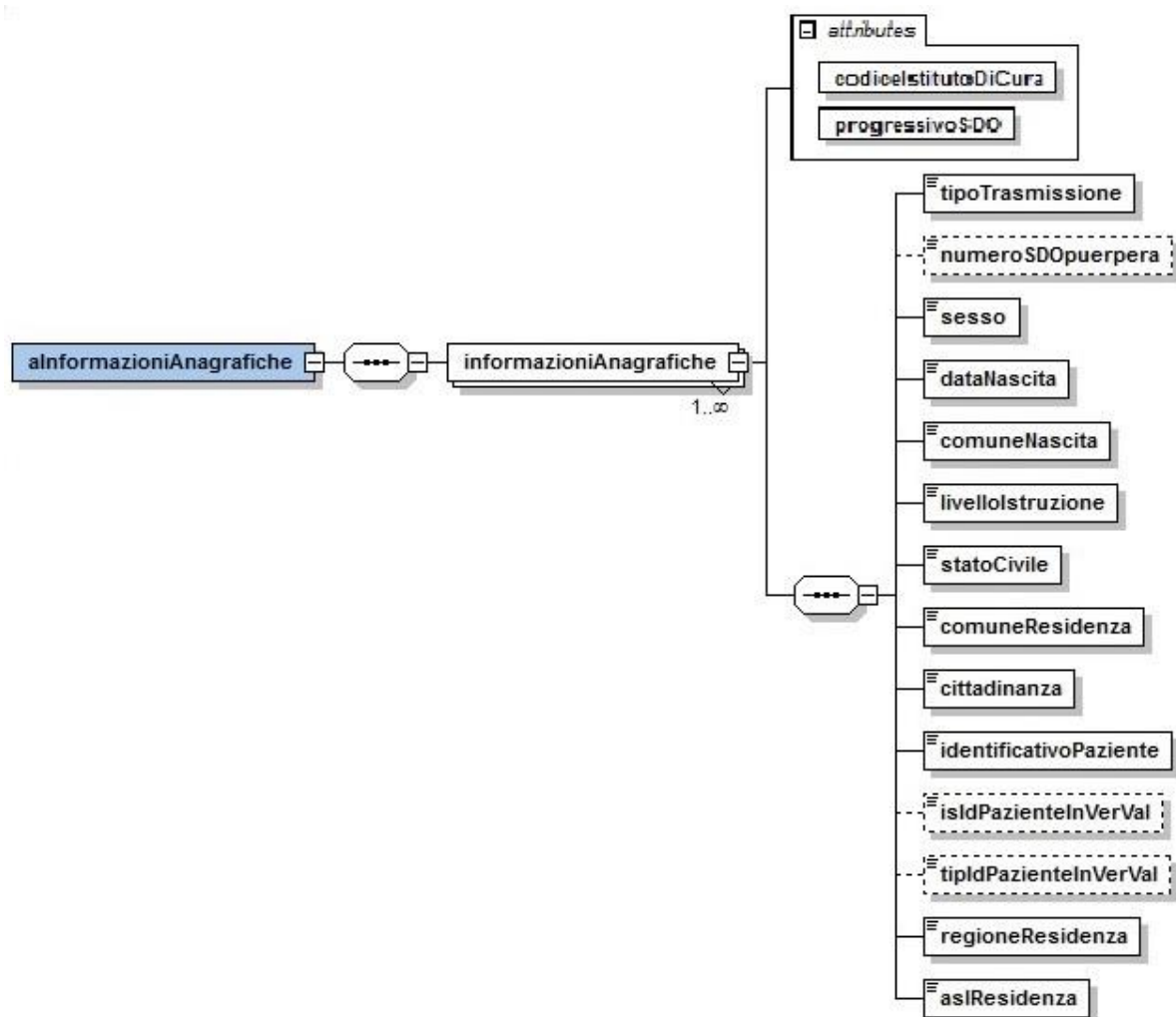
3.6.1 Diagramma struttura XML per TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche

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

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

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

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





Specifiche Funzionali



3.6.2 Tracciato TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche - Definizione dei campi

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

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

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

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

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



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Trasmissione	Tipo	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate	A	OBB	<p>FORMATO: A</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>I: Inserimento</p> <p>V: Variazione</p> <p>C: Cancellazione</p> <p>Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione.</p> <p>Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione.</p> <p>Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.</p>	1



Specifiche Funzionali



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



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni anagrafiche (segue)	Numero progressivo scheda SDO della puerpera	Il numero progressivo della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica della scheda SDO della madre relativa al parto.	N	NBB (<i>Obbligatorio solo nel caso si tratti della SDO di un neonato relativa all'evento della sua nascita ovvero Provenienza del paziente="01"</i>)	Formato: NNNNNNNN Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui: • i primi due identificano l'anno di ricovero; gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura. <i>Questo campo deve essere compilato con valore "99999999" nel caso in cui la madre richieda l'anonimato o il neonato venga dato in adozione.)"</i>	8
	Sesso	Sesso del paziente	N	OBB	Formato: N Valori ammessi: 1 = maschio 2 = femmina 9 = non definito	1
	Data di Nascita	Data di nascita del paziente	AN	OBB	Formato: AAAA-MM-GG La data di Nascita non deve essere successiva alla Data di Ricovero. La differenza tra anno, mese e giorno di nascita e anno, mese e giorno di dimissione non può essere superiore a 125 anni. • Per i ricoveri riferiti all'evento nascita il campo "Provenienza del Paziente" deve essere uguale a "01"	10



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni anagrafiche (segue)	Comune di nascita	Comune di nascita del paziente o, nel caso di paziente nato all'estero, Stato estero di nascita.	AN	OBB	Formato: NNNNNN Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT. In caso di comune o Stato estero cessati, utilizzare il codice ISTAT in uso al momento della nascita (Elenco dei comuni soppressi http://www.istat.it/it/archivio/6789)	6
	Livello di Istruzione	Titolo di studio del paziente al momento del ricovero	N	OBB	Formato: N Valori ammessi: 0 = Nessun titolo 1 = Licenza elementare 2 = Diploma di scuola media inferiore 3 = Diploma di scuola media superiore 4 = Diploma universitario o Laurea breve 5 = Laurea o superiore 9 = Non dichiarato	1
	Stato civile	Stato civile del paziente al momento del ricovero	N	OBB	Formato: N Valori ammessi: 1 = Celibe/Nubile 2 = Coniugato/a 3 = Separato/a 4 = Divorziato/a 5 = Vedovo/a 6 = Non dichiarato	1



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni anagrafiche (segue)	Comune di residenza	Comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, Stato estero di residenza, al momento del ricovero	AN	OBB	<p>Formato: NNNNNN</p> <p>Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.</p> <p>Per i ricoveri riferiti all'evento nascita deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.</p> <p>Per gli stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice del comune di iscrizione al SSN ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla ASL e la Regione di assistenza.</p>	6
	Cittadinanza	Cittadinanza del paziente al momento del ricovero	N	OBB	<p>Formato: NNN</p> <p>Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza è il seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> 100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana; <p>il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dall'ISTAT, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera o sia apolide.</p>	3



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni anagrafiche (segue)	Codice identificativo del paziente	Codice identificativo del paziente al momento del ricovero ²	AN	OBB	<p>Il campo deve avere lunghezza massima di 20 caratteri in input alla procedura di cifratura che produrrà un output di massimo 172 caratteri. Le modalità di alimentazione del presente campo sono descritte nel paragrafo 5.1 Codice identificativo del paziente: modalità di alimentazione</p> <p>Solo per l'anno 2016 per i pellegrini del Giubileo straordinario della misericordia 2015/2016 (Art. 9-decies, c.3 del D.L. enti locali n.78/2015) utilizzare il codice di identificazione a 16 caratteri attribuito dal Ministero della Salute così costituito:</p> <ul style="list-style-type: none"> o i primi 3 caratteri valorizzati sempre con GIU; o i successivi 13 caratteri valorizzati con un progressivo numerico; 	172
	Presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità	Informazione relativa alla presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica	N	FAC	<p>Formato: N</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>0 = Codice identificativo valido (presente in banca dati)</p> <p>1 = Codice identificativo errato (non presente in banca dati)</p> <p>Nella fase transitoria del Sistema SDO il campo non va valorizzato, ma a regime sarà un campo obbligatorio.</p>	1

² Nella fase transitoria del Sistema SDO, le regioni sostituiscono al codice identificativo del paziente un codice cifrato ottenuto applicando al medesimo codice identificativo un algoritmo asimmetrico, a chiave pubblica nota, definito dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della salute, secondo quanto indicato al paragrafo 5.1 del presente documento.



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni anagrafiche (segue)	Tipologia del codice Identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità	Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica	N	FAC	Formato: (N)N Valori ammessi: 0 = Codice fiscale 1 = Codice STP 2 = Codice ENI 3 = Codice TEAM 99 = Codice non presente in banca dati Nella fase transitoria del Sistema SDO il campo non va valorizzato, ma a regime sarà un campo obbligatorio.	2
	Regione di Residenza	La regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente al momento del ricovero	N	OBB	Formato: NNN I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, va indicato il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.	3
	ASL di Residenza	ASL che comprende il comune, o la frazione di comune in cui risiede l'assistito al momento del ricovero	N	OBB	Formato NNN Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della ASL (di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1) utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Questa variabile si compila con 999 per i residenti all'estero, ovvero nel caso in cui la Regione di Residenza sia valorizzata con il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.	3



Specifiche Funzionali



3.7 Struttura XML per il tracciato TRACCIATO B - Informazioni Ricovero

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

Di seguito viene riportato il tracciato record TRACCIATO B - Informazioni Ricovero.

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

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



Specifiche Funzionali



Tracciato	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
B - Informazioni Ricovero (segue)	Diagnosi secondarie	Diagnosi secondarie di dimissione
		Diagnosi secondarie presenti al ricovero
		Stadiazione condensata
		Lateralità
	Intervento principale	Intervento principale
		Intervento principale esterno
		Data intervento principale
		Ora inizio intervento principale
		Identificativo chirurgo intervento principale
		Identificativo anestesista intervento principale
		Check list sala operatoria intervento principale
		Lateralità
	Interventi secondario	Interventi secondari
		Interventi secondari esterni
		Data intervento secondario
		Ora inizio intervento secondario
		Identificativo chirurgo intervento secondario
		Identificativo anestesista intervento secondario
		Check list sala operatoria intervento secondario
		Lateralità
	Informazioni Ricovero	Rilevazione del dolore
		Pressione arteriosa sistolica
		Creatinina serica
		Frazione eiezione

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

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



Specifiche Funzionali



3.7.1 Diagramma struttura XML per TRACCIATO B - Informazioni Ricovero

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

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

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

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



Specifiche Funzionali





Specifiche Funzionali



3.7.2 Tracciato TRACCIATO B - Informazioni Ricovero - Definizione dei Campi

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

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

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

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

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



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Trasmissione	Tipo	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate	A	OBB	<p>FORMATO: A</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>I: Inserimento</p> <p>V: Variazione</p> <p>C: Cancellazione</p> <p>Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione.</p> <p>Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione.</p> <p>Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.</p>	1



Specifiche Funzionali



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



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni Ricovero (segue)	Regime di Ricovero	Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" e "ricovero diurno"	N	OBB	<p>Formato: N</p> <p>Valori ammessi: 1 = Ricovero ordinario 2 = Ricovero diurno</p> <ul style="list-style-type: none"> Il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di tutte le seguenti condizioni: si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato; è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero e non prevede il pernottamento del paziente; fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che per la loro intrinseca complessità o invasività o per il correlato rischio per il paziente non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale. 	1
	Data di Prenotazione	<p>La data di prenotazione esprime la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa.</p> <p>Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.</p>	AN	<p>NBB</p> <p>(obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2 o se Regime di Ricovero = 1 e Tipo Ricovero = 1 o Tipo Ricovero = 4)</p>	<p>Formato: AAAA-MM-GG</p> <p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti.</p> <p>La data di prenotazione deve essere compilata per tutti i ricoveri in regime diurno e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (con "tipo ricovero" valorizzato a "1" - ricovero programmato non urgente, oppure "4" - ricovero programmato con preospedalizzazione)</p> <p>La data di prenotazione deve essere precedente o coincidente con la data di ricovero.</p> <p>In caso di trasferimenti da altri istituti, la data di prenotazione deve coincidere con la data in cui il trasferimento è stato concordato fra i due istituti.</p> <p>La data di prenotazione non si compila per tipo ricovero "5" - parto non urgente.</p>	10



Specifiche Funzionali



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



Specifiche Funzionali



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



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni Ricovero (segue)	Unità operativa di ammissione	L'unità operativa di ammissione individua l'unità operativa presso la quale il paziente viene ricoverato all'accettazione, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa.	N	OBB	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNN</p> <p>Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP.13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).</p> <p>Il codice a 12 caratteri è così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, • i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, • i successivi due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis; se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, utilizzare il codice "00"; • gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati in seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/ disciplina ospedaliera; ✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. ○ Per le case di cura private (modello HSP13) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/ disciplina ospedaliera; ✓ per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00". <p>Per l'evento nascita è ammessa la disciplina 31 (NIDO)</p> <p>Si rimanda all'elenco delle discipline, di cui all'allegato <u>Tabella1</u>: CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.</p>	12



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni Ricovero (segue)	Onere della Degenza	Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero.	AN	OBB	FORMATO = N Valori ammessi: 1 = ricovero a totale carico del SSN; 2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera); 4 = ricovero senza oneri per il SSN; 5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione); 6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera); 7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN; 8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; 9 = altro.	1



Specifiche Funzionali



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



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni Ricovero (segue)	Tipo di ricovero	Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario individua i ricoveri programmati, distinguendoli dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e Provenienza del Paziente <> "01")	FORMATO = N Valori ammessi: 1 = ricovero programmato, non urgente; 2 = ricovero urgente; 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO); 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO devono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione. 5 = parto non urgente Questa variabile non si compila per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita ovvero Provenienza paziente = "01" In caso di trasferimento da altro istituto, il ricovero si intende programmato. Attribuire il valore "2" anche ai parti urgenti e ai pazienti provenienti da OBL.	1
	Traumatismi o Intossicazioni	Informazione che caratterizza la causa del ricovero, quando questo è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89)	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di Ammissione <> 56, 60, 28 e 75)	FORMATO = N Valori ammessi: 1 = infortunio sul lavoro; 2 = infortunio in ambiente domestico; 3 = incidente stradale; 4 = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta); 5 = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto); 9 = altro tipo di incidente o di intossicazione.	1



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni Ricovero (segue)	Codice Esterna Causa	Informazione che caratterizza la causa esterna del traumatismo o dell'intossicazione quando il ricovero è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89).	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 1 e se diagnosi principale 800-904 o 910-995.89 e Disciplina di Ammissione <> 56, 60, 28 e 75))	FORMATO = ENNNN) In tale campo dovrà essere inserito un codice E della Classificazione ICD-9-CM versione correntemente in uso. Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89)	4/5



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Trasferimenti (NB: Possono essere inseriti da 1 a 15 trasferimenti, sia interni che esterni, relativamente ad un singolo ricovero)	Data Trasferimento	La variabile descrive il percorso che il paziente ha seguito durante un singolo ricovero. Si ha un trasferimento quando il paziente viene trasferito da un posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto al posto letto assegnato a una disciplina e/o reparto/ struttura diversi. (senza chiusura della SDO)	AN	NBB (obbligatoria se valorizzata Ora Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e Regime di Ricovero=1)	<p><u>Il set di informazioni (Data, Ora e Unità di trasferimento) è di per sé facoltativo ma in presenza di una sola delle tre informazioni devono essere compilate anche le altre due</u></p> <p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata la Data di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Ora di Trasferimento ed Unità Operativa di Trasferimento</p>	10
	Ora Trasferimento		AN	NBB (obbligatoria se valorizzata Data Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e Regime di Ricovero=1)	<p>Formato: OO:MM</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata l’Ora di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Data di Trasferimento ed Unità Operativa di Trasferimento ■ In presenza di Trasferimenti che hanno stessa Data di Trasferimento verrà inoltre controllato che l’Ora del Trasferimento sia successiva all’Ora del Trasferimento precedente 	5



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Trasferimenti (segue)	Unità Operativa Trasferimento		N	NBB (obbligatoria se valorizzato Data Trasferimento o Ora Trasferimento e Regime di Ricovero=1)	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNN</p> <p>Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche). Il codice a 12 caratteri è così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, • i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, • i successivi due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis; se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, utilizzare il codice "00"; • gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> o Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; ✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. o Per le case di cura private (modello HSP13) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; ✓ per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00". <p>Si rimanda all'elenco delle discipline, di cui all'allegato Tabella1: CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.</p> <p>In Regime di Ricovero=1 (Ordinario) se viene valorizzata l'Unità Operativa di Trasferimento dovranno obbligatoriamente essere valorizzate anche Data di Trasferimento ed Ora di Trasferimento</p>	12



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Dimissione	Unità operativa di dimissione	Indica l'unità operativa presso cui è ricoverato il paziente al momento della dimissione: il campo deve essere sempre compilato, anche nel caso in cui l'unità operativa coincida con l'unità operativa di ammissione o con quella relativa all'ultimo trasferimento interno.	N	OBB	<p>FORMATO = NNNNNNNNNNNN</p> <p>Il campo deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis, HSP.12, HSP13 (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).</p> <p>Il codice a 12 caratteri è così composto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, • i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale, • i successivi due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis; se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, utilizzare il codice "00"; • gli ultimi quattro caratteri devono essere valorizzati nel seguente modo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Per le strutture pubbliche ed equiparate (modello HSP12) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/ disciplina ospedaliera; ✓ gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. ○ Per le case di cura private (modello HSP13) <ul style="list-style-type: none"> ✓ i primi due caratteri identificano la specialità clinica/ disciplina ospedaliera; ✓ per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00". <p>Per l'evento nascita è ammessa la disciplina 31 (NIDO)</p> <p>Si rimanda all'elenco delle discipline, di cui all'allegato Tabella1: CODICI DELLE SPECIALITA' CLINICHE E DELLE DISCIPLINE OSPEDALIERE.</p>	12



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Dimissione (segue)	Data di dimissione o morte	Indica la data di dimissione o di decesso del paziente	AN	OBB	<p>Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG</p> <p>Nel caso di ricovero in regime diurno, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso presso l'istituto di cura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno.</p>	10
	Ora di dimissione o morte	Indica l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora del decesso.	AN	NBB (obbligatoria se valorizzato Regime di Ricovero = 1)	<p>Formato: OO:MM</p> <p>Inserire l'ora riportata nella lettera di dimissione del soggetto ricoverato oppure l'ora di morte.</p>	5



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Dimissione (segue)	Modalità di dimissione	La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso dall'istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.	AN	OBB	FORMATO: NN Valori ammessi: 01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto; 02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente; 03 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) 04 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal d.m. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"; 05 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato); 06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti; 07 = trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura; 08 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione. 09 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI	2
Informazioni Ricovero (segue)	Riscontro autoptico	Individua i pazienti deceduti durante il ricovero per i quali è stata effettuata l'autopsia.	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Modalità di Dimissione = "01")	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = autopsia eseguita 2 = autopsia non eseguita Deve essere compilato se e solo se modalità di dimissione = '01'	1



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni Ricovero (segue)	Motivo del ricovero in regime diurno	Indica se il ricovero in regime diurno è effettuato a scopo diagnostico, chirurgico, terapeutico o riabilitativo.	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2)	<p>FORMATO: N</p> <p>Valori ammessi: 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up) 2 = ricovero diurno chirurgico 3 = ricovero diurno terapeutico 4 = ricovero diurno riabilitativo</p> <p>Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 della variabile "regime di ricovero")</p>	1
	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno	Indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto accessi presso l'istituto di cura nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale in regime diurno	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Regime di Ricovero = 2)	<p>FORMATO: NNN</p> <p>Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre l'anno di inizio del ciclo assistenziale, riportare il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha accessi presso l'istituto di cura fino al 31 dicembre.</p> <p>Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 della variabile "regime di ricovero")</p>	3
	Peso alla nascita	Indica il peso rilevato al momento della nascita e riportato nella scheda di dimissione relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita.	N	NBB (obbligatorio se provenienza del paziente = "01")	<p>FORMATO: NNN</p> <p>Peso rilevato al momento della nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.</p> <p>Va rilevato il peso in grammi</p>	4



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Diagnosi Principale	Diagnosi principale dimissione di	La diagnosi principale di dimissione è la condizione, identificata alla fine del ricovero come la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche.	AN	OBB	<p>FORMATO: ANN(NN)</p> <p>La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 996.30 e non 996.3</p> <p>Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata come principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.</p> <p>La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le schede di dimissione ospedaliera e correttamente codificata utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).</p>	3/5
	Diagnosi principale dimissione presente ricovero di al	Indica se la diagnosi principale rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.	N	OBB	<p>FORMATO: N</p> <p>Valori ammessi:</p> <p>0 = No</p> <p>1 = Sì</p>	1



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Diagnosi Principale (segue)	Lateralità	Ove applicabile specificare se la diagnosi principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
	Stadiazione condensata	Indica lo stadio della neoplasia maligna riportata come diagnosi di dimissione principale (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)	N	NBB <i>(obbligatorio in presenza di diagnosi di dimissione principale identificata dai codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1)</i>	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto	1



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
<p>Diagnosi Secondarie NB: (Possono essere inserite da 1 a 5 diagnosi secondarie)</p>	<p>Diagnosi secondarie di dimissione</p>	<p>Le diagnosi secondarie di dimissione sono quelle condizioni, diverse dalla diagnosi principale, che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.</p>	<p>AN</p>	<p>FAC</p>	<p>FORMATO: ANN(NN) La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 996.30 e non 996.3</p> <p>Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico. Possono essere riportate al massimo cinque diagnosi secondarie, che devono essere correttamente codificate utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).</p>	<p>3/5</p>



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Diagnosi Secondarie (segue)	Diagnosi secondarie presenti al ricovero	Indica se la diagnosi secondaria rilevata alla dimissione era presente anche al momento del ricovero, oppure se è stata individuata attraverso l'anamnesi o diagnosticata successivamente all'ammissione, ma comunque preesistente nel paziente e non insorta durante il ricovero.	N	NBB (obbligatorio per ogni campo di diagnosi secondaria di dimissione compilata)	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1
	Lateralità	Ove applicabile specificare se la diagnosi secondaria si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1



Specifiche Funzionali



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



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Intervento Principale	Intervento Principale	L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero e individuata come quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.)	AN	FAC	<p>FORMATO: NNN(N)</p> <p>La compilazione del campo deve essere effettuata utilizzando obbligatoriamente il codice ICD9CM di maggior dettaglio ad es. 55.91 e non 55.9</p> <p>L'intervento principale è una procedura effettuata nel corso del ricovero individuata secondo i seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in presenza di più procedure chirurgiche, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.); 2. nel caso in cui siano segnalate sia procedure chirurgiche sia procedure diagnostiche o terapeutiche, riportare sempre prima le procedure chirurgiche; 3. in presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche, selezionare e codificare come principale quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse; 4. in caso di parto. <p>L'intervento principale deve essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).</p>	3/4



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Intervento principale (segue)	Intervento principale esterno	Indica se l'intervento principale è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente	N	NBB (obbligatorio se valorizzato <i>Intervento Principale</i>)	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1
	Data intervento principale	Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento principale.	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato <i>Intervento Principale</i>)	Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG	10
	Ora inizio intervento principale	Indica l'ora di inizio dell'intervento principale, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione (così come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2 / 2.7 117 del 14/3/1996).	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato <i>Intervento Principale</i>)	FORMATO: OO:MM Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l'ora di inizio della procedura riportata nel campo "Intervento principale". In presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.	5



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Intervento principale (segue)	Identificativo Chirurgo intervento principale NB: (Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio)	Individua il chirurgo responsabile dell'intervento principale.	AN	NBB (obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ)	Le informazioni di dominio sono dettagliate nel paragrafo <u>5.3</u> Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ) Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio.	88
	Identificativo Anestesista intervento principale	Individua l'anestesista dell'intervento principale.	AN	FAC	Le informazioni di dominio sono dettagliate nel paragrafo <u>5.3</u>	88
	Check List Sala Operatoria intervento principale	Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012	N	NBB (obbligatorio se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ))	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (codice 4 AHRQ) Compilare per tutte le procedure effettuate in sala operatoria	1



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Intervento principale (segue)	Lateralità	Ove applicabile specificare se l'intervento principale si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1
Interventi Secondari NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)	Interventi secondari	Ulteriori procedure oltre all'intervento principale.	AN	FAC	FORMATO: NNN(N) Quando nella cartella clinica sono indicate procedure in numero superiore alle sei previsti dal tracciato record della S.D.O., la scelta delle priorità delle segnalazioni è condotta secondo quanto stabilito nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni rep. atti 64/CSR del 29/06/2010 L'intervento secondario deve essere correttamente codificato utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM, versione correntemente in uso).	3/4
	Interventi secondari esterni	Indicare se l'ulteriore procedura rispetto all'intervento principale è stata effettuata in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quello in cui è ricoverato il paziente	N	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato)	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Interventi Secondari (segue) NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)	Data intervento secondario	Indica la data dell'intervento secondario per ogni campo di intervento compilato.	AN	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato)	Il campo deve essere compilato riempiendo tutti i dieci caratteri previsti, nella forma seguente: AAAA-MM-GG N.B. Per i ricoveri con preospedalizzazione - TIPO_RICOVERO = 4 la data delle procedure eseguite può essere anteriore alla data di ricovero Formato: OO:MM	10
	Ora inizio intervento secondario	Indica l'ora di inizio dell'intervento secondario, intesa come il momento chirurgico che inizia con l'incisione (così come definito nella circolare del Ministero della Sanità n. 900.2 / 2.7 117 del 14/3/1996).	AN	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato)	Nel caso in cui nella stessa seduta operatoria vengano eseguite più procedure chirurgiche, riportare l'ora di inizio della procedura riportata nel campo "Intervento secondario". In presenza di sole procedure diagnostiche o terapeutiche compilare solo per le procedure del gruppo 4 AHRQ.	5



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
	Identificativo Chirurgo intervento secondario NB: (Possono essere inseriti da 1 a 3 identificativi corrispondenti a tre chirurghi riportati nel registro operatorio)	Individua il chirurgo responsabile dell'intervento secondario.	AN	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato di classificazione 4 AHRQ))	Le informazioni di dominio sono dettagliate nel paragrafo <u>5.3</u> Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ) Inserire tutti i chirurghi che hanno partecipato attivamente all'intervento, come risultante dal registro operatorio	88
Interventi Secondari (segue)	Identificativo Anestesista intervento secondario	Individua l'anestesista dell'intervento secondario.	AN	FAC	Le informazioni di dominio sono dettagliate nel paragrafo <u>5.3</u>	88



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
NB: (Possono essere inserite da 1 a 10 ulteriori procedure rispetto all'intervento principale)	Check List Sala Operatoria intervento secondario	Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dall'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome nel documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" del 20 dicembre 2012	N	NBB (obbligatorio per ogni campo di intervento secondario compilato di classificazione 4 AHRQ)	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile Compilare per tutte le procedure "terapeutiche maggiori" come indicato nella classificazione AHRQ (Codice 4 AHRQ) Compilare per tutte le procedure effettuate in sala operatoria	1
	Lateralità	Ove applicabile specificare se l'intervento secondario si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale	AN	FAC	FORMATO: N Valori ammessi: 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale	1



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
Informazioni Ricovero (segue)	Rilevazione del dolore	Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010	N	OBB	FORMATO: N Valori ammessi: 0 = No 1 = Sì	1
	Pressione arteriosa sistolica	Indica il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx)	N	NBB <i>(obbligatorio se presente diagnosi - principale o secondaria - valorizzata con codice ICD9-CM 410.xx).</i>	FORMATO: NNN Riportare il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso.	3



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
B - Informazioni Ricovero (segue)	Creatinina serica	Indica il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL)	N	NBB (obbligatorio se valgono le condizioni specificate nelle informazioni di dominio)	<p>FORMATO: NN,NN</p> <p>Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) valore massimo accettabile 99,99 mg/dL.</p> <p>Il campo deve essere compilato nei seguenti casi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento; 2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx) e pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Indicare il valore della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale; 3) intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento. 	1/5



Specifiche Funzionali



Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di Dominio	Lunghezza campo
B - Informazioni Ricovero (segue)	Frazione di eiezione	Indica la frazione di eiezione pre-operatoria riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento chirurgico di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x).	N	NBB (obbligatorio se rilevato intervento - principale o secondario - valorizzato con codice ICD9-CM 36.1x o 35.1x-35.2x).	FORMATO: NN Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.	2



Specifiche Funzionali



4. Tracciati XML - XSD

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

4.1 Controlli, validazione e invio file

I file in fase di acquisizione dal Ministero della Salute, verranno scartati nel caso non risultino conformi agli schemi XML (di seguito riportati); è consigliabile quindi che gli enti effettuino una validazione preliminare prima di procedere con l'invio. Tale verifica può essere effettuata tramite un validatore che permette di controllare se un documento xml generato in base ad uno schema è ben formato o valido.

Ogni singola informazione nel file, nel caso sia formattata correttamente e valida, ma nei successivi controlli non risulti coerente con le specifiche, verrà trattata secondo le indicazioni riportate nel paragrafo 4.4.3 (Riepilogo controlli e codici anomalie)

4.2 Campi chiave per inserimenti/ variazioni/ cancellazione dei dati trasmessi

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

Tracciato Informazioni Anagrafiche

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

Tracciato Informazioni Ricovero

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

Questo insieme di dati identifica univocamente l'appartenenza delle informazioni trasmesse. Deve essere utilizzato nel caso di Rettifica e di Errore, per identificare in modo univoco il record da aggiornare o da eliminare. Qualora l'errore si riferisca ad uno dei campi di cui sopra non potrà essere rettificato ma annullato e ritrasmesso.

All'interno del tracciato, il campo Tipo Trasmissione individua se si tratta di un primo inserimento (I) o di una variazione (V) o di una cancellazione (C).



La singola chiave non può essere ripetuta all'interno del flusso tranne nel caso di Cancellazione (C) e Inserimento (I), per il quale sono ammessi 2 soli record.



Specifiche Funzionali



Di seguito si riporta uno schema delle sequenze di trasmissione di movimenti ammesse o scartate dal sistema, in riferimento ad un singolo tracciato record:

Legenda	
	Operazione Ammessa
	Operazione NON Ammessa

Tipo Trasmissione	Quando inviarlo	Precondizioni	Cosa Inviare
I - Tipo Trasmissione Inserimento	Per tutte le operazioni di inserimento di record	Il record NON deve essere già presente nella Base Dati.	Tutto il record valorizzato
V - Tipo Trasmissione Variazione*	Da inviare quando si intende modificare uno dei valori del record precedentemente inviato. Tale operazione non può essere effettuata per i campi chiave per i quali è necessario effettuare in sequenza le operazioni di cancellazione e inserimento del nuovo record.	Il record deve essere già presente nella Base Dati (identificato dai campi chiave).	Tutto il record valorizzato
C - Tipo Trasmissione Cancellazione	Da inviare quando si intende eliminare dalla Base Dati un record precedentemente inviato.	Il record deve essere già presente nella Base Dati (identificato dai campi chiave).	Tutto il record valorizzato

* **N.B.:** In alternativa alla trasmissione di una variazione, è possibile effettuare in sequenza la cancellazione del record errato e successivamente l'inserimento del record corretto.



Specifiche Funzionali



Primo Invio	Invio Successivo			Note
	I	V	C	
<i>Nessun Invio precedente</i>	✓	✗	✗	<i>Non è possibile trasmettere variazioni o cancellazioni di record non precedentemente inseriti</i>
<i>I - Tipo Trasmissione Inserimento</i>	✗	✓	✓	<i>Un record trasmesso può essere solo modificato o cancellato</i>
<i>V - Tipo Trasmissione Variazione*</i>	✗	✓	✓	<i>Un record modificato può essere solo nuovamente modificato o cancellato</i>
<i>C - Tipo Trasmissione Cancellazione</i>	✓	✗	✗	<i>Un record annullato può essere solo trasmesso come nuovo inserimento.</i>

4.3 Modalità di invio

L'invio dei dati potrà essere effettuato mediante una fra le seguenti tre modalità alternative:

- d) utilizzando le regole tecniche di cooperazione applicativa del SPC;
- e) utilizzando i servizi applicativi che il sistema mette a disposizione tramite il protocollo sicuro https e secondo le regole per l'autenticazione;
- f) ricorrendo alla autenticazione bilaterale fra sistemi basata su certificati digitali emessi da un'autorità di certificazione ufficiale.

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

Il controllo di corrispondenza tra il numero di schede (record) inviate presenti nel flusso SDO anagrafico ed il numero di schede (record) inviate per il flusso SDO ricoveri viene effettuato bilanciando il numero di schede considerando i seguenti campi: CODICE ISTITUTO DI CURA e NUMERO PPROGRESSIVO DELLA SCHEDA SDO. Le schede (record) che non trovano corrispondenza in entrambi i flussi SDO verranno scartate; le schede (record) che, pur trovando corrispondenza in entrambi i flussi SDO, presentano un valore diverso per il campo Tipo trasmissione verranno scartate; l'esito dello scarto sarà visualizzato attraverso la funzionalità "Monitoraggio elaborazioni dal Sistema di Gestione e Accoglienza Flussi (GAF)"

4.5 Modalità di elaborazione flussi

A parità di Anno, Regione e Periodo:

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



Specifiche Funzionali



- qualora nel corso della settimana per ciascun flusso sia presente più di un invio, sarà elaborato solamente il più recente;
- qualora nel corso della settimana per ciascun flusso sia presente più di un invio, non sarà elaborato alcun flusso se l'invio più recente, per uno dei due flussi, presenta un errore GAF.

N.B. essendo l'elaborazione SDO schedulata nel fine settimana, la "settimana" di riferimento inizia SABATO e si conclude il VENERDI'. Quindi ad esempio l'elaborazione del 6 maggio 2017 prenderà in considerazione i flussi pervenuti nei giorni compresi tra sabato 29 aprile 2017 e venerdì 5 maggio 2017.

Ogni flusso sarà elaborato rispettando l'ordinamento C, I, V del tipo trasmissione a prescindere dall'ordinamento dei record presente nel file xml trasmesso via GAF dalla Regione.



Specifiche Funzionali



4.6 Tracciato A - Informazioni Anagrafiche

4.6.1 Tracciato Informazioni Anagrafiche XML (Esempio)

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<aInformazioniAnagrafiche xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <informazioniAnagrafiche progressivoSDO="16008542" codiceIstitutoDiCura="12090100">
    <tipoTrasmissione>I</tipoTrasmissione>
    <numeroSDOpuerpera>99999999</numeroSDOpuerpera>
    <sexo>2</sexo>
    <dataNascita>2016-03-16</dataNascita>
    <comuneNascita>001001</comuneNascita>
    <livelloIstruzione>0</livelloIstruzione>
    <statoCivile>1</statoCivile>
    <comuneResidenza>001001</comuneResidenza>
    <cittadinanza>100</cittadinanza>
    <identificativoPaziente>hIPwFwcU1DUDqxJodeuhQzCzgG5Y5Rk3WmspJq4rkTyVUC0aDRrIxZN
2jpxj4rbsMVHmv/z22Ok+DZ9g0id0AEL2ft2kQPsBq5wA6FoxHxHs3xIJLE4gZBEwF3CWipaHCH8UJI
fXsePIKcd1kgSDMbZzPNOvEnvsvE8CEIRHyrC=</identificativoPaziente>
    <isIdPazienteInVerVal>0</isIdPazienteInVerVal>
    <tipIdPazienteInVerVal>99</tipIdPazienteInVerVal>
    <regioneResidenza>010</regioneResidenza>
    <aslResidenza>201</aslResidenza>
  </informazioniAnagrafiche>
  <informazioniAnagrafiche progressivoSDO="16008543" codiceIstitutoDiCura="12090100">
    <tipoTrasmissione>C</tipoTrasmissione>
    <numeroSDOpuerpera>99999999</numeroSDOpuerpera>
    <sexo>2</sexo>
    <dataNascita>2016-03-16</dataNascita>
    <comuneNascita>001001</comuneNascita>
    <livelloIstruzione>0</livelloIstruzione>
    <statoCivile>1</statoCivile>
    <comuneResidenza>001001</comuneResidenza>
    <cittadinanza>100</cittadinanza>
    <identificativoPaziente>hIPwFwcU1DUDqxJodeuhQzCzgG5Y5Rk3WmspJq4rkTyVUC0aDRrIxZN
2jpxj4rbsMVHmv/z22Ok+DZ9g0id0AEL2ft2kQPsBq5wA6FoxHxHs3xIJLE4gZBEwF3CWipaHCH8UJI
fXsePIKcd1kgSDMbZzPNOvEnvsvE8CEIRHyrC=</identificativoPaziente>
    <isIdPazienteInVerVal>0</isIdPazienteInVerVal>
    <tipIdPazienteInVerVal>99</tipIdPazienteInVerVal>
    <regioneResidenza>010</regioneResidenza>
    <aslResidenza>201</aslResidenza>
  </informazioniAnagrafiche>
</aInformazioniAnagrafiche>
```

4.6.2 Tracciato Informazioni Anagrafiche XSD

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<xs:schema attributeFormDefault="unqualified" elementFormDefault="qualified"
xmlns:anagSDO="http://www.anagSDO.com/xml-schema-extensions"
xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
```



Specifiche Funzionali



```

<xs:element name="aInformazioniAnagrafiche">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element maxOccurs="unbounded" minOccurs="1" name="informazioniAnagrafiche">
        <xs:complexType>
          <xs:sequence>
            <xs:element name="tipoTrasmissione">
              <xs:annotation>
                <xs:appinfo>
                  <anagSDO:exampleValues>
                    <anagSDO:example value="I"/>
                  </anagSDO:exampleValues>
                </xs:appinfo>
              </xs:annotation>
              <xs:simpleType>
                <xs:restriction base="xs:string">
                  <xs:length value="1"/>
                  <xs:enumeration value="I"/>
                  <xs:enumeration value="C"/>
                  <xs:enumeration value="V"/>
                  <xs:enumeration value="i"/>
                  <xs:enumeration value="c"/>
                  <xs:enumeration value="v"/>
                </xs:restriction>
              </xs:simpleType>
            </xs:element>
            <xs:element minOccurs="0" name="numeroSDOpuerpera">
              <xs:annotation>
                <xs:appinfo>
                  <anagSDO:exampleValues>
                    <anagSDO:example value="16008542"/>
                    <anagSDO:example value="99999999"/>
                  </anagSDO:exampleValues>
                </xs:appinfo>
              </xs:annotation>
              <xs:simpleType>
                <xs:restriction base="xs:string">
                  <xs:length value="8"/>
                </xs:restriction>
              </xs:simpleType>
            </xs:element>
            <xs:element name="sesso">
              <xs:simpleType>
                <xs:restriction base="xs:string">
                  <xs:length value="1"/>
                </xs:restriction>
              </xs:simpleType>
            </xs:element>
            <xs:element name="dataNascita" type="xs:date">
              <xs:annotation>
                <xs:appinfo>

```



Specifiche Funzionali



```

        <anagSDO:exampleValues>
            <anagSDO:example value="2016-03-16"/>
        </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
</xs:annotation>
</xs:element>
<xs:element name="comuneNascita">
    <xs:annotation>
        <xs:appinfo>
            <anagSDO:exampleValues>
                <anagSDO:example value="001001"/>
                <anagSDO:example value="999201"/>
            </anagSDO:exampleValues>
        </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="6"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="livelloIstruzione">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="1"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="statoCivile">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="1"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="comuneResidenza">
    <xs:annotation>
        <xs:appinfo>
            <anagSDO:exampleValues>
                <anagSDO:example value="001001"/>
                <anagSDO:example value="999201"/>
            </anagSDO:exampleValues>
        </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="6"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="cittadinanza">

```



Specifiche Funzionali



```

<xs:annotation>
  <xs:appinfo>
    <anagSDO:exampleValues>
      <anagSDO:example value="100"/>
      <anagSDO:example value="201"/>
      <anagSDO:example value="999"/>
    </anagSDO:exampleValues>
  </xs:appinfo>
</xs:annotation>
<xs:simpleType>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="3"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="identificativoPaziente">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <anagSDO:exampleValues>
        <anagSDO:example value="aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa"/>
        <anagSDO:example
value="dhghasflwRWELFGBZSDNSDGHASvbolas"/>
      </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[a-zA-Z0-9+/=]{172}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element minOccurs="0" name="isIdPazienteInVerVal">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element minOccurs="0" name="tipIdPazienteInVerVal">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:maxLength value="2"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="regioneResidenza">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <anagSDO:exampleValues>
        <anagSDO:example value="010"/>
        <anagSDO:example value="041"/>
      </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>

```



Specifiche Funzionali



```

        <anagSDO:example value="201"/>
      </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="3"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="aslResidenza">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <anagSDO:exampleValues>
        <anagSDO:example value="102"/>
        <anagSDO:example value="201"/>
        <anagSDO:example value="999"/>
      </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="3"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
<xs:attribute name="codiceIstitutoDiCura" use="required">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <anagSDO:exampleValues>
        <anagSDO:example value="12090100"/>
      </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[0-9]{8}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:attribute>
<xs:attribute name="progressivoSDO" use="required">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <anagSDO:exampleValues>
        <anagSDO:example value="16008542"/>
      </anagSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">

```



Specifiche Funzionali



```
<xs:pattern value="[0-9]{8}"/>  
</xs:restriction>  
</xs:simpleType>  
</xs:attribute>  
</xs:complexType>  
</xs:element>  
</xs:sequence>  
</xs:complexType>  
</xs:element>  
</xs:schema>
```



Specifiche Funzionali



4.6.3 Riepilogo controlli e codici anomalia

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

- In rosso i controlli XSD che applicati genereranno lo scarto completo di tutto il file inviato (Errore XSD)
- In blu i controlli ETL che generano uno scarto. In questo caso sono scartati solo i singoli record e, quindi, non acquisiti nel EDW. Il file scarti ETL è disponibile nell'apposita area "monitoraggio invio flussi" del GAF.
- In verde i controlli ETL che genereranno un'anomalia. In questo caso il record sarà comunque acquisito dal sistema e rappresentato all'interno della sezione "monitoraggio caricamenti" del Cruscotto NSIS.

TRACCIATO A - Informazioni Anagrafiche

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Tipo		Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : "I" o "i" = Inserimento "V" o "v" = Variazione "C" o "c" = Cancellazione
	1904	chiave del record già presente in un precedente invio	In caso di inserimento (Tipo = I), chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) già presente in un precedente invio
	1907	chiave del record non presente in tabella per una variazione o una cancellazione	In caso di variazione o cancellazione (Tipo=V o Tipo=C) chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) non presente in un precedente invio
	1909	chiave presente in entrambi i flussi con tipo trasmissione diversa	Nel caso che una chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) sia presente sia presente in entrambi i flussi ma con tipo trasmissione diverso
Codice istituto di cura		mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1902	Incongruenza tra regione inviante e codice istituto di cura dichiarato	i primi 3 caratteri del Codice istituto di cura che indicano il "codice regione" sono diversi dal codice della regione inviante i dati.
	1904	chiave del record già presente in un precedente invio	In caso di inserimento (Tipo=I), chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) già presente in un precedente invio
	1907	chiave del record non presente in tabella per una variazione o una cancellazione	In caso di variazione o cancellazione (Tipo=V o Tipo=C) chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) non presente in un precedente invio
	1300	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo chiave.	Il valore inserito e controllato non è presente in anagrafica strutture da flussi HSP.11, HSP.11bis
		mancata valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Numero progressivo scheda SDO		Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza è diversa da 8 caratteri
	1904	chiave del record già presente in un precedente invio	In caso di inserimento (Tipo=I), chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) già presente in un precedente invio
	1907	chiave del record non presente in tabella per una variazione o una cancellazione	In caso di variazione o cancellazione (Tipo=V o Tipo=C) chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) non presente in un precedente invio
	1908	scarto per chiave duplicata nel singolo flusso	La singola chiave non può essere ripetuta all'interno del flusso tranne nel caso di Cancellazione (C) e Inserimento (I), per il quale sono ammessi 2 soli record
	1910	sbilanciamento: chiave non presente in entrambi i flussi	Le schede (record) che non trovano corrispondenza in entrambi i flussi SDO verranno scartate
Numero progressivo scheda SDO della puerpera	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Numero progressivo della scheda SDO della puerpera" non valorizzato quando Provenienza del Paziente = "01" (Evento nascita)
	1303	Errata valorizzazione di un campo obbligatorio	"Numero progressivo della scheda SDO della puerpera" è <> da "99999999" e inesistente nella base dati SDO
	1305	Incongruenza con Tipo di Ricovero nella scheda SDO della puerpera	La scheda SDO della madre riporta in Tipo Ricovero valori <> da 1 o 2 o 4 o 5
Sesso		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1=Maschio 2=Femmina 9 = non definito
Data di Nascita		Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1306	Data nascita successiva alla Data Ricovero	Data nascita > Data ricovero
	1307	Data di nascita non congruente	La differenza tra anno, mese e giorno di nascita e anno, mese e giorno di dimissione è superiore a 124 anni..
	1308	Data di nascita non congruente con Data di Ricovero e/o Dimissione della madre	Se "Provenienza Paziente"="01" e "Numero progressivo scheda SDO della puerpera" <> "99999999" allora "Data di nascita" (del neonato) non è ricompresa tra la "Data di ricovero" e la "Data di dimissione o morte" contenute nella scheda SDO della madre
	1309	Data di nascita non coerente con Provenienza del paziente	<ul style="list-style-type: none"> Provenienza del paziente = "01" e Data di nascita <> Data Ricovero Oppure (OR) <ul style="list-style-type: none"> Data di nascita = Data Ricovero e "Provenienza del paziente" diversa da uno dei seguenti valori: <ul style="list-style-type: none"> 01 = ricovero al momento della nascita



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico ▪ 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato ▪ 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato ▪ 08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura
Comune di nascita		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i residenti in Italia il codice non è secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Per i residenti all'estero non è rispettata la corretta modalità di compilazione che è '999SSS' dove 'SSS' è il codice stato estero ISTAT.
Livello di Istruzione		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 0 = Nessun titolo 1 = Licenza elementare 2 = Diploma di scuola media inferiore 3 = Diploma di scuola media superiore 4 = Diploma universitario o Laurea breve 5 = Laurea o superiore 9 = Non dichiarato
Stato civile		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Celibe/Nubile 2 = Coniugato/a 3 = Separato/a 4 = Divorziato/a 5 = Vedovo/a 6 = Non dichiarato
Comune di residenza		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i residenti in Italia il codice non è secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Per i residenti all'estero non è rispettata la corretta modalità di compilazione che è '999SSS' dove 'SSS' è il codice stato estero ISTAT.



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	1310	Errata compilazione del Comune di Residenza per i residenti in territorio estero	il codice è stato erroneamente compilato 'SSS999'. (Si applica solo per i comuni di residenza esteri e viene automaticamente riportato nella forma '999SSS')
Cittadinanza		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi (Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza deve essere: <ul style="list-style-type: none"> • 100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana; • il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dall'ISTAT, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera o sia apolide.)
Cittadinanza (segue)	1311	Cittadinanza incongruente con Tipologia del codice identificativo assistito nella banca dati di verifica validità	Cittadinanza = 100 (italiana) e "Tipologia del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità" = 1 o 2 o 3
Codice identificativo del paziente		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1353	Codice identificativo del paziente non valido	Codice identificativo del paziente non valido
Presenza del codice identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi Previsto per utilizzo futuro, all'applicazione delle procedure di cui all'articolo 6, comma 1 del citato decreto. 0 = codice identificativo valido 1 = codice identificativo errato
Tipologia del codice Identificativo dell'assistito nella banca dati di verifica validità	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi Previsto per utilizzo futuro, all'applicazione delle procedure di cui all'articolo 6, comma 1 del citato decreto. 0 = Codice fiscale 1 = Codice STP 2 = Codice ENI 3 = Codice TEAM 99 = Codice non presente in banca dati
Regione di Residenza		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i residenti in Italia: I valori ammessi sono diversi da quelli a tre caratteri definiti con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Per i residenti all'estero: non è stato indicato il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.
	20074	Incongruenza tra Regione Residenza e Comune Residenza	SE il campo "comune di residenza" è valido e il codice regione di residenza non corrisponde alla regione di appartenenza del comune italiano, oppure non corrisponde allo stato estero indicato nel campo "comune di residenza" ("999SSS"); SE il campo "comune di residenza" è errato o non compilato, la regione di residenza si considera valida solo se appartiene alla tabella di riferimento;
		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
ASL di Residenza	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Per i residenti in Italia: Il campo non è valorizzato con i codici a tre caratteri della ASL (di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche - Anagrafica MRA fase 1) utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Per i residenti all'estero: La ASL di Residenza non è stata compilata con "999"
	10160	Codice ASL di residenza del paziente non verificabile a causa del codice regione di residenza non valido	Se regione di residenza risulta non appartenente alla tabella di dominio oppure risulta incongruente con comune di residenza;
	10163	Codice ASL di residenza incongruente con comune di residenza	Se codice ASL non corrisponde ad ASL di appartenenza del comune di residenza, così come ricavato da tabella corrispondenza comuni-ASL di MRA



Specifiche Funzionali



4.7 Tracciato B - Informazioni Ricovero

4.7.1 Tracciato Informazioni Ricovero XML (Esempio)

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<bInformazioniRicovero xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <informazioniRicovero codiceIstitutoDiCura="12090100" progressivoSDO="16008542">
    <tipoTrasmissione>I</tipoTrasmissione>
    <regimeRicovero>2</regimeRicovero>
    <dataPrenotazione>2016-02-01</dataPrenotazione>
    <classePriorita>C</classePriorita>
    <dataRicovero>2016-03-17</dataRicovero>
    <oraRicovero>21:46</oraRicovero>
    <unitaOperativaAmmissione>120901000201</unitaOperativaAmmissione>
    <onereDegenza>4</onereDegenza>
    <provenienzaPaziente>11</provenienzaPaziente>
    <tipoRicovero>3</tipoRicovero>
    <traumatismiIntossicazioni>4</traumatismiIntossicazioni>
    <codiceCausaEsterna>E9538</codiceCausaEsterna>
    <Trasferimenti>
      <dataTrasferimento>2017-04-19</dataTrasferimento>
      <oraTrasferimento>16:15</oraTrasferimento>
      <unitaTrasferimento>99999999999</unitaTrasferimento>
    </Trasferimenti>
    <Trasferimenti>
      <dataTrasferimento>2016-03-18</dataTrasferimento>
      <oraTrasferimento>15:15</oraTrasferimento>
      <unitaTrasferimento>120901000652</unitaTrasferimento>
    </Trasferimenti>
    <dimissione>
      <unitaOperativaDimissione>120901000201</unitaOperativaDimissione>
      <dataDimissioneMorte>2016-03-25</dataDimissioneMorte>
      <oraDimissioneMorte>16:25</oraDimissioneMorte>
      <modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
    </dimissione>
    <riscontroAutoptico>2</riscontroAutoptico>
    <motivoRicoveroRegimeDiurno>3</motivoRicoveroRegimeDiurno>
    <numGiornateRicoveroDiurno>1</numGiornateRicoveroDiurno>
    <pesoNascita>1523</pesoNascita>
    <diagnosiPrincipale>
      <diagnosiPrincipaleDimissione>V181</diagnosiPrincipaleDimissione>
      <diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>
      <Lateralita>1</Lateralita>
      <stadiazioneCondensata>4</stadiazioneCondensata>
    </diagnosiPrincipale>
    <diagnosiSecondarie>
      <diagnosiSecondarieDimissione>V25</diagnosiSecondarieDimissione>
      <diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>0</diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>
      <Lateralita>3</Lateralita>
      <stadiazioneCondensata>7</stadiazioneCondensata>
  </informazioniRicovero>
</bInformazioniRicovero>

```



Specifiche Funzionali



```

</diagnosiSecondarie>
<interventoPrincipale>
  <interventoPrincipale>002</interventoPrincipale>
  <interventoPrincipaleEsterno>1</interventoPrincipaleEsterno>
  <dataInterventoPrincipale>2016-03-21</dataInterventoPrincipale>
  <oraInterventoPrincipale>15:06</oraInterventoPrincipale>
  <chirurgoInterventoPrincipale>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,`à`è`=</chirurgoInterventoPrincipale>
  <anestesistaInterventoPrincipale>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,`à`è`=</anestesistaInterventoPrincipale>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>1</ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</interventoPrincipale>
<interventiSecondari>
  <interventiSecondari>534</interventiSecondari>
  <interventiSecondariEsterni>1</interventiSecondariEsterni>
  <dataInterventoSecondario>2016-03-22</dataInterventoSecondario>
  <oraInizioInterventoSecondario>18:29</oraInizioInterventoSecondario>
  <chirurgoInterventoSecondario>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,`à`è`=</chirurgoInterventoSecondario>
  <anestesistaInterventoSecondario>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,`à`è`=</anestesistaInterventoSecondario>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>0</ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>
  <Lateralita>3</Lateralita>
</interventiSecondari>
<rilevazioneDolore>1</rilevazioneDolore>
<pressioneArteriosaSistolica>85</pressioneArteriosaSistolica>
<creatininaSerica>00.98</creatininaSerica>
<frazioneEiezione>96</frazioneEiezione>
</informazioniRicovery>
<informazioniRicovery codiceIstitutoDiCura="12090100" progressivoSDO="16008543">
  <tipoTrasmissione>C</tipoTrasmissione>
  <regimeRicovery>2</regimeRicovery>
  <dataPrenotazione>2016-02-01</dataPrenotazione>
  <classePriorita>C</classePriorita>
  <dataRicovery>2016-03-17</dataRicovery>
  <oraRicovery>21:46</oraRicovery>
  <unitaOperativaAmmissione>120901000201</unitaOperativaAmmissione>
  <onereDegenza>4</onereDegenza>
  <provenienzaPaziente>11</provenienzaPaziente>
  <tipoRicovery>3</tipoRicovery>
  <traumatismiIntossicazioni>4</traumatismiIntossicazioni>
  <codiceCausaEsterna>E9538</codiceCausaEsterna>
  <Trasferimenti>
    <dataTrasferimento>2017-04-19</dataTrasferimento>
    <oraTrasferimento>16:15</oraTrasferimento>
    <unitaTrasferimento>999999999999</unitaTrasferimento>
  </Trasferimenti>
  <Trasferimenti>
    <dataTrasferimento>2016-03-18</dataTrasferimento>
    <oraTrasferimento>15:15</oraTrasferimento>

```



Specifiche Funzionali



```

<unitaTrasferimento>120901000652</unitaTrasferimento>
</Trasferimenti>
<dimissione>
  <unitaOperativaDimissione>120901000201</unitaOperativaDimissione>
  <dataDimissioneMorte>2016-03-25</dataDimissioneMorte>
  <oraDimissioneMorte>16:25</oraDimissioneMorte>
  <modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
</dimissione>
<riscontroAutoptico>2</riscontroAutoptico>
<motivoRicoveroRegimeDiurno>3</motivoRicoveroRegimeDiurno>
<numGiornateRicoveroDiurno>1</numGiornateRicoveroDiurno>
<pesoNascita>1523</pesoNascita>
<diagnosiPrincipale>
  <diagnosiPrincipaleDimissione>V181</diagnosiPrincipaleDimissione>
  <diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>
  <Lateralita>1</Lateralita>
  <stadiazioneCondensata>4</stadiazioneCondensata>
</diagnosiPrincipale>
<diagnosiSecondarie>
  <diagnosiSecondarieDimissione>V25</diagnosiSecondarieDimissione>
  <diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>0</diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>
  <Lateralita>3</Lateralita>
  <stadiazioneCondensata>7</stadiazioneCondensata>
</diagnosiSecondarie>
<interventoPrincipale>
  <interventoPrincipale>002</interventoPrincipale>
  <interventoPrincipaleEsterno>1</interventoPrincipaleEsterno>
  <dataInterventoPrincipale>2016-03-21</dataInterventoPrincipale>
  <oraInterventoPrincipale>15:06</oraInterventoPrincipale>
  <chirurgoInterventoPrincipale>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD, .ààè=</chirurgoInterventoPrincipale>
  <anestesistaInterventoPrincipale>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD, .ààè=</anestesistaInterventoPrincipale>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>1</ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</interventoPrincipale>
<interventiSecondari>
  <interventiSecondari>534</interventiSecondari>
  <interventiSecondariEsterni>1</interventiSecondariEsterni>
  <dataInterventoSecondario>2016-03-22</dataInterventoSecondario>
  <oraInizioInterventoSecondario>18:29</oraInizioInterventoSecondario>
  <chirurgoInterventoSecondario>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD, .ààè=</chirurgoInterventoSecondario>
  <anestesistaInterventoSecondario>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD, .ààè=</anestesistaInterventoSecondario>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>0</ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>
  <Lateralita>3</Lateralita>
</interventiSecondari>
<rilevazioneDolore>1</rilevazioneDolore>
<pressioneArteriosaSistolica>85</pressioneArteriosaSistolica>
<creatininaSerica>00.98</creatininaSerica>

```



Specifiche Funzionali



```

<frazioneEiezione>96</frazioneEiezione>
</informazioniRicovero>
<informazioniRicovero codiceIstitutoDiCura="12090100" progressivoSDO="16008544">
  <tipoTrasmissione>I</tipoTrasmissione>
  <regimeRicovero>2</regimeRicovero>
  <dataPrenotazione>2016-02-01</dataPrenotazione>
  <classePriorita>C</classePriorita>
  <dataRicovero>2016-03-17</dataRicovero>
  <oraRicovero>21:46</oraRicovero>
  <unitaOperativaAmmissione>120901000201</unitaOperativaAmmissione>
  <onereDegenza>4</onereDegenza>
  <provenienzaPaziente>11</provenienzaPaziente>
  <tipoRicovero>3</tipoRicovero>
  <traumatismiIntossicazioni>4</traumatismiIntossicazioni>
  <codiceCausaEsterna>E9538</codiceCausaEsterna>
  <Trasferimenti>
    <dataTrasferimento>2017-04-19</dataTrasferimento>
    <oraTrasferimento>16:15</oraTrasferimento>
    <unitaTrasferimento>999999999999</unitaTrasferimento>
  </Trasferimenti>
  <Trasferimenti>
    <dataTrasferimento>2016-03-18</dataTrasferimento>
    <oraTrasferimento>15:15</oraTrasferimento>
    <unitaTrasferimento>120901000652</unitaTrasferimento>
  </Trasferimenti>
  <dimissione>
    <unitaOperativaDimissione>120901000201</unitaOperativaDimissione>
    <dataDimissioneMorte>2016-03-25</dataDimissioneMorte>
    <oraDimissioneMorte>16:25</oraDimissioneMorte>
    <modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
  </dimissione>
  <riscontroAutoptico>2</riscontroAutoptico>
  <motivoRicoveroRegimeDiurno>3</motivoRicoveroRegimeDiurno>
  <numGiornateRicoveroDiurno>1</numGiornateRicoveroDiurno>
  <pesoNascita>1523</pesoNascita>
  <diagnosiPrincipale>
    <diagnosiPrincipaleDimissione>V181</diagnosiPrincipaleDimissione>
    <diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>
    <Lateralita>1</Lateralita>
    <stadiazioneCondensata>4</stadiazioneCondensata>
  </diagnosiPrincipale>
  <diagnosiSecondarie>
    <diagnosiSecondarieDimissione>V25</diagnosiSecondarieDimissione>
    <diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>0</diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>
    <Lateralita>3</Lateralita>
    <stadiazioneCondensata>7</stadiazioneCondensata>
  </diagnosiSecondarie>
  <interventoPrincipale>
    <interventoPrincipale>002</interventoPrincipale>
    <interventoPrincipaleEsterno>1</interventoPrincipaleEsterno>
    <dataInterventoPrincipale>2016-03-21</dataInterventoPrincipale>

```




Specifiche Funzionali



```

<oraInterventoPrincipale>15:06</oraInterventoPrincipale>
<chirurgoInterventoPrincipale>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,ààè=</chirurgoInterventoPrincipale>
<anestesistaInterventoPrincipale>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,ààè=</anestesistaInterventoPrincipale>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>1</ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</interventoPrincipale>
<interventiSecondari>
  <interventiSecondari>534</interventiSecondari>
  <interventiSecondariEsterni>1</interventiSecondariEsterni>
  <dataInterventoSecondario>2016-03-22</dataInterventoSecondario>
  <oraInizioInterventoSecondario>18:29</oraInizioInterventoSecondario>

<chirurgoInterventoSecondario>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,ààè=</chirurgoInterventoSecondario>
<anestesistaInterventoSecondario>uioplkhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,ààè=</anestesistaInterventoSecondario>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>0</ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>
  <Lateralita>3</Lateralita>
</interventiSecondari>
  <rilevazioneDolore>1</rilevazioneDolore>
  <pressioneArteriosaSistolica>85</pressioneArteriosaSistolica>
  <creatininaSerica>00.98</creatininaSerica>
  <frazioneEiezione>96</frazioneEiezione>
</informazioniRicovero>
<informazioniRicovero codiceIstitutoDiCura="12090100" progressivoSDO="16008545">
  <tipoTrasmissione>V</tipoTrasmissione>
  <regimeRicovero>2</regimeRicovero>
  <dataPrenotazione>2016-02-01</dataPrenotazione>
  <classePriorita>C</classePriorita>
  <dataRicovero>2016-03-17</dataRicovero>
  <oraRicovero>21:46</oraRicovero>
  <unitaOperativaAmmissione>120901000201</unitaOperativaAmmissione>
  <onereDegenza>4</onereDegenza>
  <provenienzaPaziente>11</provenienzaPaziente>
  <tipoRicovero>3</tipoRicovero>
  <traumatismiIntossicazioni>4</traumatismiIntossicazioni>
  <codiceCausaEsterna>E9538</codiceCausaEsterna>
  <Trasferimenti>
    <dataTrasferimento>2017-04-19</dataTrasferimento>
    <oraTrasferimento>16:15</oraTrasferimento>
    <unitaTrasferimento>99999999999</unitaTrasferimento>
  </Trasferimenti>
  <Trasferimenti>
    <dataTrasferimento>2016-03-18</dataTrasferimento>
    <oraTrasferimento>15:15</oraTrasferimento>
    <unitaTrasferimento>120901000652</unitaTrasferimento>
  </Trasferimenti>
  <dimissione>
    <unitaOperativaDimissione>120901000201</unitaOperativaDimissione>

```



Specifiche Funzionali



```

<dataDimissioneMorte>2016-03-25</dataDimissioneMorte>
<oraDimissioneMorte>16:25</oraDimissioneMorte>
<modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
</dimissione>
<riscontroAutoptico>2</riscontroAutoptico>
<motivoRicoveroRegimeDiurno>3</motivoRicoveroRegimeDiurno>
<numGiornateRicoveroDiurno>1</numGiornateRicoveroDiurno>
<pesoNascita>1523</pesoNascita>
<diagnosiPrincipale>
  <diagnosiPrincipaleDimissione>V181</diagnosiPrincipaleDimissione>
  <diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>
  <Lateralita>1</Lateralita>
  <stadiazioneCondensata>4</stadiazioneCondensata>
</diagnosiPrincipale>
<diagnosiSecondarie>
  <diagnosiSecondarieDimissione>V25</diagnosiSecondarieDimissione>
  <diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>0</diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>
  <Lateralita>3</Lateralita>
  <stadiazioneCondensata>7</stadiazioneCondensata>
</diagnosiSecondarie>
<interventoPrincipale>
  <interventoPrincipale>002</interventoPrincipale>
  <interventoPrincipaleEsterno>1</interventoPrincipaleEsterno>
  <dataInterventoPrincipale>2016-03-21</dataInterventoPrincipale>
  <oraInterventoPrincipale>15:06</oraInterventoPrincipale>
  <chirurgoInterventoPrincipale>uioplkjhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,.dàèì=</chirurgoInterventoPrincipale>
  <anestesistaInterventoPrincipale>uioplkjhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,.dàèì=</anestesistaInterventoPrincipale>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>1</ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</interventoPrincipale>
<interventiSecondari>
  <interventiSecondari>534</interventiSecondari>
  <interventiSecondariEsterni>1</interventiSecondariEsterni>
  <dataInterventoSecondario>2016-03-22</dataInterventoSecondario>
  <oraInizioInterventoSecondario>18:29</oraInizioInterventoSecondario>
  <chirurgoInterventoSecondario>uioplkjhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,.dàèì=</chirurgoInterventoSecondario>
  <anestesistaInterventoSecondario>uioplkjhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,.dàèì=</anestesistaInterventoSecondario>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>0</ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>
  <Lateralita>3</Lateralita>
</interventiSecondari>
<rilevazioneDolore>1</rilevazioneDolore>
<pressioneArteriosaSistolica>85</pressioneArteriosaSistolica>
<creatininaSerica>00.98</creatininaSerica>
<frazioneEiezione>96</frazioneEiezione>
</informazioniRicovero>
<informazioniRicovero codiceIstitutoDiCura="12090100" progressivoSDO="16008546">
  <tipoTrasmissione>V</tipoTrasmissione>

```



Specifiche Funzionali



```

<regimeRicovery>2</regimeRicovery>
<dataPrenotazione>2016-02-01</dataPrenotazione>
<classePriorita>C</classePriorita>
<dataRicovery>2016-03-17</dataRicovery>
<oraRicovery>21:46</oraRicovery>
<unitaOperativaAmmissione>120901000201</unitaOperativaAmmissione>
<onereDegenza>4</onereDegenza>
<provenienzaPaziente>11</provenienzaPaziente>
<tipoRicovery>3</tipoRicovery>
<traumatismiIntossicazioni>4</traumatismiIntossicazioni>
<codiceCausaEsterna>E9538</codiceCausaEsterna>
<Trasferimenti>
  <dataTrasferimento>2017-04-19</dataTrasferimento>
  <oraTrasferimento>16:15</oraTrasferimento>
  <unitaTrasferimento>999999999999</unitaTrasferimento>
</Trasferimenti>
<Trasferimenti>
  <dataTrasferimento>2016-03-18</dataTrasferimento>
  <oraTrasferimento>15:15</oraTrasferimento>
  <unitaTrasferimento>120901000652</unitaTrasferimento>
</Trasferimenti>
<dimissione>
  <unitaOperativaDimissione>120901000201</unitaOperativaDimissione>
  <dataDimissioneMorte>2016-03-25</dataDimissioneMorte>
  <oraDimissioneMorte>16:25</oraDimissioneMorte>
  <modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
</dimissione>
<riscontroAutoptico>2</riscontroAutoptico>
<motivoRicoveryRegimeDiurno>3</motivoRicoveryRegimeDiurno>
<numGiornateRicoveryDiurno>1</numGiornateRicoveryDiurno>
<pesoNascita>1523</pesoNascita>
<diagnosiPrincipale>
  <diagnosiPrincipaleDimissione>V181</diagnosiPrincipaleDimissione>
  <diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovery>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovery>
  <Lateralita>1</Lateralita>
  <stadiazioneCondensata>4</stadiazioneCondensata>
</diagnosiPrincipale>
<diagnosiSecondarie>
  <diagnosiSecondarieDimissione>V25</diagnosiSecondarieDimissione>
  <diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovery>0</diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovery>
  <Lateralita>3</Lateralita>
  <stadiazioneCondensata>7</stadiazioneCondensata>
</diagnosiSecondarie>
<interventoPrincipale>
  <interventoPrincipale>002</interventoPrincipale>
  <interventoPrincipaleEsterno>1</interventoPrincipaleEsterno>
  <dataInterventoPrincipale>2016-03-21</dataInterventoPrincipale>
  <oraInterventoPrincipale>15:06</oraInterventoPrincipale>
  <chirurgoInterventoPrincipale>uioplkjhgfdaszcvcbnmDFDFDFDFDFDDDFDDFD,,dàèì=</chirurgoInterventoPrincipale>
  <interventoPrincipale>

```



Specifiche Funzionali



```

<anestesistaInterventoPrincipale>uioplkljhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,`à`è`=`</anestesistaInterventoPrincipale>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>1</ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</interventoPrincipale>
<interventiSecondari>
  <interventiSecondari>534</interventiSecondari>
  <interventiSecondariEsterni>1</interventiSecondariEsterni>
  <dataInterventoSecondario>2016-03-22</dataInterventoSecondario>
  <oraInizioInterventoSecondario>18:29</oraInizioInterventoSecondario>
<chirurgoInterventoSecondario>uioplkljhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,`à`è`=`</chirurgoInterventoSecondario>
<anestesistaInterventoSecondario>uioplkljhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,`à`è`=`</anestesistaInterventoSecondario>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>0</ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>
  <Lateralita>3</Lateralita>
</interventiSecondari>
<rilevazioneDolore>1</rilevazioneDolore>
<pressioneArteriosaSistolica>85</pressioneArteriosaSistolica>
<creatininaSerica>00.98</creatininaSerica>
<frazioneEiezione>96</frazioneEiezione>
</informazioniRicovero>
<informazioniRicovero codiceIstitutoDiCura="12090100" progressivoSDO="16008547">
  <tipoTrasmissione>C</tipoTrasmissione>
  <regimeRicovero>2</regimeRicovero>
  <dataPrenotazione>2016-02-01</dataPrenotazione>
  <classePriorita>C</classePriorita>
  <dataRicovero>2016-03-17</dataRicovero>
  <oraRicovero>21:46</oraRicovero>
  <unitaOperativaAmmissione>120901000201</unitaOperativaAmmissione>
  <onereDegenza>4</onereDegenza>
  <provenienzaPaziente>11</provenienzaPaziente>
  <tipoRicovero>3</tipoRicovero>
  <traumatismiIntossicazioni>4</traumatismiIntossicazioni>
  <codiceCausaEsterna>E9538</codiceCausaEsterna>
  <Trasferimenti>
    <dataTrasferimento>2017-04-19</dataTrasferimento>
    <oraTrasferimento>16:15</oraTrasferimento>
    <unitaTrasferimento>99999999999</unitaTrasferimento>
  </Trasferimenti>
  <Trasferimenti>
    <dataTrasferimento>2016-03-18</dataTrasferimento>
    <oraTrasferimento>15:15</oraTrasferimento>
    <unitaTrasferimento>120901000652</unitaTrasferimento>
  </Trasferimenti>
</dimissione>
  <unitaOperativaDimissione>120901000201</unitaOperativaDimissione>
  <dataDimissioneMorte>2016-03-25</dataDimissioneMorte>
  <oraDimissioneMorte>16:25</oraDimissioneMorte>
  <modalitaDimissione>02</modalitaDimissione>
</dimissione>

```



Specifiche Funzionali



```

<riscontroAutoptico>2</riscontroAutoptico>
<motivoRicoveroRegimeDiurno>3</motivoRicoveroRegimeDiurno>
<numGiornateRicoveroDiurno>1</numGiornateRicoveroDiurno>
<pesoNascita>1523</pesoNascita>
<diagnosiPrincipale>
  <diagnosiPrincipaleDimissione>V181</diagnosiPrincipaleDimissione>
  <diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>1</diagnosiPrincipaleDimissioneAIRicovero>
  <Lateralita>1</Lateralita>
  <stadiazioneCondensata>4</stadiazioneCondensata>
</diagnosiPrincipale>
<diagnosiSecondarie>
  <diagnosiSecondarieDimissione>V25</diagnosiSecondarieDimissione>
  <diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>0</diagnosiSecondarieDimissioneAIRicovero>
  <Lateralita>3</Lateralita>
  <stadiazioneCondensata>7</stadiazioneCondensata>
</diagnosiSecondarie>
<interventoPrincipale>
  <interventoPrincipale>002</interventoPrincipale>
  <interventoPrincipaleEsterno>1</interventoPrincipaleEsterno>
  <dataInterventoPrincipale>2016-03-21</dataInterventoPrincipale>
  <oraInterventoPrincipale>15:06</oraInterventoPrincipale>
  <chirurgoInterventoPrincipale>uioplkjhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,`à`è`ì`=</chirurgoInterventoPrincipale>
  <anestesistaInterventoPrincipale>uioplkjhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,`à`è`ì`=</anestesistaInterventoPrincipale>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>1</ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale>
  <Lateralita>2</Lateralita>
</interventoPrincipale>
<interventiSecondari>
  <interventiSecondari>534</interventiSecondari>
  <interventiSecondariEsterni>1</interventiSecondariEsterni>
  <dataInterventoSecondario>2016-03-22</dataInterventoSecondario>
  <oraInizioInterventoSecondario>18:29</oraInizioInterventoSecondario>

  <chirurgoInterventoSecondario>uioplkjhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,`à`è`ì`=</chirurgoInterventoSecondario>
  <anestesistaInterventoSecondario>uioplkjhgfdasazxcvbnmDFDFDFDFDFDDFDDFD,`à`è`ì`=</anestesistaInterventoSecondario>
  <ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>0</ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario>
  <Lateralita>3</Lateralita>
</interventiSecondari>
<rilevazioneDolore>1</rilevazioneDolore>
<pressioneArteriosaSistolica>85</pressioneArteriosaSistolica>
<creatininaSerica>00.98</creatininaSerica>
<frazioneEiezione>96</frazioneEiezione>
</informazioniRicovero>
</bInformazioniRicovero>

```

4.7.2 Tracciato Informazioni Ricovero XSD

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
```



Specifiche Funzionali



```

<xs:schema xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema"
xmlns:RicSDO="http://www.RicSDO.com/xml-schema-extensions" elementFormDefault="qualified"
attributeFormDefault="unqualified">
  <xs:element name="bInformazioniRicovero">
    <xs:complexType>
      <xs:sequence>
        <xs:element name="informazioniRicovero" minOccurs="1" maxOccurs="unbounded">
          <xs:complexType>
            <xs:sequence>
              <xs:element name="tipoTrasmissione">
                <xs:annotation>
                  <xs:appinfo>
                    <RicSDO:exampleValues>
                      <RicSDO:example value="I"/>
                    </RicSDO:exampleValues>
                  </xs:appinfo>
                </xs:annotation>
                <xs:simpleType>
                  <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:length value="1"/>
                    <xs:enumeration value="I"/>
                    <xs:enumeration value="C"/>
                    <xs:enumeration value="V"/>
                    <xs:enumeration value="i"/>
                    <xs:enumeration value="c"/>
                    <xs:enumeration value="v"/>
                  </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
              </xs:element>
              <xs:element name="regimeRicovero">
                <xs:simpleType>
                  <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:length value="1"/>
                  </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
              </xs:element>
              <xs:element name="dataPrenotazione" minOccurs="0">
                <xs:annotation>
                  <xs:appinfo>
                    <RicSDO:exampleValues>
                      <RicSDO:example value="2016-02-01"/>
                    </RicSDO:exampleValues>
                  </xs:appinfo>
                </xs:annotation>
                <xs:simpleType>
                  <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:length value="10"/>
                  </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
              </xs:element>
              <xs:element name="classePriorita" minOccurs="0">

```



Specifiche Funzionali



```

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

```



Specifiche Funzionali



```

<xs:simpleType>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="2"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="tipoRicovero" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="traumatismiIntossicazioni" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="codiceCausaEsterna" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="E853"/>
        <RicSDO:example value="E9538"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:minLength value="4"/>
      <xs:maxLength value="5"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="Trasferimenti" minOccurs="0" maxOccurs="15">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="dataTrasferimento" minOccurs="0">
        <xs:annotation>
          <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
              <RicSDO:example value="2016-03-18"/>
            </RicSDO:exampleValues>
          </xs:appinfo>
        </xs:annotation>
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="10"/>
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>

```




Specifiche Funzionali



```

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

```



Specifiche Funzionali



```

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

```



Specifiche Funzionali



```

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

```



Specifiche Funzionali



```

        <xs:length value="1"/>
      </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
  </xs:element>
  <xs:element name="stadiazioneCondensata" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
      <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:length value="1"/>
      </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
  </xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="diagnosiSecondarie" minOccurs="0" maxOccurs="5">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="diagnosiSecondarieDimissione">
        <xs:annotation>
          <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
              <RicSDO:example value="8976"/>
              <RicSDO:example value="V25"/>
            </RicSDO:exampleValues>
          </xs:appinfo>
        </xs:annotation>
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:minLength value="3"/>
            <xs:maxLength value="5"/>
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
      <xs:element name="diagnosiSecondarieDimissioneAlRicovero"
minOccurs="0">
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="1"/>
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
      <xs:element name="Lateralita" minOccurs="0">
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="1"/>
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
      <xs:element name="stadiazioneCondensata" minOccurs="0">
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">

```



Specifiche Funzionali



```

        <xs:length value="1"/>
      </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
  </xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="interventoPrincipale" minOccurs="0">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="interventoPrincipale">
        <xs:annotation>
          <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
              <RicSDO:example value="002"/>
              <RicSDO:example value="5689"/>
            </RicSDO:exampleValues>
          </xs:appinfo>
        </xs:annotation>
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:minLength value="3"/>
            <xs:maxLength value="4"/>
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
      <xs:element name="interventoPrincipaleEsterno" minOccurs="0">
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="1"/>
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
      <xs:element name="dataInterventoPrincipale" minOccurs="0">
        <xs:annotation>
          <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
              <RicSDO:example value="2016-03-21"/>
            </RicSDO:exampleValues>
          </xs:appinfo>
        </xs:annotation>
        <xs:simpleType>
          <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="10"/>
          </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
      </xs:element>
      <xs:element name="oraInterventoPrincipale" minOccurs="0">
        <xs:annotation>
          <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>

```



Specifiche Funzionali



```

        <RicSDO:example value="15:06"/>
    </RicSDO:exampleValues>
</xs:appinfo>
</xs:annotation>
<xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:length value="5"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="chirurgoInterventoPrincipale" minOccurs="0"
maxOccurs="3">
    <xs:annotation>
        <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
                <RicSDO:example
value="qwertyuioplkjhgfdsazxcvbnm,.ààèì"/>
            </RicSDO:exampleValues>
        </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:maxLength value="88"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="anestesistaInterventoPrincipale" minOccurs="0">
    <xs:annotation>
        <xs:appinfo>
            <RicSDO:exampleValues>
                <RicSDO:example
value="yuioplkjhgfdsazxcvbnm,.ààèìqwert"/>
            </RicSDO:exampleValues>
        </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:maxLength value="88"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="ckListSalaOperatoriaInterventoPrincipale"
minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="1"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="Lateralita" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>

```



Specifiche Funzionali



```

        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="1"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="interventiSecondari" minOccurs="0" maxOccurs="10">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="interventiSecondari">
                <xs:annotation>
                    <xs:appinfo>
                        <RicSDO:exampleValues>
                            <RicSDO:example value="534"/>
                            <RicSDO:example value="8967"/>
                        </RicSDO:exampleValues>
                    </xs:appinfo>
                </xs:annotation>
                <xs:simpleType>
                    <xs:restriction base="xs:string">
                        <xs:minLength value="3"/>
                        <xs:maxLength value="4"/>
                    </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
            </xs:element>
            <xs:element name="interventiSecondariEsterni" minOccurs="0">
                <xs:simpleType>
                    <xs:restriction base="xs:string">
                        <xs:length value="1"/>
                    </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
            </xs:element>
            <xs:element name="dataInterventoSecondario" minOccurs="0">
                <xs:annotation>
                    <xs:appinfo>
                        <RicSDO:exampleValues>
                            <RicSDO:example value="2016-03-22"/>
                        </RicSDO:exampleValues>
                    </xs:appinfo>
                </xs:annotation>
                <xs:simpleType>
                    <xs:restriction base="xs:string">
                        <xs:length value="10"/>
                    </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
            </xs:element>
            <xs:element name="oraInizioInterventoSecondario" minOccurs="0">
                <xs:annotation>
                    <xs:appinfo>

```



Specifiche Funzionali



```

        <RicSDO:exampleValues>
          <RicSDO:example value="18:29"/>
        </RicSDO:exampleValues>
      </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
    <xs:simpleType>
      <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:length value="5"/>
      </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
  </xs:element>
  <xs:element name="chirurgoInterventoSecondario" minOccurs="0"
maxOccurs="3">
    <xs:annotation>
      <xs:appinfo>
        <RicSDO:exampleValues>
          <RicSDO:example
value="qwertyuiopzxcvbnm,.àèìlkjhgfsa"/>
        </RicSDO:exampleValues>
      </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
    <xs:simpleType>
      <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:maxLength value="88"/>
      </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
  </xs:element>
  <xs:element name="anestesistaInterventoSecondario" minOccurs="0">
    <xs:annotation>
      <xs:appinfo>
        <RicSDO:exampleValues>
          <RicSDO:example
value="lkjhgfsalkjhgfsalkjhgfsakdfty"/>
        </RicSDO:exampleValues>
      </xs:appinfo>
    </xs:annotation>
    <xs:simpleType>
      <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:maxLength value="88"/>
      </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
  </xs:element>
  <xs:element name="ckListSalaOperatoriaInterventoSecondario"
minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
      <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:length value="1"/>
      </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
  </xs:element>
  <xs:element name="Lateralita" minOccurs="0">

```




Specifiche Funzionali



```

<xs:simpleType>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="1"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="rilevazioneDolore">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="pressioneArteriosaSistolica" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="85"/>
        <RicSDO:example value="135"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:positiveInteger">
      <xs:totalDigits value="3"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="creatininaSerica" minOccurs="0">
  <xs:annotation>
    <xs:appinfo>
      <RicSDO:exampleValues>
        <RicSDO:example value="05.30"/>
        <RicSDO:example value="55.00"/>
        <RicSDO:example value="00.98"/>
      </RicSDO:exampleValues>
    </xs:appinfo>
  </xs:annotation>
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[0-9]{1,2}\.{1}[0-9]{2}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="frazioneEiezione" minOccurs="0">
  <xs:simpleType>
    <xs:restriction base="xs:nonNegativeInteger">
      <xs:totalDigits value="2"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:element>

```



Specifiche Funzionali



```

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

```



Specifiche Funzionali



4.7.3 Riepilogo controlli e codici anomalia

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

- In rosso i controlli XSD che applicati genereranno lo scarto completo di tutto il file inviato (Errore XSD)
- In blu i controlli ETL che generano uno scarto. In questo caso sono scartati solo i singoli record e, quindi, non acquisiti nel EDW. Il file scarti ETL è disponibile nell'apposita area "monitoraggio invio flussi" del GAF.
- In verde i controlli ETL che genereranno un'anomalia. In questo caso il record sarà comunque acquisito dal sistema e rappresentato all'interno della sezione "monitoraggio caricamenti" del Cruscotto NSIS.

TRACCIATO B - Informazioni Ricovero

CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Tipo		Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : "I" o "i" = Inserimento "V" o "v" = Variazione "C" o "c" = Cancellazione
	1904	chiave del record già presente in un precedente invio	In caso di inserimento (Tipo=I), chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) già presente in un precedente invio
	1907	chiave del record non presente in tabella per una variazione o una cancellazione	In caso di variazione o cancellazione (Tipo=V o Tipo=C) chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) non presente in un precedente invio
	1909	chiave presente in entrambi i flussi con tipo trasmissione diversa	Nel caso che una chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) sia presente sia presente in entrambi i flussi ma con tipo trasmissione diverso
Codice istituto di cura		manca valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1902	Incongruenza tra regione inviante e codice istituto di cura dichiarato	i primi 3 caratteri del Codice istituto di cura che indicano il "codice regione" sono diversi dal codice della regione inviante i dati.
	1904	chiave del record già presente in un precedente invio	In caso di inserimento (Tipo=I), chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) già presente in un precedente invio
	1907	chiave del record non presente in tabella per una variazione o una cancellazione	In caso di variazione o cancellazione (Tipo=V o Tipo=C) chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) non presente in un precedente invio



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Codice istituto di cura (segue)	1300	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo chiave.	Il valore inserito e controllato non è presente in anagrafica strutture da flussi HSP.11, HSP.11bis
Numero progressivo scheda SDO		manca valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
		Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 8 caratteri
	1904	chiave del record già presente in un precedente invio	In caso di inserimento (Tipo=I), chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) già presente in un precedente invio
	1907	chiave del record non presente in tabella per una variazione o una cancellazione	In caso di variazione o cancellazione (Tipo=V o Tipo=C) chiave del record (numero scheda SDO concatenata con codice istituto di cura) non presente in un precedente invio
	1908	scarto per chiave duplicata nel singolo flusso	La singola chiave non può essere ripetuta all'interno del flusso tranne nel caso di Cancellazione (C) e Inserimento (I), per il quale sono ammessi 2 soli record
	1910	sbilanciamento: chiave non presente in entrambi i flussi	Le schede (record) che non trovano corrispondenza in entrambi i flussi SDO verranno scartate
Regime di Ricovero		manca valorizzazione di un campo chiave	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Ricovero ordinario 2 = Ricovero diurno
Data di Prenotazione	1312	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1313	Data Prenotazione compilata quando non necessario/previsto	<ul style="list-style-type: none"> ■ data valida in Regime di Ricovero = "Ordinario" (1) e "Tipo ricovero non compilato"; ■ data valida in Regime di Ricovero = "Ordinario"(1) e [Tipo Ricovero non programmato o parto (Tipo Ricovero = 2, 3 o 5) o Provenienza del Paziente=01];
	1314	Data Prenotazione successiva alla Data Ricovero	Data prenotazione > Data Ricovero
	1315	Data Prenotazione uguale alla Data Ricovero	"Data prenotazione" = "Data Ricovero" e "Provenienza del paziente" diversa da una dei seguenti valori: <ul style="list-style-type: none"> • 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico • 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato • 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato • 08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura Segnalazione volta a una verifica da parte della regione inviante.
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Data Prenotazione" non valorizzata se [(Regime di Ricovero = "2") o (Regime di Ricovero = "1" e Tipo Ricovero = "1" o Tipo Ricovero = "4")]
Classe di Priorità	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : A = Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi. B = Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. C = Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. D = Ricovero senza attesa definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.
	1316	Classe di Priorità compilata quando non necessario/previsto	<ul style="list-style-type: none"> ■ campo valido, ma tipo ricovero non compilato se Regime Ricovero = "Ricovero Ordinario" (1) e Provenienza Paziente <> "01"; ■ campo valido, ma Tipo Ricovero non programmato o parto (Tipo Ricovero = 2, 3 o 5);
	1317	Classe di Priorità non compilata quando dovuto/previsto	<ul style="list-style-type: none"> ■ campo non compilato con Regime di Ricovero = "Ricovero Diurno" (2); ■ campo non compilato con Tipo di Ricovero = "Ricovero programmato non urgente" (1) oppure = "Ricovero programmato con preospedalizzazione" (4) e regime di ricovero = "1" ordinario
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Classe di Priorità" non è stato valorizzato con "Data di Prenotazione" valorizzata.
Data di Ricovero		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
		Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1318	Data di Ricovero successiva alla Data di Dimissione	Data ricovero > Data dimissione



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	1319	Data di Ricovero non corretta	<ul style="list-style-type: none"> ■ Data non compresa fra il 31/12 dell'anno di riferimento e il 01/01 di cinque anni prima ■ In regime di Ricovero= "2" Diurno l'anno della data di ricovero è diverso dall'anno della Data di Dimissione
Ora di Ricovero	1320	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	1321	Ora di Ricovero incongruente con Ora di Dimissione	In caso di dimissione nello stesso giorno, l'ora di ricovero è successiva all'ora di dimissione
Ora di Ricovero (segue)	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	<p>Il campo "Ora di Ricovero" è valorizzato con Regime di Ricovero <> "1"</p> <p>Il campo "Ora di Ricovero" non è valorizzato con Regime di Ricovero = "1"</p>
Unità operativa di ammissione		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	<p>Valori non presenti nell'elenco reparti per struttura desunti dall'anagrafica HSP valida alla data di ricovero.</p> <p>Nel caso di evento nascita, identificato da uno dei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • provenienza del paziente = "01" • coincidenza della data di nascita con la data di ricovero <p>la disciplina 31 (NIDO) è ammessa anche se non censita nei modelli HSP.12/13.</p> <p>In presenza di stabilimenti privati sarà eseguito un duplice controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • codice istituto (primi 6 caratteri) e codice stabilimento (7° e 8° carattere) deve essere presente nel modello HSP.11bis; • codice istituto (primi 6 caratteri) e codice disciplina (9° e 10° carattere) deve essere presente nel modello HSP.13
Onere della Degenza		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	<p>Valori diversi da quelli ammessi:</p> <p>1 = ricovero a totale carico del SSN;</p> <p>2 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);</p> <p>4 = ricovero senza oneri per il SSN;</p> <p>5 = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);</p> <p>6 = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);</p>



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			7 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN; 8 = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; A = ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza; 9 = altro.
	1322	Onere della Degenza incongruente con Cittadinanza	Con cittadinanza=100 è stato compilato Onere della degenza uguale a 7 o 8 o A
		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
Provenienza del paziente	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 01 = Ricovero al momento della nascita 02 = Pronto soccorso 03 = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico 04 = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura 05 = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico 06 = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato 07 = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato 08 = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura 09 = Carcere 10 = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) 11 = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso 12 = provenienza OBI 99 = Altro
Tipo di Ricovero	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 1 = ricovero programmato, non urgente; 2 = ricovero urgente; 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO); 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO devono essere riportate le procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione. 5 = parto non urgente



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	1323	Tipo di Ricovero incongruente con Regime di Ricovero	Tipo Ricovero non programmato [2,3,5] e Regime di Ricovero = "2")
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Tipo di Ricovero" non valorizzato se Regime di Ricovero = "1" e Provenienza Paziente <> "01"
Traumatismi o Intossicazioni	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = infortunio sul lavoro; 2 = infortunio in ambiente domestico; 3 = incidente stradale; 4 = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta); 5 = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto); 9 = altro tipo di incidente o di intossicazione
	1324	Traumatismi o intossicazioni non congruente	Il campo " Traumatismi o Intossicazioni " È VALORIZZATO in presenza di almeno una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> Regime di Ricovero diverso da 1 diagnosi principale non compresa tra 800-904 e 910-995.89 Disciplina di Ammissione uguale a 56 (recupero e riabilitazione funzionale) o 60 (Lungodegenti) o 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo " Traumatismi o Intossicazioni " NON È VALORIZZATO in presenza di (devono essere soddisfatte tutte le seguenti condizioni): <ul style="list-style-type: none"> Regime di Ricovero uguale a 1 diagnosi principale compresa tra 800-904 o 910-995.89 Disciplina di Ammissione diverso da 56 (recupero e riabilitazione funzionale), 60 (Lungodegenti), 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)
Codice Causa Esterna	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Codice Causa esterna (che corrisponde alla codifica di maggior dettaglio disponibile per il codice indicato) non presente in anagrafica ICD 9 CM Paragrafo: Classificazione Supplementare Delle Cause Esterne Di Traumatismo E Avvelenamento (E800-E999)
	1326	Codice Causa Esterna compilato in mancanza di diagnosi principale di trauma	Il campo " Codice Causa Esterna " È VALORIZZATO in presenza di almeno una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> Regime di Ricovero diverso da 1 diagnosi principale non compresa tra 800-904 e 910-995.89 Disciplina di Ammissione uguale a 56 (recupero e riabilitazione funzionale) o 60 (Lungodegenti) o 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo " Codice Causa Esterna " NON È VALORIZZATO in presenza di (devono essere soddisfatte tutte le seguenti condizioni): <ul style="list-style-type: none"> Regime di Ricovero uguale a 1 diagnosi principale compresa tra 800-904 o 910-995,89 Disciplina di Ammissione diverso da 56 (recupero e riabilitazione funzionale), 60 (Lungodegenti), 28 (Unità spinale) o 75 (Neuro-riabilitazione)
Data Trasferimento	1312	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1327	Data Trasferimento incongruente con Data Ricovero e/o Data Dimissione	Data trasferimento non è compresa fra data ricovero e data dimissione
	1328	Data Trasferimento minore di Data Trasferimento precedente	Data trasferimento non successiva a quella del trasferimento precedente in presenza di più trasferimenti. (Inserimento in ordine cronologico dei trasferimenti)
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Data Trasferimento" non è valorizzato se valorizzata Ora Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e il Regime di Ricovero=1
Ora Trasferimento	1312	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	1329	Ora Trasferimento incongruente con Ora Ricovero e/o Ora Dimissione	<ul style="list-style-type: none"> Con Data trasferimento =Data ricovero e Ora Trasferimento <Ora Ricovero Con Data trasferimento =Data Dimissione e Ora trasferimento >Ora dimissione
	1330	Ora Trasferimento minore o uguale di Ora Trasferimento precedente	In presenza di trasferimenti che hanno stessa Data di Trasferimento l'Ora del Trasferimento successivo è minore o uguale dell'Ora del Trasferimento precedente
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Ora Trasferimento" non è valorizzato se è valorizzata Data di Trasferimento o Unità operativa Trasferimento e il Regime di Ricovero=1
Unità operativa Trasferimento	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Unità operativa non presente nell'elenco reparti per struttura desunti dall'anagrafica HSP In presenza di stabilimenti privati sarà eseguito un duplice controllo: <ul style="list-style-type: none"> codice istituto (primi 6 caratteri) e codice stabilimento (7° e 8° carattere) deve essere presente nel modello HSP.11bis; codice istituto (primi 6 caratteri) e codice disciplina (9° e 10° carattere) deve essere presente nel modello HSP.13



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	1331	Unità Operativa Trasferimento incongruente	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unità Operativa Trasferimento (primi 6 caratteri) <> Codice Istituto di Cura (primi 6 caratteri) [A seguito di un trasferimento esterno (desumibile dal codice struttura) DEVE seguire SEMPRE un trasferimento interno] ■ Unità operativa trasferimento uguale all'unità operativa trasferimento precedente
	1332	La prima occorrenza di Unità Operativa Trasferimento risulta uguale a Unità Operativa di Ammissione	Unità Operativa Trasferimento = Unità operativa di ammissione (Il controllo va effettuato solo sul primo trasferimento)
	1333	Ultima occorrenza di Unità Operativa Trasferimento risulta diversa da Unità Operativa di Dimissione	Unità Operativa Trasferimento<>Unità operativa di dimissione (Il controllo va effettuato solo sull'ultimo trasferimento)
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Unità Operativa Trasferimento" non è valorizzato se è valorizzata Data Trasferimento o Ora Trasferimento e il Regime di Ricovero=1
		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
Unità operativa di dimissione	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	<p>Unità operativa non presente nell'elenco reparti per struttura desunti dall'anagrafica HSP.</p> <p>Nel caso di evento nascita, identificato da uno dei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • provenienza del paziente ="01" • coincidenza della data di nascita con la data di ricovero <p>la disciplina 31 (NIDO) è ammessa anche se non censita nei modelli HSP.12/13.</p> <p>In presenza di stabilimenti privati sarà eseguito un duplice controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • codice istituto (primi 6 caratteri) e codice stabilimento (7° e 8° carattere) deve essere presente nel modello HSP.11bis; • codice istituto (primi 6 caratteri) e codice disciplina (9° e 10° carattere) deve essere presente nel modello HSP.13
	1334	Unità operativa di Dimissione incongruente con Codice Istituto di Cura	I primi 8 caratteri dell'Unità operativa di dimissione sono diversi dal Codice Istituto di Cura
		Mancata valorizzazione di	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Data di dimissione o morte		un campo obbligatorio	
		Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
Ora di dimissione o morte	1335	Data di dimissione o morte non appartenente ad anno di riferimento	Anno di "Data dimissione o morte" diverso dall'anno dichiarato in fase di invio del flusso al GAF (Gestione accoglienza flussi)
	1320	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
Modalità di dimissione	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligarietà condizionata	Il campo "Ora di dimissione o morte" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "1"
		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
Riscontro autoptico	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto; 02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente; 03 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978) 04 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal d.m. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"; 05 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato); 06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti; 07 = trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura; 08 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione. 09 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto	Il campo "Riscontro autoptico" non è valorizzato se modalità di dimissione = '01"



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
		dalla obbligatorietà condizionata	
Motivo del ricovero in regime diurno	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up) 2 = ricovero diurno chirurgico 3 = ricovero diurno terapeutico 4 = ricovero diurno riabilitativo
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Motivo del ricovero in regime diurno" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "2"
Numero di giornate di presenza in ricovero diurno	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Numero di giornate di presenza in ricovero diurno" non è valorizzato se Regime di Ricovero = "2"
	1336	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno incongruenti con data ricovero e/o dimissione	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno maggiori di "Data di dimissione o morte" - "Data di Ricovero" + 1
Peso alla nascita	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Peso alla Nascita" non è valorizzato se Provenienza paziente = "01"
	1337	Peso alla nascita incongruente	valore errato se < 100
	1338	Peso alla nascita compilato non richiesto	compilato se Provenienza Paziente <> "01"
Diagnosi principale di dimissione		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento per un campo obbligatorio	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9 oppure "V"]
Diagnosi principale di dimissione presente al ricovero		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo obbligatorio	Valori diversi da quelli ammessi : 0 = No 1 = Sì



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Lateralità	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
Stadiazione condensata	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza 6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	<ul style="list-style-type: none"> ■ "Stadiazione condensata" non è valorizzato in presenza di diagnosi di dimissione principale identificata dai codici ICD-9-CM da 140.0 a 190.9 e da 193 a 199.1 Oppure (OR) ■ "Stadiazione condensata" valorizzata in assenza di diagnosi di dimissione principale identificata dai codici ICD-9-CM da 140.0 a 190.9 e da 193 a 199.1
Diagnosi secondarie di dimissione	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9 oppure "V"]
Diagnosi secondarie presenti al ricovero	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Diagnosi secondarie presenti al ricovero" non è valorizzato per ogni campo di diagnosi secondaria di dimissione compilata (codice ICD9-CM)
Lateralità secondarie	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento per un campo obbligatorio	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
	1348	Presenza di informazione in assenza di Diagnosi	Valorizzazione del campo in assenza di Diagnosi Secondaria presente al ricovero che prevede l'eventuale l'indicazione del lato
Stadiazione condensata secondaria	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine 2 = infiltrazione locale extraorgano 3 = metastasi ai linfonodi regionali 4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali 5 = metastasi a distanza



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
			6 = metastasi ai linfonodi non regionali 7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6 8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4 9 = ignoto
	1352	Stadiazione condensata secondaria incongruente con diagnosi di dimissione secondaria	"Stadiazione condensata" valorizzata in assenza di diagnosi di dimissione secondaria identificata dai codici ICD-9-CM da 140.0 a 190.9 e da 193 a 199.1
Intervento Principale	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9]
Intervento principale esterno	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Intervento principale esterno" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale
	1346	Intervento principale esterno non congruente con trasferimenti	Intervento principale esterno = "1" in assenza di un trasferimento con codice unità operativa (primi 6 caratteri) <> da unità operativa di ammissione (primi 6 caratteri)
Data intervento principale	1312	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	Il campo "Data intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale
	1339	Data intervento principale incongruente con data ricovero e/o data dimissione	Data Intervento Principale < Data Ricovero o Data Intervento Principale > Data Dimissione o Morte
Ora inizio intervento principale	1320	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	1340	Data Ora Intervento Principale incongruente con data/ora ricovero e/o data/ora dimissione	Data e Ora intervento Principale non è compresa fra data/ora ricovero e data/ora dimissione solo con date [Il controllo data/ora viene effettuato solo se la Data dell'intervento Principale coincide con Data di Ammissione e Tipo ricovero<>4 oppure se coincide con Data Dimissione]



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Ora intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ
Identificativo Chirurgo intervento principale	1341	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 88 caratteri attesi
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Identificativo Chirurgo intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ
Identificativo Anestesista intervento principale	1341	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 88 caratteri attesi
Check List Sala Operatoria intervento principale	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Check List Sala Operatoria intervento principale" non è valorizzato se valorizzato Intervento Principale di classificazione 4 AHRQ
Lateralità intervento principale	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale
	1349	Presenza di informazione in assenza di Intervento	Valorizzazione del campo in assenza di Intervento Principale che prevede l'eventuale l'indicazione del lato
Interventi secondari	1301	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Non presente in anagrafica ICD9-CM [Il primo carattere del codice ICD9-CM deve essere un numero tra 0 e 9]
Interventi secondari esterni	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Interventi secondari esterni" non è valorizzato se valorizzato Intervento secondario
	1342	Intervento secondario esterno non congruente con trasferimenti	Intervento secondario esterno = "1" in assenza di trasferimento con codice unità operativa (primi 6 caratteri) <> da unità operativa di ammissione (primi 6 caratteri)



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
Data intervento secondario	1312	Datatype errato	Il campo deve essere valorizzato con il formato data AAAA-MM-GG
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Data intervento secondario" non è valorizzato se valorizzato intervento secondario
	1343	Data intervento secondario incongruente con data ricovero e/o data dimissione	<ul style="list-style-type: none"> ■ data formalmente corretta ma maggiore di data dimissione ■ Tipo Ricovero <> "4" e Data Intervento Secondario < Data Ricovero
Ora inizio intervento secondario	1320	Formato errato	Il formato ora (00-23 h) (00-59 min) non è rispettato.
	1344	Data Ora Intervento Secondario incongruente con data/ora ricovero e data/ora dimissione	Data e Ora intervento Secondario non è compresa fra data/ora ricovero e Tipo Ricovero <> "4" e data/ora dimissione [Il controllo data/ora viene effettuato solo se la Data dell'intervento Secondario coincide con Data di Ammissione e Tipo ricovero<>4 oppure se coincide con Data Dimissione]
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Ora intervento secondario" non è valorizzato se valorizzato Intervento Secondario di classificazione 4 AHRQ
Identificativo Chirurgo intervento Secondario	1341	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 88 caratteri attesi
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Identificativo Chirurgo intervento secondario" non è valorizzato se valorizzato Intervento Secondario di classificazione 4 AHRQ
Identificativo Anestesista intervento secondario	1341	Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza dell'identificativo non corrisponde ai 88 caratteri attesi
Check List Sala Operatoria intervento secondario	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi: 0 = No 1 = Sì 9 = Non Applicabile
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorietà condizionata	"Check List Sala Operatoria intervento secondario" non è valorizzato se valorizzato intervento secondario di classificazione 4 AHRQ
Lateralità intervento secondario	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale



Specifiche Funzionali



CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO (Condizioni per cui si visualizza l'errore descritto)
	1349	Presenza di informazione in assenza di Intervento	Valorizzazione del campo in assenza di Intervento Secondario che prevede l'eventuale l'indicazione del lato
Rilevazione del dolore		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Tag XML non presente o tag XML presente ma non valorizzato.
	1301	Non appartenenza al dominio di riferimento	Valori diversi da quelli ammessi : 0 = No 1 = Sì
Pressione arteriosa sistolica		Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 3 caratteri
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	"Pressione arteriosa sistolica" non è valorizzato in presenza di diagnosi principale o secondaria valorizzata con codice ICD9-CM 410.xx
	1345	Valore non consentito	Inserito un valore < 30 o > 300
Creatinina serica	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	[Viene segnalato errore se non vengono rispettati i seguenti criteri di compilazione: 1) intervento chirurgico principale o secondario con codice ICD9-CM = 36.1x o codice ICD9-CM da 35.1x a 35.2x 2) diagnosi principale o secondaria con codice ICD9-CM = 820.xx e Data Ricovero-Data di nascita >= 65 anni 3) intervento chirurgico principale o secondario con codici ICD-9 CM = a: 81.51, 81.52, 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55]
	1345	Valore non consentito	Inserito un valore negativo o > di 99,99
Frazione di eiezione		Lunghezza diversa da quella attesa	La lunghezza attesa è di 2 caratteri
	1302	Mancato rispetto del vincolo richiesto dalla obbligatorio condizionata	"Frazione di eiezione" non è valorizzato in presenza di interventi chirurgici principali o secondari con codice ICD9-CM = 36.1x o con codice ICD9-CM da 35.1x a 35.2x
	1345	Valore non consentito	Inserito un valore non compreso tra 0 e 99



5. Allegati

5.1 Codice identificativo del paziente: modalità di alimentazione

- Per i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice fiscale, a 16 caratteri (legge 412/91) in input alla procedura di cifratura;
- Per i cittadini europei in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) riportare il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri **alfanumerici**, riportato sulla TEAM in input alla procedura di cifratura;
- Per i cittadini Europei non in possesso della TEAM e non iscrivibili al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice ENI (Europeo non iscritto) a 16 caratteri (Circolare Ministero della Salute 19 febbraio 2008) in input alla procedura di cifratura;
- Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi D.P.R. 31.8.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000, n.5) in input alla procedura di cifratura;
- **Solo per l'anno 2016 per i pellegrini del Giubileo straordinario della misericordia 2015/2016** (Art. 9-decies, c.3 del D.L. enti locali n.78/2015) **utilizzare il codice di identificazione a 16 caratteri attribuito dal Ministero della Salute** così costituito:
 - i primi 3 caratteri valorizzati sempre con GIU;
 - i successivi 13 caratteri valorizzati con un progressivo numerico;
- Per gli stranieri richiedenti protezione internazionale utilizzare il codice fiscale a 11 caratteri (D.Lgs 142/2015) in input alla procedura di cifratura;
- Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere compilato con il carattere "X" ripetuto 20 volte in input alla procedura di cifratura;

Il campo deve essere compilato con allineamento a sinistra; se il codice da inserire in input alla procedura di cifratura è inferiore ai 20 caratteri disponibili, riempire i restanti con spazi.

5.2 Codice identificativo del paziente: procedura di cifratura

Le regioni sostituiscono al codice identificativo del paziente, di cui al paragrafo 5.1, un codice cifrato ottenuto applicando al medesimo codice identificativo un algoritmo asimmetrico, a chiave pubblica nota, definito dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della salute.

In particolare, si prevedono le seguenti specifiche tecniche:

- Schema RSA;
- Input in chiaro limitato a 20 caratteri massimo;
- Chiave da 1024 bit che dà un Output cifrato da 128 byte (di cui 11 byte di overhead dovuti alla codifica), per un output di complessivi 172 caratteri;



5.3 Assegnazione del codice univoco non invertibile ("CUNI") da parte del Ministero della salute per il flusso SDO

Con riferimento ai soli flussi informativi per i quali il Ministero della salute tratta dati identificativi diretti^[1], i soggetti alimentanti trasmettono al NSIS il tracciato anagrafico contenente in luogo del codice fiscale un codice cifrato ottenuto applicando una funzione asimmetrica, a chiave pubblica nota, al codice fiscale originario.

Il predetto algoritmo di cifratura di tipo asimmetrico, definito dalla Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario del Ministero della salute e abilitato da chiavi diverse da quelle adottate da ogni altro algoritmo utilizzato nel NSIS, viene reso noto a tutti i soggetti alimentanti il NSIS.

Il Ministero della salute mediante procedure automatiche procede:

- alla decifratura del codice cifrato, applicando alla funzione asimmetrica la propria chiave privata;
- alla verifica di validità del codice fiscale;
- alla sostituzione dei codici fiscali presenti nei tracciati di origine con i corrispettivi codici univoci ("CUNI") prodotti dalla stessa funzione non invertibile e resistente alle collisioni.

Ai fini di garantire il massimo livello di sicurezza nel trattamento dei dati, le suddette procedure vengono effettuate dal Ministero della salute mediante un dispositivo di sicurezza denominato Hardware Security Module ("HSM").

5.4 Assegnazione del codice univoco nazionale dell'assistito ("CUNA")

L'infrastruttura tecnologica denominata "piattaforma codice univoco nazionale assistito" effettua la generazione ed assegnazione del codice univoco nazionale dell'assistito "CUNA" agli assistiti rappresentati dal codice identificativo non invertibile "CUNI".

Tale operazione avviene contestualmente all'acquisizione dei tracciati dei dati anagrafici contenenti i codici univoci non invertibili^[2], con le seguenti modalità operative:

- il CUNA è generato mediante cifratura, per mezzo di un algoritmo^[3] definito dalla Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario del Ministero della salute, del codice identificativo non invertibile ricevuto nei tracciati anagrafici;
- il CUNA è assegnato attraverso la sostituzione del codice identificativo non invertibile all'interno del tracciato anagrafico di pertinenza con il codice univoco non invertibile stesso;
- il CUNA è utilizzato come unico elemento identificativo dell'assistito nel corso di tutti i successivi trattamenti operati in modo automatico sul NSIS.

^[1] Ai sensi del decreto del Ministro della salute 12 dicembre 2007, n. 277, in particolare all'allegato C-05 (Assistenza ospedaliera in regime di ricovero).

^[2] In luogo dei codici fiscali.

^[3] L'algoritmo definito potrà appartenere ad entrambe le tipologie note, simmetrico (ad es. AES256) od asimmetrico (ad es. RSA2048 ECDH P-256, etc.).



Specifiche Funzionali



La “piattaforma codice univoco nazionale dell’assistito” si avvale per la funzionalità di cifratura di un dispositivo in alta affidabilità denominato Hardware Security Module (“HSM”) e presenta le seguenti caratteristiche:

- prevede una gestione esclusivamente automatizzata delle procedure di generazione, assegnazione ed utilizzo del codice univoco;
- dispone di algoritmi di cifratura simmetrici o asimmetrici volti all’elaborazione del codice univoco a partire dal codice univoco non invertibile ed alla cifratura e decifratura dei codici fiscali per le deroghe concesse;
- genera, memorizza e protegge per l’intero ciclo di vita, le chiavi che consentono il calcolo del codice univoco e la cifratura e decifratura dei codici fiscali per le deroghe concesse;
- prevede l’autenticazione forte per gli amministratori della piattaforma che accedono al sistema esclusivamente per finalità di gestione e manutenzione (il sistema di autenticazione è integrato con il sistema di autenticazione del NSIS) e per gli utenti autorizzati ad accedere direttamente od indirettamente alle funzionalità di hashing, cifratura e decifratura.

Le operazioni di accesso da parte degli amministratori sono tracciate e i dati di tracciatura sono conservati per 12 mesi, al fine di evidenziare eventuali anomalie e/o utilizzi impropri, anche tramite specifici allarmi.

I dati di tracciamento sono conservati in modo sicuro e trattati in forma aggregata, salvo la necessità di verificare la correttezza e la legittimità delle singole operazioni effettuate.

Date le caratteristiche e le finalità della piattaforma, che prevede esclusivamente procedure automatizzate, gli utenti incaricati al trattamento del dato ricoprono la funzione di amministratori di sistemi applicativi complessi e accedono al sistema esclusivamente per finalità di gestione e manutenzione.

Pertanto trova integrale applicazione il Provvedimento dell’Autorità Garante per la protezione dei dati personali in materia di “Misure e accorgimenti prescritti ai titolari dei trattamenti effettuati con strumenti elettronici relativamente alle attribuzioni delle funzioni di amministratore di sistema” del 27 novembre 2008 e successive modificazioni.

Il processo di autenticazione degli utenti avviene esclusivamente attraverso strumenti di autenticazione forte, in conformità all'articolo 64 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni e all'articolo 34 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni. L'accesso è garantito tramite l'utilizzo di un protocollo sicuro.

L'amministratore della piattaforma codice univoco nazionale assistito effettua uno specifico riscontro della presenza del nominativo utente da abilitare nella lista di coloro che sono stati designati, la cui gestione è a cura del Ministero della salute. Qualora questa verifica abbia esito negativo, la procedura di registrazione si interrompe; nel caso in cui questa verifica abbia esito positivo, l'utente è abilitato all'utilizzo della piattaforma e gli vengono assegnate le credenziali di autenticazione digitali (utenza e password).

Al fine di rendere più sicuro il processo di abilitazione, un altro amministratore della piattaforma codice univoco nazionale assistito, distinto dall’amministratore che ha generato le credenziali, provvede all’eventuale consegna dello strumento di autenticazione forte e, in ogni caso, alla sua associazione alle suddette credenziali.



Specifiche Funzionali



Inoltre, per garantire l'effettiva titolarità da parte del singolo utente, di accedere alla piattaforma, le utenze vengono, trimestralmente, sottoposte a revisione e l'amministratore della piattaforma codice univoco nazionale assistito verifica con i referenti del Ministero della salute, il permanere degli utenti abilitati, nelle liste delle persone autorizzabili.

L'abilitazione a questo specifico trattamento è incompatibile con ogni altro servizio o funzionalità di amministrazione del NSIS. Qualora l'utente fosse in precedenza abilitato ad uno o più dei suddetti servizi, l'incompatibilità cessa decorsi sei mesi dalla revoca dell'abilitazione dell'ultimo servizio.

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

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

- 1) alla verifica di validità dei predetti codici identificativi, attraverso uno scambio informativo con il servizio fornito dal sistema Tessera Sanitaria, come descritto al paragrafo 5.6;
- 2) alla soluzione di eventuali casi di errore, precedentemente al passo 3 che segue;
- 3) alla sostituzione dei predetti codici identificativi con i corrispettivi codici univoci prodotti da una funzione non invertibile e resistente alle collisioni⁶. Tale funzione è rappresentata da un algoritmo di hash⁷ che, applicato ad un codice identificativo (dato in input), produce un codice univoco (digest di output) dal quale non è possibile risalire al codice identificativo di origine. L'algoritmo di hash adottato è definito dalla DGSISS del Ministero della salute ed è condiviso tra tutti i soggetti alimentanti, al fine di rendere il codice univoco non invertibile così ottenuto, a fronte del codice identificativo di input, unico sul territorio nazionale.

In particolare, si prevedono le seguenti specifiche tecniche:

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

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

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

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

⁶ Per il dominio rappresentato dalla totalità dei codici identificativi teoricamente possibili.

⁷ La funzione di Hash dipenderà da una chiave di lunghezza adeguata alla dimensione e al ciclo di vita dei dati. (Si vedano in proposito le raccomandazioni ENISA contenute nel rapporto "Algorithms, Key Sizes and Parameters Report", October 2013 (<https://www.enisa.europa.eu/activities/identity-and-trust/library/deliverables/algorithms-key-sizes-and-parameters-report>)).



Specifiche Funzionali



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

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

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

Tabella 1 - Informazioni restituite nella procedura di verifica del codice fiscale del chirurgo e dell'anestesista



Specifiche Funzionali



5.7 Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere

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

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



Specifiche Funzionali



- b) da utilizzare per i reparti esclusivamente dedicati ad attività di day hospital/day surgery multispecialistico.
- c) per immunoematologia utilizzare il codice 18.
- d) per psichiatria utilizzare il codice 40, per neuropsichiatria infantile il codice 33.
- e) per neonatologia utilizzare il codice 62.
- f) per neuropsichiatria infantile utilizzare il codice 33.
- g) per unità spinale utilizzare il codice 28; per la neuro-riabilitazione usare il codice 75.
- i) per l'unità intensiva cardiologica utilizzare il codice 50.
- l) codice da utilizzare anche se i letti sono inclusi in un reparto di cardiologia.
- m) codice da utilizzare per i ricoveri in regime diurno per cure palliative, in conformità con le indicazioni presenti nel "documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" approvato nell'ambito dell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012.