

Specifiche tecniche del flusso SDO della Regione Lazio

Versione	2.0.1
Data	19/11/2025

Indice

Indice	2
Introduzione	15
Obiettivo del documento	15
Definizioni	15
Storia delle versioni	16
Descrizione del documento e classificazione dei controlli	26
Tabelle descrittive del messaggio XML	28
SDO	28
Assistito(1)	28
Accettazione(2)	28
Degenza(3)	28
Dimissione(4)	28
1. Assistito	29
Anagrafica (1.1)	29
Residenza (1.2)	29
Cittadinanza	29
StatoCivile	30
TitoloStudio	30
Professione(1.3)	31
MobInternazionale (1.4)	31
1.1 Anagrafica	32
Cognome	32
Nome	32
Sesso	33
CodiceFiscale	33
ComuneNascita	35
DataNascita	35
1.2 Residenza	36
Regione	36
Comune	37
ASL (1.2.1)	37
1.2.1 ASL	38
Codice	38
Municipio	38
1.3 Professione	39

CondizioneProfessionale	39
Posizione.....	40
RamoAttivitaEconomica.....	40
1.4 MobInternazionale	41
TipologiaAttestato	41
CodiceCassalstituzioneEsteraCompetente	41
SiglaPaeselstituzioneEsteraCompetente	42
CodiceQualificaBeneficiario	42
CodiceAttestato	43
DataInizioValidita	43
DataFineValidita.....	44
NumeroTessera.....	44
IdentificativoUtente.....	45
2. Accettazione	46
CodiceNosograficoRegionale	46
ProgressivoRicovero.....	46
StrutturalRC(2.1).....	47
Tipologia.....	47
Data	48
Ora	49
Modalita	49
DataPrenotazione.....	50
ClassePriorita.....	50
CausaEsterna.....	51
DiagnosiAmmissione(2.2)	51
Provenienza(2.3)	52
MotivoDH	52
Trauma.....	53
RicoveroMadre(2.4).....	53
Regime	54
OnereDegenza	54
Riabilitazione(2.5)	55
2.1 StrutturalRC.....	56
CodificalRC	56
Stabilimento.....	56
RepartoAmmissioneHSP12	57
2.2 DiagnosiAmmissione	58
Principale (sez. 2.2.1).....	58

Secondarie (sez. 2.2.2).....	58
2.2.1 Principale	59
Codice.....	59
2.2.2 Secondarie	59
DiagnosiSecondaria(2.2.2.1).....	59
2.2.2.1 DiagnosiSecondaria	60
Codice.....	60
2.3 Provenienza	60
Codice.....	60
StrutturalRC	61
NumeroPS	62
ProgressivoRicovero.....	62
Regime.....	62
TempoDaEventoAcuto.....	63
2.3.1 StrutturalRC	63
CodificalRC	63
Stabilimento.....	64
RepartoHSP12.....	64
2.4 RicoveroMadre.....	65
ProgressivoRicovero.....	65
AnnoRicovero	66
2.5 Riabilitazione	67
Provenienza.....	67
TipologiaProvenienza	67
PatologiaOggettoInterventoRiabilitativo	68
PatologiaSecondariaDiBase	68
AltraPatologiaAssociata	69
CompromissioneCognitiva	69
CompromissioneComportamento	70
CompromissioneComunicazioneLinguaggio	70
CompromissioneSensoriale	71
CompromissioneManipolazione.....	71
CompromissioneEquilibrio	72
CompromissioneLocomozione	72
CompromissioneCardiovascolare	73
CompromissioneApparatoRespiratorio	73
CompromissioneUlcere	74
CompromissioneControlloSfinterico.....	74

CompromissioneApparatoUrinario	75
CompromissioneAreaNutrizione	75
CompromissioneTracheostomia	76
PazientePostComatoso	76
PazienteMieloleso	77
RankinScale	77
bi2005Alimentazione	78
bi2005BagnoDoccia	78
bi2005IgienePersonale	79
bi2005Abbigliamento	79
bi2005ContinenzalIntestinale	80
bi2005ContinenzaUrinaria	80
bi2005UsoGabinetto	81
bi2005TrasferimentoLettoCarrozzina	82
bi2005Deambulazione	82
bi2005Scale	83
bi2005UsoCarrozzina	83
bi2015Alimentazione	84
bi2015BagnoDoccia	84
bi2015Aspetto	85
bi2015Vestirsi	85
bi2015Intestinale	86
bi2015ContinenzaUrinaria	86
bi2015UsoGabinetto	86
bi2015Trasferimenti	87
bi2015Mobilita	87
bi2015Scale	88
bi2015Score	88
RCSScore	89
RCS_CR	89
RCS_N	89
RCS_M	90
RCS_TD	90
RCS_TI	91
RCS_E	91
SIXMWT	91
MWTBorg	92
BiDYSP	92

GCS.....	93
DCA.....	93
LCF.....	94
GOS.....	94
GOSE.....	94
DRS	95
GCA.....	95
SCIM	96
ASIA.....	96
GM	97
2.5.1 AltraPatologiaAssociata	98
Codice.....	98
3. Degenza	98
Diagnosi(3.1).....	98
ProcedureAccessi(3.2).....	99
Trasferimenti(3.3)	99
Farmaci(3.4)	100
Gravidanza(3.5).....	100
3.1 Diagnosi.....	101
Principale(3.1.1)	101
Secondarie(3.1.2)	101
3.1.1 Principale	102
Codice.....	102
PresenteAmmissione	102
Lateralita	103
StadiazioneCondensata	103
3.1.2 Secondarie	104
DiagnosiSecondaria	104
3.1.2.1 DiagnosiSecondaria	104
Ordine	105
Codice.....	105
PresenteAmmissione	106
Lateralita	106
StadiazioneCondensata	106
3.2 ProcedureAccessi.....	107
Principale(3.2.1)	107
Secondarie(3.2.2)	108
3.2.1 Principale	108

Codice.....	108
Lateralita	109
Data	109
Ora	110
Esterno.....	111
IdAnestesista	111
CheckListSO	112
Chirurgo(3.2.1.1).....	112
3.2.1.1 Chirurgo	113
Ordine	113
Chirurgo	114
3.2.2 Secondarie	114
ProceduraSecondaria(3.2.2.1)	114
3.2.2.1 ProceduraSecondaria	115
Ordine	115
Codice.....	115
Lateralita	115
Data	116
Ora	117
Esterno.....	118
IdAnestesista	118
CheckListSO	119
Chirurgo(3.2.2.1.1).....	119
3.2.2.1.1 Chirurgo.....	120
Ordine	120
Chirurgo	120
3.3 Trasferimenti.....	121
Trasferimento(3.3.1)	121
3.3.1 Trasferimento	121
Ordine	121
Data	122
Ora	122
StrutturalRC(3.3.1.1).....	123
3.3.1.1 StrutturalRC	123
CodificaIRC	123
Stabilimento.....	124
RepartoHSP12.....	124
InService	125

3.4 Farmaci.....	126
Farmaco(3.4.1)	126
3.4.1 Farmaco	126
CodiceAic.....	126
UnitaPosologiche	127
CostoUnitaPosologiche.....	127
3.5 Gravidanza.....	128
StoriaOstetrica(3.5.1)	128
GravidanzaAttuale(3.5.2)	128
Parto(3.5.3)	128
InterruzioneGravidanza(3.5.4).....	129
3.5.1 StoriaOstetrica	130
DataUltimoParto	130
TotaleGravidanzePrecedenti	131
NumeroTagliCesariPrecedenti	131
NumeroAbortiSpontaneiPrecedenti	131
NumerolVGPrecedenti	132
NumeroPartiRecedenti.....	132
NumeroNatiVivi	132
NumeroNatiMorti	133
3.5.2 GravidanzaAttuale	133
DataUltimaMestruazione	133
SettimanaEtaGestazionale	134
SettimanaPrimaVisita.....	134
AccertamentiSpecialistici	135
NumeroEcografie	135
ProcreazioneAssistita.....	135
3.5.3 Parto.....	136
NumeroNati	136
Padre(3.5.3.1)	137
Monitoraggio	137
AnestesiaParto	138
Neonati	138
PresenzaOstetrica.....	138
PresenzaGinecologo	139
PresenzaPedNeo	139
PresenzaAnestesista	140
PresenzaAltroSan	140

PresenzaSalaParto	140
ModalitaTravaglio	141
ModalitaParto.....	141
3.5.3.1 Padre	142
Cognome.....	142
Nome	142
DataNascita	143
CodiceFiscale	143
ComuneResidenza	144
Cittadinanza.....	144
TitoloStudio	144
Professione(3.5.3.1.1).....	145
3.5.3.1.1 Professione.....	145
CondizioneProfessionale	146
Posizione.....	146
RamoAttivitaEconomica	147
3.5.3.2 Neonati	147
Neonato(3.5.3.2.1).....	147
3.5.3.2.1 Neonato.....	148
Data	148
Ora	148
Ordine	148
RiconoscimentoLegale.....	149
PresentazioneFeto	149
GenitaliEsterne	150
PesoNascita	150
Lunghezza	151
CirconferenzaCranica	151
Vitalita	151
Rianimazione	152
APGAR.....	152
MalformazioneNascita	153
PelleAPelle	153
EmoPostPartum	153
3.5.4 InterruzioneGravidanza	154
DataIntervento	154
TipolIntervento	154
TipolInterruzione	155

Complicazioni	155
AnestesiaInterruzione	156
IVG(3.5.4.1).....	156
AbortoSpontaneo(3.5.4.2).....	157
3.5.4.1 IVG	157
Urgenza	157
EnteCertificante	158
DataCertificazione	158
CondizioniParticolari.....	158
AssensoMinore.....	159
3.5.4.2 AbortoSpontaneo	159
Degenza > Gravidanza > InterruzioneGravidanza > AbortoSpontaneo	159
Causa.....	159
TecnicheRiproduttive	160
4. Dimissione	161
Data	161
Ora	161
Dolore	162
StrutturalRC(4.1).....	162
TipoDimissione	162
RiscontroAutoptico	163
NumeroAccessiDH.....	164
Esiti(4.2).....	164
TraumiSeveri(4.3).....	165
Riabilitazione(4.4)	165
4.1 StrutturalRC	166
CodificaIRC	166
Stabilimento.....	166
RepartoDimissioneHSP12	167
4.2 Esiti.....	168
IMA(4.2.1)	168
Bypass(4.2.2)	169
ValvoleCardiache(4.2.3)	169
FratturaFemore(4.2.4).....	169
ProtesiAnca(4.2.5)	170
ICTUS(4.2.6).....	170
4.2.1 IMA	171
PressioneArrivo	171

PressionePreoperatoria.....	171
Trombolisi	172
DataInizioSintomi	172
OralInizioSintomi.....	173
4.2.2 Bypass.....	173
CondizioniPaziente	173
FrazioneEiezione	174
CreatininaPreoperatoria.....	174
4.2.3 ValvoleCardiache	175
StenosiAortica.....	175
InsufficienzaAortica	175
StenosiMitrale	175
InsufficienzaMitrale.....	176
AreaValvolareAorticaPreoperatoria	176
CreatininaPreoperatoria.....	177
GradienteMedioTransaorticoPreoperatorio	177
AreaValvolareMitraticaPreoperatoria.....	178
GradienteMedioTransmитralicoPreoperatorio	178
FrazioneEiezioneVentricolare	178
STSScore	179
Tipointervento	179
4.2.4 FratturaFemore	180
INR	180
CreatininaPreoperatoria.....	180
CreatininaArrivo	181
4.2.5 ProtesiAnca	181
INR	181
CreatininaPreOperatoria	182
4.2.6 ICTUS	182
Trombolisi	182
PunteggioNIHSSAmmissione	183
PunteggioNIHSSDimessione	183
MRankingScalePrimaRicovero.....	183
MRankingScaleDimessione	184
4.3 TraumiSeveri	184
GravitaLesionePrincipale	184
GravitaLesioniSecondarie	185
GravitaLesioneTestaCollo	185

GravitaLesioneFaccia	185
GravitaLesioneTorace	186
GravitaLesioneAddome	186
GravitaLesionePelviArti	187
GravitaLesioneEsterna	187
PressioneArtSist	187
FreqRespiratoria	188
GlasgowComaScale	188
DeficitBasiArterioso	189
Lattati	189
INR	190
Fibrinogeno	190
PFRatio	190
GlasgowOutcomeScale	191
ProcedDmgCtrlToraceEseguita	191
ProcedDmgCtrlAddomeEseguita	192
ProcedPackExtraPeritFissEst	192
ProcedRadioInterventiEseguita	193
ProcedCraniotomiaEseguita	193
ProcedMisPressIntracrEseguita	193
ProcedTrattNonOperEseguita	194
GiorniVentilazMeccanica	194
CondPrincipaleRespDecesso	195
4.4 Riabilitazione	196
TipoDim	196
NumeroPOA	196
CodPoa1	197
CodPoa2	197
ProgrammaRiabilitativo	198
SpecialitaTrasferimento	198
CondizioneRiabilitativa	199
DiagnosiDimissione	199
PatologialIntercorsa	199
bi2005Alimentazione	200
bi2005BagnoDoccia	200
bi2005IgienePersonale	201
bi2005Abbigliamento	202
bi2005ContinenzalIntestinale	202

bi2005ContinenzaUrinaria	203
bi2005UsoGabinetto	203
bi2005TrasferimentoLettoCarrozzina	204
bi2005Deambulazione	204
bi2005Scale	205
bi2005UsoCarrozzina	206
bi2015Alimentazione	206
bi2015BagnoDoccia	207
bi2015Aspetto	207
bi2015Vestirsi	207
bi2015Intestinale	208
bi2015ContinenzaUrinaria	208
bi2015UsoGabinetto	209
bi2015Trasferimenti	209
bi2015Mobilita	210
bi2015Scale	210
bi2015Score	210
RCScore	211
RCS_CR	211
RCS_N	212
RCS_M	212
RCS_TD	212
RCS_TI	213
RCS_E	213
SIXMWT	214
MWTBorg	214
BiDYSP	215
GCS	215
LCF	215
GOS	216
GOSE	216
DRS	217
SCIM	217
ASIA	218
4.4.1 PatologialIntercorsa	219
Codice	219
ALLEGATO A	221
ALLEGATO B	224



REGIONE
LAZIO

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
AREA INNOVAZIONE e ICT

Introduzione

Obiettivo del documento

Il documento illustra le specifiche tecniche dell'allegato A definendo i controlli in fase di acquisizione del dato nel nuovo flusso SDO della Regione Lazio di cui alla Determinazione Dirigenziale n. G17352 del 21 dicembre 2018 “Direttive in attuazione, della DGR 281 del 12 giugno 2018 di recepimento del DM 7 dicembre 2016, n.261. Modifiche al contenuto, alle modalità di trasmissione e ai formati di registrazione dei dati dei flussi informativi ospedalieri - Revisione del tracciato record della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) in uso nel Lazio”

Obiettivo del presente documento è quello di fornire tutte le informazioni necessarie per la corretta valorizzazione delle informazioni che andranno inviate al nuovo sistema informativo SIO XL.

Definizioni

Di seguito sono riportati gli acronimi e le definizioni a cui si fa riferimento nel documento:

XML	eXtensible Markup Language, è il linguaggio da utilizzare per l'invio dei dati al nuovo sistema informativo SIO XL
tag	Il <i>tag</i> è un elemento o un marcitore utilizzato nel formato XML, questo racchiude una informazione o altri <i>tag</i> . Ad es. il <i>tag</i> “Nome” che racchiude l’informazione “Giuseppe”: <Nome>Giuseppe</Nome>
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute
HSP12 e HSP13	Modelli ministeriali per la rilevazione delle specialità e dei reparti di ricovero

Storia delle versioni

Versione	Data	Descrizione
2.0.1	19/11/2025	<p>Aggiornamento controlli RADR</p> <p>Sez 4.4(Dimissione>Riabilitazione):</p> <ul style="list-style-type: none"> - TipoDim, modificato controllo di obbligatorietà, richiesto solo per TipoDimissione=2, 9
2.0.0	12/09/2025	<p>Integrazione RAD-R – Nuovi sezioni e campi introdotti:</p> <p>Sez. 2(Accettazione):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introdotta nuova sezione XML Riabilitazione(2.5) <p>Sez. 4(Dimissione):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introdotta nuova sezione XML Riabilitazione(4.4) <p>Sez. 2.3(Accettazione>Provenienza):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introdotto nuovo campo: ProgressivoRicovero - Introdotto nuovo campo: Regime - Introdotto nuovo campo: TempoDaEventoAcuto <p>Sez. 2.3.1(Accettazione>Provenienza>StrutturaIRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introdotto nuovo campo: RepartoHSP12 <p>Integrazione RAD-R – Modifiche al tracciato SIOXL:</p> <p>Sez. 1(Assistito):</p> <ul style="list-style-type: none"> - StatoCivile, modificata descrizione domini 4,5 <p>Sez. 1.3(Assistito>Professione):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CondizioneProfessionale, modificato dominio. Aggiunta modalità “9 = non noto” - Posizione, modificato dominio. Aggiunta modalità “9 = non noto” - RamoAttivitàEconomica, modificato dominio. Aggiunta modalità “9 = non noto” <p>Sez. 2(Accettazione):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipologia, aggiunta codifica 5(Riabilitazione). Aggiunti controlli di congruità per Tipologia 5 - CausaEsterna, modificata obbligatorietà - MotivoDH, modificato dominio. Aggiunta modalità “4 = diagnostico/terapeutico”. - MotivoDH, modificata congruità - OnereDegenza, modificato controllo validità - Trauma, modificato controllo di obbligatorietà e congruità con reparti di riabilitazione. - Regime, modificata congruità con reparti, eliminate le specialità 28, 56 e 75 dall'esclusione per i DH <p>Sez. 2.1(Accettazione>StrutturaIRC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - RepartoAmmissioneHSP12, aggiunto controllo di congruità tra le specialità 28”, “56” e “75” e Tipologia 5 <p>Sez. 2.3(Accettazione>Provenienza):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice:

		<ul style="list-style-type: none"> • aggiunta codifica "0" (Ricovero al momento della nascita) • Inseriti controlli di congruità con Tipologia <p>- StrutturalRC, inserito controllo di obbligatorietà</p> <p>Sez. 3(Degenza):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasferimenti(3.3), modificato controllo congruità <p>Sez. 3.1(Degenza):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi(3.1), modificato controllo congruità obbligatorietà <p>Sez. 4(Dimissione):</p> <ul style="list-style-type: none"> - TipoDimissione, inserita codifica "B"(Dimissione in urgenza). Aggiunto controllo di congruità - Esiti(4.2), aggiunto controllo di congruità - TraumiSeveri(4.3), aggiunto controllo congruità <p>Sez. 4.1(Dimissione>StrutturalRC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - RepartoDimissioneHSP12, aggiunto controllo congruità con Tipologia 5 <p>Modifiche al tracciato SIOXL non correlate all'integrazione RADR:</p> <p>Sez. 1(Assistito):</p> <ul style="list-style-type: none"> - StatoCivile, spostato controllo da note di compilazione a congruità - TitoloStudio, spostato controllo da note di compilazione a congruità <p>Sez. 2(Accettazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regime, introdotto controllo di congruità con specialità 02 <p>Sez.3.1.1(Degenza>Diagnosi>Principale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice, aggiunto controllo congruità con Tipologia = 3 <p>Sez.3.1.2.1(Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice, aggiunto controllo congruità con Tipologia = 3 <p>Sez.3.5(Degenza>Gravidanza)</p> <ul style="list-style-type: none"> - InterruzioneGravidanza(3.5.4): <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunto controllo di obbligatorietà per codice 634xx e 632 • Aggiunto controllo di congruità per gli aborti spontanei (codice 634xx) e le interruzioni volontarie (635xx e diverso da V641, V642 e V643) <p>Sez.3.5.4(Degenza>Gravidanza>InterruzioneGravidanza)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipointerruzione, aggiunta congruità per Tipointerruzione = 1
1.7.4	31/07/2023	<p>Sez.3.3.1.1 (Degenza>Trasferimenti>Trasferimento>StrutturalRC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - RepartoHSP12, modificato controllo di validità per scarto in caso di inserimento dei codici specialità: 28, 56, 75, 60 - InService, modificato controllo di congruità. In caso di Tipologia 4 sono permessi solo trasferimenti InService = 1

		<p>Sez. 2.1 (Accettazione>StrutturaIRC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - RepartoAmmissioneHSP12, aggiunto controllo di congruità con Tipologia di Ricovero. Se specialità di ammissione = 60 allora il campo Tipologia deve essere valorizzato a 4 - RepartoAmmissioneHSP12, correzione refuso nel controllo di congruità per reparto "6089" introdotto con la versione 1.7.2: dicitura campo "CodificaIRC" sostituito con "RepartoDimissioneHSP12" <p>Sez. 4.1 (Dimissione>StrutturaIRC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - RepartoDimissioneHSP12, aggiunto controllo di congruità con il campo Tipologia del Ricovero. Se specialità di dimissione = 60 allora il campo Tipologia deve essere valorizzato a 4 - RepartoDimissioneHSP12, correzione refuso nel controllo di congruità per reparto "6089" introdotto con la versione 1.7.2: <ul style="list-style-type: none"> o dicitura campo "CodificaIRC" sostituito con "RepartoAmmissioneHSP12" o dicitura "Codice specialità di ammissione" sostituito con "Codice specialità di dimissione"
1.7.3	22/05/2023	<p>Sez. 1.1 (Assistito>Anagrafica):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodiceFiscale, modificato controllo formale. Accettati soltanto caratteri alfabetici maiuscoli e caratteri numerici
1.7.2	15/05/2023	<p>Sez. 4 (Dimissione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data, modificato controllo di congruità per TipoDimissione "A" - TipoDimissione, introdotto controllo di congruità con Tipologia del ricovero(Sez. 2) <p>Sez. 3.3.1 (Degenza>Trasferimenti>Trasferimento)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ora, Introdotto controllo di congruità tra trasferimenti, ora accettazione e ora dimissione <p>Sez. 2.1 (Accettazione>StrutturaIRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - RepartoAmmissioneHSP12, modificato criterio di congruità per accettazione reparto "6089" <p>Sez. 4.1(Dimissione>StrutturaIRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - RepartoDimissioneHSP12, modificato criterio di congruità per accettazione reparto "6089"
1.7.1	20/09/2022	<p>Sez. 2.4 (Accettazione>Ricovero Madre):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ProgressivoRicovero, modificato limite/occorrenza, formato e dominio al fine di consentire, in aggiunta al progressivo di ricovero, anche la codifica delle informazioni relative alla struttura di ricovero

1.7.0	24/05/2022	<p>Sez. 2(Accettazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modalità, aggiunte due nuove codifiche (6, 7) e modificato criterio di congruità - DataPrenotazione, modificato criterio di obbligatorietà - ClassePriorita, modificato criterio di obbligatorietà <p>Sez. 3.2.1(Degenza>ProcedureAccessi>Principale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data, modificato criterio di congruità <p>Sez. 3.2.2.1(Degenza>ProcedureAccessi>Secondarie>ProceduraSecondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data, modificato criterio di congruità
1.6.2	04/02/2022	<p>Sez. 4.1(Dimissione>StrutturalRC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - RepartoDimissioneHSP12, correzione refuso sul criterio di obbligatorietà
1.6.1	28/01/2022	<p>Sez. 4.1(Dimissione>StrutturalRC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodificaIRC, modificato criterio di obbligatorietà - Stabilimento, modificato criterio di obbligatorietà
1.6.0	25/01/2022	<p>Sez. 3.2.1(Degenza>ProcedureAccessi>Principale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data, modificato controllo di congruità. Aggiunti i codici prestazione 899X al controllo per le prestazioni effettuabili nei due giorni successi la data di dimissione <p>Sez. 3.2.2.1(Degenza>ProcedureAccessi>Secondarie>ProceduraSecondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data, modificato controllo di congruità. Aggiunti i codici prestazione 899X al controllo per le prestazioni effettuabili nei due giorni successi la data di dimissione <p>Sez. 2.1(Accettazione>StrutturalRC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodificaIRC, modificato criterio di validità - Stabilimento, modificato criterio di validità - RepartoAmmissioneHSP12, modificato criterio di validità e Note di compilazione <p>Sez. 2.3.1(Accettazione>Provenienza>StrutturalRC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodificaIRC, modificato criterio di validità <p>Sez. 3.3.1.1 (Degenza>Trasferimenti>Trasferimento>StrutturalRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodificaIRC, modificato criterio di validità - Stabilimento, modificato criterio di validità - RepartoHSP12, modificato criterio di validità e Note di compilazione <p>Sez. 4.1(Dimissione>StrutturalRC) Codice IRC di Dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodificaIRC, modificati criteri di validità e congruità - Stabilimento, modificato criterio di validità - RepartoDimissioneHSP12, eliminato criterio di validità e modificato il criterio di congruità e le note di compilazione
1.5.0	17/05/2021	<p>Sez. 3.5 (Degenza>Gravidanza)</p> <ul style="list-style-type: none"> - InterruzioneGravidanza(3.5.4), modificata criterio di obbligatorietà <p>Sez. 3.5.4 (Degenza>Gravidanza>Interruzione Gravidanza)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipointerruzione, modificato controllo di congruità
1.4.0	18/01/2021	Sez. 3.2.1(Degenza>ProcedureAccessi>Principale)

		<ul style="list-style-type: none"> - Esterno, aggiunta modalità 2 (Equipe esterna) e controllo di congruità <p>Sez. 3.2.2.1(Degenza>ProcedureAccessi>Secondarie>Procedura Secondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esterno, aggiunta modalità 2 (Equipe esterna) e controllo di congruità <p>Sez. 3.3.1.1 (Degenza>Trasferimenti>Struttura IRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodificaIRC, Modificata descrizione e modifica criterio di obbligatorietà - Stabilimento, modificata descrizione e modifica criterio di obbligatorietà - InService, aggiunta modalità 2 (Equipe esterna), modificato controllo di congruità
1.3.10	10/12/2020	<p>Sez. 3.5.3.2.1(Degenza>Gravidanza>Parto>Neonati>Neonato)</p> <ul style="list-style-type: none"> - PesoNascita, reso obbligatorio l'inserimento di almeno 3 caratteri numerici per uniformarlo a quanto richiesto dal Ministero della Salute.
1.3.9	14/09/2020	<p>Sez. 3.1.1 (Degenza>Diagnosi>Principale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice, rimossa nota di compilazione - Codice, aggiunto controllo di congruità con il campo Tipologia(sez.2) per diagnosi che identificano SDO di parto <p>Sez. 3.1.2.1 (Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice, aggiunto controllo di congruità con il campo Tipologia(sez.2) per diagnosi che identificano SDO di parto <p>Sez. 3.5 (Degenza>Gravidanza)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parto(3.5.3), modificato criterio di congruità. Se la sezione è presente, le diagnosi devono identificare una SDO di Parto - Parto(3.5.3), modificato criterio di obbligatorietà. La sezione diventa obbligatoria in caso di diagnosi che identifichino una SDO di parto <p>Sez. 4(Dimissione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - NumerAccessiDH, integrati i criteri di congruità e obbligatorietà al fine di permettere la valorizzazione per Regime = 4
1.3.8	07/05/2020	<p>Sez. 3.5(Degenza>Gravidanza)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parto(3.5.3), modificato criterio di congruità : aggiunto controllo su diagnosi Principale, in caso di parto deve essere compresa nel range 641xx-676xx <p>Sez. 3.1.1(Degenza>Diagnosi>Principale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codice, aggiunta nota di compilazione per corretta codifica della diagnosi principale in caso di Parto e Parto con complicanze
1.3.7	12/02/2020	<p>Sez. 3.2.2.1(Degenza>ProcedureAccessi>Secondarie>ProceduraSecondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ora, modificato criterio di obbligatorietà, campo obbligatorio se codice procedura secondaria è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ o assume uno dei valori: 3606, 3607 <p>Sez. 3.3.1.1(Degenza>Trasferimenti>Trasferimento>StrutturalIRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilimento, modificato criterio di obbligatorietà: estesa obbligatorietà se IN SERVICE = 0 e sono presenti trasferimenti tra stabilimenti dello stesso polo - InService, aggiunto controllo di congruità: In caso di trasferimenti tra stabilimenti dello stesso polo codificare esclusivamente il campo stabilimento <p>Sez. 3.5.4(Degenza>Gravidanza>InterruzioneGravidanza)</p> <ul style="list-style-type: none"> - DataIntervento, ristretto criterio di obbligatorietà a TipolIntervento≠9 <p>Sez. 4(Dimissione)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - NumerAccessiDH, modificato criterio di obbligatorietà: estesa obbligatorietà se REGIME = 3 - NumerAccessiDH, aggiunto controllo di congruità a REGIME = 3
1.3.6	10/12/2019	<p>Sez. 2.3.1(Accettazione>Provenienza>StrutturalRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilimento, modificato criterio di validità, escluso il controllo per gli istituti fuori regione - Stabilimento, aggiunta alle note di compilazione l'indicazione alla codifica del campo in caso di provenienza da IRC di altra regione <p>Sez. 3.5.3.2.1(Degenza>Gravidanza>Parto>Neonati>Neonato)</p> <ul style="list-style-type: none"> - PresentazioneFeto, <i>ristretto il criterio di obbligatorietà a VITALITA uguale a 1 o 3</i> - GenitaliEsterne, <i>ristretto il criterio di obbligatorietà a VITALITA uguale a 1 o 3</i> - PesoNascita, <i>ristretto il criterio di obbligatorietà a VITALITA uguale a 1 o 3</i> - CirconferenzaCranica, <i>ristretto il criterio di obbligatorietà a VITALITA uguale a 1 o 3</i> - MalformazioneNascita, <i>ristretto il criterio di obbligatorietà a VITALITA uguale a 1 o 3</i> <p>Sez. 4.1(Dimissione>StrutturalRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodificaIRC <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta al dominio per i trasferiti fuori regione la codifica CODICE REGIONE + "000" • Modificato criterio di validità: introdotto il controllo dell'esistenza del codice regione per i trasferimenti a IRC fuori regione • Aggiunta alle note di compilazione l'indicazione alla codifica del campo in caso di trasferimento a IRC di altra regione - Stabilimento <ul style="list-style-type: none"> • Modificato criterio di validità: escluso il controllo per gli istituti fuori regione • Aggiunta alle note di compilazione l'indicazione alla codifica del campo in caso di trasferimento a IRC di altra regione
1.3.5	08/11/2019	<p>Sez. 1.1(Assistito>Anagrafica)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodiceFiscale, modificato criterio di validità: escluso il controllo con l'anagrafica regionale integrata con i sistemi nazionali per la tipologia di ricovero relativa ai neonati (<i>Tipologia</i> = 2) <p>Sez. 1.4(Assistito>Mobinternazionale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - TipologiaAttestato <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta la codifica "AE" alle note di compilazione • Aggiunti al dominio i codici "S1" e "S2" <p>Sez. 2(Accettazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - DataPrenotazione, modificato criterio di congruità: la data di prenotazione può coincidere con la data di ricovero <p>Sez. 4.2.6(Dimissione>Esiti>ICTUS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - PunteggioNIHSSDimissione, modificato criterio di obbligatorietà campo non obbligatorio in caso di decesso <i>TipoDimissione</i>(Sez.2.4) = 5 - MRankingScaleDimissione, modificato criterio di obbligatorietà: campo non obbligatorio in caso di decesso, <i>TipoDimissione</i>(Sez.2.4) = 5 <p>Sez. 4.3(Dimissione>TraumiSeveri)</p> <ul style="list-style-type: none"> - PressioneArtSist, FreqRespiratoria, GlasgowComaScale, DeficitBasiArterioso, Lattati, INR, Fibrinogeno, PFRatio, GiorniVentilazMeccanica: inserite note di compilazione: definito il valore da utilizzare in caso di informazione non nota

		<ul style="list-style-type: none"> - ProcedDmgCtrlToraceEseguita, ProcedDmgCtrlAddomeEseguita, ProcedPackExtraPeritFissEst, ProcedRadioInterventiEseguita, ProcedCraniotomiaEseguita, ProcedMisPressIntracrEseguita, ProcedTrattNonOperEseguita; modificato il dominio: inserita la codifica "9 - Non nota" - GlasgowOutcomeScale, modificato il dominio: inserita la codifica "09 – Non nota"
1.3.4	10/10/2019	<p>Sez. 2(Accettazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CausaEsterna, modificati i controlli di obbligatorietà e congruità al fine di limitare il controllo alle diagnosi di dimissione e ristretto l'intervallo dei codici diagnosi da 995.x a 995.89 <p>Sez. 3.3.1.1(Degenza>Trasferimenti>Trasferimento>StrutturalRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilimento, modificata la descrizione: è stato specificato che il campo si riferisce al codice dello stabilimento della struttura dove viene effettuato il service. - RepartoHSP12: <ul style="list-style-type: none"> • Modificata descrizione, specificato che il campo si riferisce ai soli trasferimenti interni • Modificato il controllo di validità: è stato specificato che il codice specialità+reparto viene verificato sulla tabella di riferimento NSIS dell'istituto di ricovero <p>Sez. 4.1(Dimissione>StrutturalRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilimento: <ul style="list-style-type: none"> • Modificata descrizione per indicare che il campo deve contenere i codici dello stabilimento anche in caso di dimissione per trasferimento • Aggiunto controllo di congruità: verifica della corrispondenza del codice inserito con quanto presente su NSIS per l'istituto identificato nel campo "CodificaIRC" (Sez.2.4.1) • Aggiunta alle note di compilazione l'indicazione alla codifica del campo in caso di dimissione per trasferimento ad altro IRC (<i>TipoDimissione</i> = 2 o 3) - RepartoDimissioneHSP12: <ul style="list-style-type: none"> • Modificato criterio di obbligatorietà, annullata la limitazione introdotta con la versione 1.3.3. Il campo è OBBLIGATORIO per tutti i <i>TipoDimissione</i> • <i>Modificato criterio di validità</i>, integrata la descrizione del controllo <p>Sez. 4.2.3(Dimissione>Esiti>ValvoleCardiache)</p> <ul style="list-style-type: none"> - AreaValvolareAorticaPreoperatoria, CreatininaPreoperatoria, GradienteMedioTransaorticoPreoperatorio, AreaValvolareMitraticaPreoperatoria, GradienteMedioTransmitralicoPreoperatorio, FrazioneEiezioneVentricolare e STSScore: aggiunte note di compilazione. Nelle note viene indicata la modalità di compilazione dei campi. Nei casi di <u>non applicabilità</u> deve essere utilizzato il valore massimo previsto dal dominio di ciascun campo
1.3.3	02/10/2019	<p>Sez. 2(Accettazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trauma, modificati i controlli di obbligatorietà e congruità al fine di limitare il controllo alle diagnosi di dimissione e ristretto l'intervallo dei codici diagnosi da 995.x a 995.89 <p>Sez. 3.1.1(Degenza>Diagnosi>Principale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - StadiazioneCondensata, modificato controllo di congruità specificando che il codice diagnosi è riferito alla sola diagnosi principale <p>Sez. 3.1.2.1(Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> - StadiazioneCondensata, modificato controllo di congruità specificando che il codice diagnosi è riferito alla corrispondente diagnosi secondaria

		<p>Sez. 4.1(Dimissione>StrutturaIRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - RepartoDimissioneHSP12: <ul style="list-style-type: none"> • Limitata l'obbligatorietà ai <i>TipoDimissione</i> ≠ 2 e 3 • Modificato il controllo di congruità in caso di assenza di trasferimenti interni
1.3.2	16/07/2019	<p>Sez. 4.3(Dimissione>TraumiSeveri)</p> <ul style="list-style-type: none"> - GravitaLesioniSecondarie, introdotta la codifica "0" per indicare l'assenza di lesioni secondarie - CondPrincipaleRespDecesso, introdotta la codifica "00" (non applicabile) in caso di paziente non deceduto
1.3.1	09/07/2019	<p>Sez.4(Dimissione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - TipoDimissione, modificata descrizione del dominio al fine di ricondurre alla codifica 3 le dimissioni per trasferimento presso strutture di lungodegenza medica
1.3.0	10/06/2019	<p>Sez.1.1(Assistito>Anagrafica)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodiceFiscale, modificato il formato del campo per le codifiche ANONIMO, IGNOTO e ALTROATT. Aggiunto il codice dell'istituto di cura alla parte numerica del campo per garantire l'univocità del codice <p>Sez.3.2.1(Degenza>ProcedureAccessi>Principale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data, modificato controllo di congruità: aggiunti i codici prestazione 39.72 e 39.74 al controllo per le prestazioni effettuabili nelle 24h precedenti l'ora di ricovero <p>Sez.3.2.2.1(Degenza>ProcedureAccessi>Secondarie>ProceduraSecondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data, modificato controllo di congruità: aggiunti i codici prestazione 39.72 e 39.74 al controllo per le prestazioni effettuabili nelle 24h precedenti l'ora di ricovero <p>Sez.4.1(Dimissione>StrutturaIRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodificaIRC: <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunta nota di compilazione per indicare la corretta compilazione del campo, al fine di acquisire il codice della struttura di destinazione nei casi di trasferimento • Aggiunto controllo di congruità nel caso di dimissione per trasferimento
1.2.0	31/05/2019	<p>Sez.3.2.1(Degenza>ProcedureAccessi>Principale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data, modificato criterio di congruità al fine di circoscrivere il controllo dell'ora alle sole prestazioni per le quali l'ora risulti obbligatoria - Ora, esteso il controllo di obbligatorietà alle prestazioni riconducibili a PTCA <p>Sez.3.2.2.1(Degenza>ProcedureAccessi>Secondarie>ProceduraSecondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data, modificato criterio di congruità al fine di circoscrivere il controllo dell'ora alle sole prestazioni per le quali l'ora risulti obbligatoria - Ora, esteso il controllo di obbligatorietà alle prestazioni riconducibili a PTCA <p>Sez.4(Dimissione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eredi(4.2), modificato il criterio di obbligatorietà in OBBLIGATORIO per renderlo congruo con le condizioni degli elementi interni alla sezione
1.1.0	20/05/2019	<p>Sez.1(Assistito)</p> <ul style="list-style-type: none"> - TitoloStudio, StatoCivile: Aggiunte note di compilazione per la compilazione corretta nel caso di SDO riferita a neonato (<i>Tipologia</i>=2) - Professione(1.3), introdotta la non obbligatorietà per le SDO riferite a neonati (<i>Tipologia</i>=2) - Residenza (1.2), modificato criterio di obbligatorietà: aggiunta eccezione per pazienti ANONIMI - Professione(1.3), modificato criterio di obbligatorietà: aggiunta eccezione per pazienti ANONIMI e IGNOTI <p>Sez 1.1(Assistito>Anagrafica)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Cognome, modificato criterio di obbligatorietà: aggiunta eccezione per pazienti ANONIMI e IIGNOTI - Nome, modificato criterio di obbligatorietà: aggiunta eccezione per pazienti ANONIMI e IIGNOTI - CodiceFiscale <ul style="list-style-type: none"> • Aggiunto formato per la codifica dei pazienti aventi diritto all'anonimato • Aggiunto formato per la codifica dei pazienti IIGNOTI • Aggiunta codifica "ALTROATTESTATO" per codificare i casi che non rientrino nelle altre casistiche previste per il campo • Aggiunto controllo di congruità: • Inserito il controllo per la corretta codifica di paziente "ANONIMO" • Inserito controllo per la codifica "ALTROATTESTATO" - DataNascita, aggiunte note di compilazione per la corretta compilazione in caso di paziente ANONIMO o IIGNOTO <p>Sez. 2(Accettazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Provenienza(2.3), Modalità, introdotta la non obbligatorietà per le SDO riferite a neonati (<i>Tipologia</i>=2) - Tipologia, modificato criterio di congruità: <ul style="list-style-type: none"> • Esteso il controllo per <i>Tipologia</i> = 1 anche a <i>Tipologia</i> = 3 • Aggiunti in caso di Tipologia=2 i controlli con i campi TitoloStudio, StatoCivile, Professione(1.3), Provenienza(2.3) e Modalità • Rimosso controllo per <i>Tipologia</i> ≠ 2 <p>Sez.3.2(Degenera>ProcedureAccessi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principale, modificato criterio di obbligatorietà da OBBLIGATORIOLIGATORIO a NON OBBLIGATORIOLIGATORIO <p>Sez.3.2.1(Degenera>ProcedureAccessi>Principale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - IdAnestesista, modificato il criterio di obbligatorietà da OBBLIGATORIOLIGATORIO a NON OBBLIGATORIOLIGATORIO in entrambe le sezioni - CheckListSO, aggiunto al dominio il codice 9 (non applicabile) in entrambe le sezioni - Ora, ristretto il criterio di obbligatorietà alle procedure terapeutiche e diagnostiche maggiori (classificazione 4 AHRQ) e a TAC e RMN associate a diagnosi di ictus emorragico ed ischemico <p>Sez.3.2.2.1(Degenera>ProcedureAccessi>Secondarie>ProceduraSecondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> - IdAnestesista, modificato il criterio di obbligatorietà da OBBLIGATORIOLIGATORIO a NON OBBLIGATORIOLIGATORIO in entrambe le sezioni - CheckListSO, aggiunto al dominio il codice 9 (non applicabile) in entrambe le sezioni - Ora, ristretto il criterio di obbligatorietà alle procedure terapeutiche e diagnostiche maggiori (classificazione 4 AHRQ) e a TAC e RMN associate a diagnosi di ictus emorragico ed ischemico, in entrambe le sezioni <p>Sez.3.5.1(Degenera>Gravidanza>StoriaOstetrica)</p> <ul style="list-style-type: none"> - DataUltimoParto, modificato l'operatore relazionale nel controllo di congruità da "\geq" a "$>$" <p>Sez.4.1(Dimissione>StrutturalRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - CodificaIRC, Stabilimentoe RepartoDimissioneHSP12: modificato il criterio di obbligatorietà
1.0.0	27/03/2019	Prima versione



REGIONE
LAZIO

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
AREA INNOVAZIONE e ICT

Descrizione del documento e classificazione dei controlli

L'invio del nuovo flusso SDO è attivo tramite Web Service, per le modalità di invio e di composizione del messaggio XML si rimanda alle specifiche tecniche che verranno pubblicate al link:

<https://www.salutelazio.it/per-gli-sviluppatori>.

In questo documento vengono descritte le specifiche tecniche che definiscono le modalità di compilazione e codifica dei dati oggetto dell'invio. Ogni tabella del documento si riferisce ad una sezione o nodo del messaggio XML, gli elementi descritti in ogni tabella possono essere dati analitici o rappresentare altre sezioni o sottонodi XML.

Per ogni elemento della tabella, che sia esso un dato analitico o una Sezione XML viene definito un set di proprietà che consentono la corretta identificazione del dato da inviare, descrivono le modalità di compilazione e i controlli applicati al dato in fase di acquisizione con il corrispondente codice di errore.

Ogni tabella ha per titolo il tag XML preceduta da un indice utile per tenere traccia della gerarchia tra le varie sezioni. Nella intestazione tabella viene riportato per comodità l'intero percorso dei sottонodi. Per ogni dato o sezione XML descritto nelle tabelle sono definite le seguenti proprietà:

Descrizione

Permette la corretta identificazione della informazione da inserire anche tramite riferimenti normativi.

Obbligatorietà

Definisce i criteri in base ai quali un dato o una sezione XML deve essere necessariamente compilata oppure omessa. Vengono utilizzate le parole chiave OBBLIGATORIO e FACOLTATIVO eventualmente seguite dai criteri che ne restringono l'applicabilità. È strettamente legata al parametro Occorrenza in quanto può vincolare i casi con occorrenza 0 a determinate condizioni.

Tipo

Definisce il tipo di dato che il sistema si aspetta. Tutti i dati analitici inviati nel formato XML sono stringhe di testo, il tipo quindi in questo caso rappresenta una indicazione sulla natura dell'informazione, le codifiche saranno le seguenti:

- **Numerico** quando il dato rappresenta una grandezza scalare
- **Stringa** quando l'informazione rappresenta un codice o un testo.
- **Sezione XML**, quando il dato in questione è un nodo o sottонodo della struttura XML

Lunghezza

Come detto in precedenza ogni dato analitico nel messaggio XML è rappresentato da una stringa di testo, di conseguenza, soltanto per i dati analitici l'informazione **Lunghezza** definisce i limiti alle sue dimensioni. Questo parametro può definire un intervallo minimo/massimo, una o più lunghezze fisse oppure un insieme delle due.

Per gli intervalli si definiscono i valori di lunghezza minima e massima separati da un trattino (ad es. 1 – 3), per i dati a lunghezza fissa viene indicato il singolo valore e se ci fossero più lunghezze fisse consentite, come accade ad esempio per il codice fiscale, queste sono indicate da un elenco separato da virgola (ad es per il codice fiscale avremmo 11, 16, 20).

Occorrenza

Per la natura del formato XML ogni tag o nodo può essere ripetuto più volte se abbiamo c'è la necessità di acquisire più informazioni dello stesso tipo o potrebbe anche non essere inviata affatto se un dato non è necessario nel contesto del set di informazioni inviate. Per questo tramite l'informazione **Occorrenza** viene indicato il numero di ripetizioni possibili per il dato o la sezione in oggetto. Queste possono essere indicate come un range o un valore fisso, nel caso di range si usa come per la lunghezza il valore minimo e massimo separati da un trattino. Una occorrenza "0" significa che il dato o

la sezione XML può essere omessa, nel caso invece la sezione possa essere ripetuta più volte senza un limite massimo viene indicato il limite superiore con la lettera “n”.

Formato

Il formato definisce le regole di codifica del dato. Non si applica alle sezioni XML.

Nelle tabelle viene indicata la regola secondo la notazione delle espressioni regolari accompagnata da una parte descrittiva che ne esplica il significato.

Dominio

Si applica soltanto ai dati analitici e ne definisce gli intervalli di valori o l'elenco dei codici consentiti. Nel caso di intervallo di valori sono indicati il valore minimo e massimo separati da un tratto “-”, nel caso di valori specifici sono elencati utilizzando il carattere “,” come separatore

Validità

Similmente al dominio la validità mette in relazione il dato con un intervallo o una lista di valori consentiti, la differenza risiede nel fatto che questi valori sono definiti esternamente al sistema e spesso da altri enti, come ad esempio gli elenchi ISTAT delle unità territoriali. Questa proprietà indica i riferimenti agli elenchi utilizzati per il controllo.

Congruità

La congruità infine definisce i vincoli che dovranno essere rispettati tra i differenti dati dello stesso messaggio XML. Alcuni elementi potranno essere presenti soltanto a certe condizioni come ad esempio le sezioni XML dedicate al Parto dovranno essere necessariamente compilate nel caso di una sdo avente Tipologia di ricovero 3 (Esiti di gravidanza). Questi controlli servono a garantire la congruità del set di dati inviati

Tabelle descrittive del messaggio XML

Le tabelle seguenti descrivono la struttura ad albero del messaggio XML, il tag “sdo” è il tag radice che racchiude le sezioni principali di ogni scheda di dimissione (Assistito, Accettazione, Degenza e Dimissione)

SDO

sdo		Codice errore
Assistito(1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML che racchiude le informazioni relative all'assistito	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
Accettazione(2)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML che racchiude i dati relativi all'accettazione del paziente	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
Degenza(3)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML che racchiude i dati relativi registrati durante la degenza del paziente	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
Dimissione(4)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML che racchiude i dati relativi alla dimissione del paziente	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	

1. Assistito

Assistito		Codice errore
Anagrafica (1.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML che racchiude tutte le informazioni anagrafiche dell'assistito	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1	
Residenza (1.2)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni di residenza dell'assistito	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se il CodiceFiscale (1.1.Assistito>Anagrafica) identifica paziente ≠ da ANONIMO o IGNOTO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1	
Cittadinanza		
<i>Descrizione</i>	Cittadinanza dell'assistito al momento del ricovero	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Lunghezza</i>	3	
<i>Formato</i>	[0-9]{3} – Tre caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	Codici delle unità territoriali estere ISTAT	
<i>Validità</i>	Controllo con i codici delle unità territoriali estere ISTAT	

StatoCivile	
<i>Descrizione</i>	Stato civile al momento del ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Celibe/nubile 2 = Coniugato/a 3 = Separato/a 4 = Divorziato/a, Stato libero dopo decesso 5 = Vedovo/a, Stato libero a seguito di scioglimento unione civile 6 = Convivente 9 = Non noto
<i>Congruità</i>	Per Tipologia (2.Accettazione) = 2 deve essere valorizzato a 1
<i>Note</i>	-

TitoloStudio	
<i>Descrizione</i>	Titolo di studio dell'assistito al momento de ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Nessun titolo 1 = Licenza elementare 2 = Diploma di scuola media inferiore 3 = Diploma di scuola media superiore 4 = Diploma universitario/ Laurea breve 5 = Laurea magistrale/Titolo superiore 9 = Non dichiarato
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Per Tipologia (2 Accettazione) = 2 deve essere valorizzato a 0
<i>Note</i>	-

Professione(1.3)	
<i>Descrizione</i>	Sezione XML che contiene le informazioni relative alla professione dell'assistito al momento de ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Tipologia (2.Accettazione) ≠ 2 OBBLIGATORIO se il CodiceFiscale(1.1.Assistito>Anagrafica) identifica paziente ≠ da ANONIMO o IGNOTO
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
MobInternazionale (1.4)	
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni riguardo la condizione mobilità internazionale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se OnereDegenza (2. Accettazione) assume uno dei seguenti valori: A, B, C, D, E
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	1

1.1 Anagrafica

Assistito > Anagrafica		Codice errore
Cognome		
<i>Descrizione</i>	Cognome del paziente	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se il CodiceFiscale identifica paziente diverso da ANONIMO o IGNOTO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Lunghezza</i>	2 - 80	
<i>Formato</i>	[A-Z]{2,80} - Set di caratteri ammessi [A-Z] e [spazio]	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
Nome		
<i>Descrizione</i>	Nome del paziente	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se il CodiceFiscale identifica paziente diverso da ANONIMO o IGNOTO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Lunghezza</i>	1 - 80	
<i>Formato</i>	[A-Z]{2,80} - Set di caratteri ammessi [A-Z] e [spazio]	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

Sesso	
<i>Descrizione</i>	Sesso del paziente
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Maschio 2 = Femmina 9 = Non definito
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
CodiceFiscale	
<i>Descrizione</i>	Codice identificativo del paziente
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Lunghezza</i>	11 - 20
<i>Formato</i>	Set di caratteri ammessi [A-Z] e [0-9] secondo le seguenti codifiche: –Codice Fiscale: Fare riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte –STP: si considerano validi i codici formati dalla stringa “STP” + codice numerico di 13 caratteri (allineato a destra e completato con gli zero a sinistra) registrato sul tesserino STP –ENI: si considerano validi i codici formati dalla stringa ENI + codice numerico di 13 caratteri (allineato a destra e completato con gli zero a sinistra) registrato sul tesserino ENI

	<ul style="list-style-type: none"> – Richiedenti Protezione Internazionale: si considerano validi i codici composti da 11 caratteri numerici – Diritto all'anonimato: si considerano validi i codici composti dalla stringa “ANONIMO” + codice numerico di 3 caratteri dell'istituto di cura + codice numerico progressivo di 6 caratteri allineato a destra e completato con zero a sinistra – Paziente ignoto: nei casi in cui sia impossibile risalire alle generalità del paziente viene considerato valido il codice “IGNOTO” + codice numerico di 3 caratteri dell'istituto di cura + codice numerico progressivo di 7 caratteri allineato a destra e completato con zero a sinistra – Altro attestato: per le ulteriori casistiche non ricomprese nelle codifiche precedenti utilizzare il codice “ALTROATT” + codice numerico di 3 caratteri dell'istituto di cura + codice numerico progressivo di 5 caratteri allineato a destra e completato con zero a sinistra
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	Per le codifiche Codice fiscale , ENI e STP , il codice viene verificato con l'anagrafica regionale integrata con i sistemi nazionali ad esclusione dei codici fiscali di neonati identificati con Tipologia(2. Accettazione) = 2
<i>Congruità</i>	<p>Per codice = “ANONIMO*****” allora deve essere verificata una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Codice(3.1.1. Degenza>Diagnosi>Prinicpale) deve assumere uno dei seguenti valori: 042, V08, 303.xx, 304.xx, 635.xx – Codice(3.1.2.1. Degenza>Diagnosi>Secodarie>DiagnosiSecondaria) deve assumere uno dei seguenti valori: 042, V08, 303.xx, 304.xx, 635.xx – Tipologia(2. Accettazione) = 3 <p>Per codice = “ALTROATT*****” allora TipologiaAttestato(1.4.Assistito>MobInternazionale) deve assumere uno dei seguenti valori: UE, XT, SA,S1, S2</p>
<i>Note</i>	-

ComuneNascita	
<i>Descrizione</i>	Codice ISTAT del comune di nascita del paziente
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se il CodiceFiscale identifica paziente diverso da ANONIMO o IGNOTO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Lunghezza</i>	6
<i>Formato</i>	[0-9]{6} – Sei caratteri numerici
<i>Dominio</i>	Per i comuni italiani il campo dovrà essere valorizzato con il codice a sei cifre delle unità territoriali italiane ISTAT Per gli stati esteri, il campo dovrà essere valorizzato concatenando la stringa “999” con il codice delle unità territoriali estere ISTAT
<i>Validità</i>	Verifica dell'esistenza del codice nelle tabelle di riferimento ISTAT
DataNascita	
<i>Descrizione</i>	Data di nascita del paziente
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Lunghezza</i>	8
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 1[2])[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	Data(2. Accettazione) – DataNascita < 125 anni
<i>Congruità</i>	DataNascita ≤ Data(2. Accettazione) Se Tipologia(2.Accettazione) = 2 allora DataNascita = Data(2. Accettazione)
<i>Note</i>	Se il CodiceFiscale identifica paziente ANONIMO comporre la data di nascita con l'anno effettivo di nascita del paziente e per il mese e giorno utilizzare il valore convenzionale “0101” Se il CodiceFiscale identifica paziente IGNOTO qualora la data di nascita non sia rilevabile indicare l'anno di nascita desunto approssimativamente dall'età seguito dal valore convenzionale “0101”

1.2 Residenza

Assistito > Residenza		Codice errore
Regione		
Descrizione	Regione di residenza	
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO	
Tipo	Stringa	
Occorrenza	1	
Lunghezza	3	
Formato	[0-9]{3} – Tre caratteri numerici	
Dominio	010 = Piemonte 020 = Valle d'Aosta 030 = Lombardia 041 = Provincia Autonoma Trento 042 = Provincia Autonoma Bolzano 050 = Veneto 060 = Friuli-Venezia Giulia 070 = Liguria 080 = Emilia-Romagna 090 = Toscana 100 = Umbria 110 = Marche 120 = Lazio 130 = Abruzzo 140 = Molise 150 = Campania 160 = Puglia 170 = Basilicata 180 = Calabria 190 = Sicilia 200 = Sardegna 999 = Residenti estero/Apolidi	
Validità	-	
Congruità	-	
Note	-	

Comune	
<i>Descrizione</i>	Comune di residenza del paziente al momento del ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Lunghezza</i>	6
<i>Formato</i>	[0-9]{6} – Sei caratteri numerici
<i>Dominio</i>	Per i comuni italiani il campo dovrà essere valorizzato con il codice a sei cifre delle unità territoriali italiane, come definito dall'ISTAT Per i residenti all'estero il campo dovrà essere valorizzato concatenando la stringa "999" con il codice delle unità territoriali estere come definito dall'ISTAT
<i>Validità</i>	Verifica dell'esistenza del codice ISTAT con i codici comune o con i codici degli stati esteri attivi al momento del ricovero
<i>Congruità</i>	Verifica con il codice Regione
<i>Note</i>	-
ASL (1.2.1)	
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sulla ASL di residenza del paziente al momento del ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Regione ≠ "999" e CodiceFiscale(1.1.Assistito>Anagrafica) ≠ "ANO-NIMO*****"
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

1.2.1 ASL

Assistito > Residenza > ASL		Codice errore
Codice		
<i>Descrizione</i>	Codice ASL di residenza del paziente al momento del ricovero	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Lunghezza</i>	3	
<i>Formato</i>	[0-9]{3} – Tre caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	<p>Per le ASL della regione Lazio il campo deve essere compreso nell'elenco:</p> <p>201 = ROMA 1 202 = ROMA 2 203 = ROMA 3 204 = ROMA 4 205 = ROMA 5 206 = ROMA 6 109 = VITERBO 110 = RIETI 111 = LATINA 112 = FROSINONE</p> <p>Per le altre regioni Italiane il campo deve essere compilato con i codici ASL definiti dal ministero della salute</p>	
<i>Validità</i>	Verifica della corretta correlazione tra Codice e Comune (1.2.Assistito>Residenza) nelle tabelle di riferimento	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
Municipio		
<i>Descrizione</i>	Municipio di residenza al momento di ricovero per i pazienti residenti nel comune di Roma	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice ASL è nell'elenco: 201, 202, 203	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Lunghezza</i>	2	

<i>Formato</i>	[0-9]{2}	
<i>Dominio</i>	01, 02, 03 ,04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	<p>Verifica corrispondenza tra codice Municipio e campo Codice ASL, secondo i raggruppamenti seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se Codice ASL = 201: 01,02,03,13,14,15 - Se Codice ASL = 202: 04,05,06,07,08,09 - Se Codice ASL = 203: 10,11,12 	
<i>Note</i>	-	

1.3 Professione

Assistito > Professione		Codice Errore
CondizioneProfessionale		
<i>Descrizione</i>	Condizione professionale al momento del ricovero	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Tipologia (2.Accettazione) ≠ 2	
<i>Tipo</i>	Stringa	
	0 - 1	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	1 = Occupato 2 = Disoccupato 3 = In cerca di prima occupazione 4 = Studente 5 = Casalinga 6 = Ritirato dal lavoro/Inabile 9 = Non noto	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

Posizione	
<i>Descrizione</i>	Posizione ricoperta nella professione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se CondizioneProfessionale = 1
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Imprenditore/Libero professionista 2 = Altro lavoratore autonomo 3 = Lavoratore dipendente, Dirigente/Direttivo 4 = Lavoratore dipendente, Impiegato 5 = Lavoratore dipendente, Operaio 6 = Lavoratore dipendente, altro (apprendista, lav. a domicilio, etc.) 9 = Non noto
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Controllo se CondizioneProfessionale = 1
<i>Note</i>	-
RamoAttivitàEconomica	
<i>Descrizione</i>	Ramo di attività economica
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se CondizioneProfessionale = 1
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Agricoltura, caccia e pesca 2 = Industria 3 = Commercio, pubblici servizi e alberghiero 4 = Pubblica amministrazione 5 = Altri servizi privati 9 = Non noto
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Se presente allora CondizioneProfessionale = 1

1.4 MobInternazionale

Assistito > MobInternazionale		Codice errore
TipologiaAttestato		
Descrizione	Tipologia attestato di diritto	
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO	
Tipo	Stringa	
Occorrenza	1	
Lunghezza	2	
Formato	[A-Z]{2} – Due caratteri alfabetici	
Dominio	IT = Attestato TEAM Italiana UE = Attestato TEAM non Italiana AE = Altro attestato UE TP = Tessera STP XT = Altro paese in convenzione (Argentina, Australia, Brasile, Montenegro-Bosnia Erzegovina, Rep. Macedonia-Serbia, Monaco, San Marino, Tunisia, Capo Verde, Santa Sede Vaticano) SA = Attestato SASN EN = Attestato ENI S1 = Attestato S1 (ex E106, E109, E120, E121) S2 = Attestato S2(ex E112)	
Validità	-	
Congruità	-	
Note	-	
CodiceCassalstituzioneEsteraCompetente		
Descrizione	Codice cassa istituzione estera competente	
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO se TipologiaAttestato ≠ TP, SA, EN	
Tipo	Stringa	
Occorrenza	0 - 1	
Lunghezza	10	
Formato	Dieci caratteri senza vincoli di codifica	
Dominio	-	

<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Per gli attestati TEAM/EHIC va inserito il campo 7 riportato sulla tessera sanitaria europea

SiglaPaeseIstituzioneEsteraCompetente

<i>Descrizione</i>	Sigla del paese o istituzione estera
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipologiaAttestato ≠ TP, SA, EN
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Lunghezza</i>	2 - 3
<i>Formato</i>	[A-Z]{2,3} – Due o Tre lettere dell’alfabeto latino
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	Corrispondenza codici nazioni secondo standard ISO 3166-1 Alpha2 o Alpha3
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

CodiceQualificaBeneficiario

<i>Descrizione</i>	Codice qualifica del beneficiario
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Uno o due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	1 = Lavoratore Subordinato 2 = Lavoratore Autonomo 9 = Lavoratore Frontaliero(Subordinato) 10 = Lavoratore Frontaliero(Autonomo) 11 = Lavoratore Disoccupato 12 = Pensionato
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-

<i>Note</i>	-	
CodiceAttestato		
<i>Descrizione</i>	-	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Lunghezza</i>	1 - 5	
<i>Formato</i>	Da 1 a 5 caratteri senza vincoli di codifica	
<i>Dominio</i>	EHIC (Team), REPL (Certificato sostitutivo provvisorio TEAM), S1 (o ex modelli E106, E109, E120, E121), S2 (o ex modello E112), oppure l'omologo codice dell'attestato dei paesi in convenzione	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
DataInizioValidita		
<i>Descrizione</i>	-	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Lunghezza</i>	8	
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12)[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

DataFineValidità	
<i>Descrizione</i>	-
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Lunghezza</i>	8
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 1[2][0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
NumeroTessera	
<i>Descrizione</i>	-
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipologiaAttestato ≠ TP, SA, EN
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Lunghezza</i>	20
<i>Formato</i>	20 caratteri senza vincoli di codifica
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

IdentificativoUtente	
<i>Descrizione</i>	Codice identificativo Utente
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipologiaAttestato ≠ TP, SA, EN
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Lunghezza</i>	20
<i>Formato</i>	20 caratteri senza vincoli di codifica
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

2. Accettazione

Accettazione		Codice errore
CodiceNosograficoRegionale		
<i>Descrizione</i>	Codice nosografico generato a livello regionale durante l'invocazione dei servizi di integrazione ADT	
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Lunghezza</i>	11	
<i>Formato</i>	[0-9]{11} – 11 caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	Se presente, il codice nosografico verrà controllato con i codici nosografici precedentemente generati tramite i servizi di integrazione ADT	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
ProgressivoRicovero		
<i>Descrizione</i>	Numero progressivo di ricovero assegnato dall'ospedale corrispondente al numero identificativo della cartella clinica	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Lunghezza</i>	6	
<i>Formato</i>	[0-9]{6} – 6 caratteri numerici	
<i>Dominio</i>		
<i>Validità</i>	Il progressivo di ricovero dovrà essere univoco per anno di ricovero per singolo istituto	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	Il numero progressivo dovrà essere costituito da soli numeri, dove la lunghezza risulti inferiore ai sei caratteri dovrà essere completato riempiendo a sinistra i caratteri mancanti con zero fino al raggiungimento della lunghezza stabilita.	

StrutturalRC(2.1)	
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sull'Istituto di ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Tipologia	
<i>Descrizione</i>	Tipologia dell'assistenza
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Acuti 2 = Neonati 3 = Esiti di gravidanza 4 = Lungodegenza 5 = Riabilitazione
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	<p>Se Tipologia = 1 la specialità di ricovero individuata nei primi due caratteri del campo RepartoAmmissioneHSP12(2.1.Accettazione>StrutturalRC) deve essere diversa dai valori: 28, 56, 75, 60 e 31</p> <p>Se Tipologia = 3 la specialità di ricovero individuata nei primi due caratteri del campo RepartoAmmissioneHSP12(2.1.Accettazione>StrutturalRC) deve essere diversa dai valori: 28, 56, 75, 60 e 31</p> <p>Se Tipologia = 2 il campo Regime deve essere valorizzato con il codice “1”</p> <p>Se Tipologia = 2 il campo TitoloStudio(1. Assistito) deve essere valorizzato con il codice “0”</p> <p>Se Tipologia = 2 il campo StatoCivile(1. Assistito) deve essere valorizzato con il codice “1”</p>

	<p>Se Tipologia = 2 i dati: Modalita, Professione(1.3) e Provenienza(2.3) non devono essere presenti</p>
	<p>Se Tipologia = 4 allora dovranno essere verificate le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regime = “1” • Modalita = “1” • Primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1.Accettazione>StrutturalRC) e RepartoDimissioneHSP12(4.1.Dimissione>StrutturalRC) devono essere valorizzati entrambi con il codice “60”
	<p>Se Tipologia = 5 allora dovranno essere verificate le seguenti condizioni:</p>
	V2.0.0
	<ul style="list-style-type: none"> • Regime = “1” o “2” • Modalita = “1” o “4” • i primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1.Accettazione>StrutturalRC) e RepartoDimissioneHSP12(4.1.Dimissione>StrutturalRC) devono essere valorizzati entrambi con uno dei seguenti codici: “28”, “56”, “75” • Devono essere presenti le sezioni 2.5(Accettazione>Riabilitazione) e 4.4(Dimissione>Riabilitazione)
<i>Note</i>	-
Data	
<i>Descrizione</i>	Data di ricovero nell'istituto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	8
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] [12][0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-

Note	-
Ora	
<i>Descrizione</i>	Ora di accettazione nel reparto di ammissione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	5
<i>Formato</i>	([01]\d 2[0-3]):([0-5]\d) Due coppie di caratteri numerici separati dal carattere ":" HH:MI (Ore:Minuti)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
Note	-
Modalita	
<i>Descrizione</i>	Indica la modalità di ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per Tipologia ≠ 2
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Programmato 2 = Urgente 3 = TSO 4 = Programmato con preospedalizzazione 5 = Parto non urgente 6 = Programmato per Recupero Interventi Chirurgici 7 = Programmato per Recupero Interventi Chirurgici con preospedalizzazione
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Se Modalita = 1, 4, 6 o 7 allora Codice (2.3. Accettazione>Provenienza) ≠ 6 e 9 Se Modalita = 2 o 3 allora Codice (2.3. Accettazione>Provenienza) ≠ 4 Se Modalita = 2 o 5 allora Regime = 1
Note	-

DataPrenotazione	
<i>Descrizione</i>	Data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuta all'operatore addetto alla prenotazione, con conseguente iscrizione del paziente nelle liste di attesa, tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per OnereDegenza ≠ 3 e 4 e Regime = 2 o 4
	OBBLIGATORIO per OnereDegenza ≠ 3 e 4, e Regime = 1 e Modalita = 1,4, 6 o 7
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	8
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12)[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	DataPrenotazione ≤ Data(2. Accettazione)
<i>Note</i>	-
ClassePriorita	
<i>Descrizione</i>	-
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per OnereDegenza ≠ 3 e 4 e Regime = 2 o 4
	OBBLIGATORIO per OnereDegenza ≠ 3 e 4 , e Regime = 1 e Modalita = 1,4, 6, 7
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[A-Z]{1} – Un carattere dell'alfabeto latino
<i>Dominio</i>	A = Ricovero entro 30 giorni B = Ricovero entro 60 giorni C = Ricovero entro 180 giorni D = Senza attesa massima definita
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

CausaEsterna	
<i>Descrizione</i>	Causa esterna
<i>Obbligatorietà</i>	<p>OBBLIGATORIO se sono verificate tutte le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regime = 1 • Almeno un codice diagnosi di dimissione Codice (3.1.1 Degenza>Diagnosi>Principale) o Codice (3.1.2.1 Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) è compreso negli intervalli 800-904 o 910-995.89 • La specialità di ricovero individuata nei primi due caratteri del campo RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) ≠ 60, 28, 56, 75
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	4 - 5
<i>Formato</i>	(E)([0-9]{3,4}) – Carattere “E” seguito tre o quattro caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Regime = 1 e almeno un codice diagnosi di dimissione Codice (3.1.1 Degenza>Diagnosi>Principale) o Codice (3.1.2.1 Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) è compreso negli intervalli 800-904 o 910-995.89
<i>Note</i>	-
DiagnosiAmmissione(2.2)	
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sulla diagnosi al momento dell'ammissione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-

<i>Note</i>	Inserire le diagnosi presenti al momento dell'ammissione, preesistenti al ricovero, pur se rilevate o diagnosticate in momenti successivi	
Provenienza(2.3)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sulla provenienza dell'assistito	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per Tipologia ≠ 2	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
MotivoDH		
<i>Descrizione</i>	Motivo del day-hospital	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per Regime = 2 o 4	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} - Un carattere numerico	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per Regime = 2 o 4	
<i>Dominio</i>	1 = Terapeutico 2 = Diagnostico 3 = Chirurgico 4 = diagnostico/terapeutico	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	Se valorizzato allora Regime = 2 o 4	
	Se MotivoDH = 3 allora Tipologia <> 5	V2.0.0
<i>Note</i>	-	

Trauma	
<i>Descrizione</i>	Codice trauma
<i>Obbligatorietà</i>	<p>OBBLIGATORIO se sono verificate tutte le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regime = 1 • Almeno un codice diagnosi di dimissione Codice (3.1.1 Degenza>Diagnosi>Principale) o Codice (3.1.2.1 Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) è compreso negli intervalli 800-904 o 910-995.89 • La specialità di ricovero individuata nei primi due caratteri del campo RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) ≠ 60, 28, 56, 75
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Aggressione 2 = Autolesione 3 = Incidente sul lavoro (fisico/manuale) 4 = Incidente sul lavoro (di concetto) 5 = In ambiente domestico 6 = In ambiente scolastico 7 = Conseguente ad attività sportiva 8 = Incidente in strada 9 = In luoghi chiusi
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Regime = 1 e almeno un codice diagnosi di dimissione Codice (3.1.1 Degenza>Diagnosi>Principale) o Codice (3.1.2.1 Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) è compreso negli intervalli 800-904 o 910-995.89 e RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturalRC) ≠ 60 , 28, 56 e 75
<i>Note</i>	-
RicoveroMadre(2.4)	
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sul ricovero della madre per le SDO relative a neonati
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per Tipologia =2

Tipo	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Regime	
<i>Descrizione</i>	Regime di ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Ordinario 2 = Day Hospital 3 = Ospedalizzazione domiciliare 4 = Day-surgery con pernottamento
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Per Regime = 2, 3 o 4 Modalita ≠ da 2(Urgente)
	Per Regime = 2 o 4 i primi due caratteri dei campi RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturalRC) e RepartoDimissioneHSP12 (4.1 Dimissione>StrutturalRC) devono essere uguali tra loro e diversi da: 49, 50, 51, 60, 73, 31
	Per Regime = 1 i primi due caratteri dei campi RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturalRC) e RepartoDimissioneHSP12 (4.1 Dimissione>StrutturalRC) devono essere diversi da 02, 98
<i>Note</i>	Per Regime = 2 o 4 fare riferimento alla DGR 143/06 e ss.mm., DGR 423/05 e ss.mm. e Art.2 Dir.5 del 23/9/2005
OnereDegenza	
<i>Descrizione</i>	Onere della degenza
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO

<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[A-Z0-9]{1} - Un carattere alfanumerico
<i>Dominio</i>	<p>1 = SSN 2 = SSN + Convenzione alberghiera 3 = Assistenza indiretta 4 = Pagante 5 = Libera Attività Professionale Intramoenia A = Ricovero a carico del Ministero della Salute (STP) B = Ricovero di paziente SASN C = Ricovero parzialmente a carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione), per pazienti stranieri provenienti da paesi convenzionati con SSN (UE ed extra UE) , per pazienti in possesso di attestato S1 o S2 D = Ricovero interamente a carico del SSN, per pazienti stranieri provenienti da paesi convenzionati con SSN (UE ed extra UE), per pazienti in possesso di attestato S1 o S2 E = Ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza sono inclusi tutti gli stranieri con tessere STP o ENI)</p>
<i>Validità</i>	<p>Per OnereDegenza=5 l'Istituto di ricovero non deve essere una Casa di Cura</p> <p>Per OnereDegenza = "A" il campo CodiceFiscale(1.1 Assistito>Anagrafica) deve essere un codice di tipo STP ("STP"+13 caratteri numerici)</p>
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Riabilitazione(2.5)	
	V2.0.0
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente i dati di riabilitazione rilevati all'accettazione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Tipologia = 5
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Se presente allora Tipologia = 5
<i>Note</i>	-

2.1 StrutturalRC

Accettazione > StrutturalRC		Codice errore
CodificaIRC		
<i>Descrizione</i>	Codice dell'istituto di ricovero	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	6	
<i>Formato</i>	[0-9]{6} – 6 caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	Codici previsti nel modello HSP11	
<i>Validità</i>	Controllo della presenza nella tabella di riferimento e dello stato di attività alla data di ricovero	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
Stabilimento		
<i>Descrizione</i>	Codice dello stabilimento	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	2	
<i>Formato</i>	[0-9]{2} – 2 caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	“00” e Codici previsti nel modello HSP11 bis	
<i>Validità</i>	Controllo della presenza nella tabella di riferimento e dello stato di attività alla data di ricovero	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	Se l'istituto di cura si compone di un'unica sede utilizzare il codice “00”, altrimenti nel caso di polo ospedaliero inserire il codice dello stabilimento	

RepartoAmmissioneHSP12	
<i>Descrizione</i>	Codice della specialità e del reparto di ammissione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	4
<i>Formato</i>	[0-9]{4} – 4 caratteri numerici
<i>Dominio</i>	Il campo deve essere valorizzato con i codici ministeriali previsti dai modelli HSP12 e HSP13
<i>Validità</i>	<p>Per le strutture pubbliche: controllo esistenza codice specialità e reparto su tabelle di riferimento alla data di ricovero</p> <p>Per le strutture private: controllo di esistenza del solo codice di specialità su tabelle di riferimento alla data di ricovero</p>
<i>Congruità</i>	<p>Se la specialità di ammissione (primi due caratteri del campo) è uguale a 31 allora Tipologia (2. Accettazione) = 2</p> <p>Se i primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 corrispondono al valore “60” allora Tipologia(2. Accettazione) = 4</p> <p>Se i primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 corrispondono ai valori: “28”, “56” o “75” allora Tipologia(2. Accettazione) = 5</p> <p>Se RepartoAmmissioneHSP12 = “6089” e Data(2.Accettazione) > 10/05/2023 allora devono essere verificate le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipologia (2. Accettazione) = 4 • Regime (2. Accettazione) = 1 • RepartoDimissioneHSP12(4.1 Dimissione>StrutturalRC) = “6089” • Codice(2.3 Accettazione>Provenienza) = 5 • CodificaIRC(2.3.1 Accettazione>Provenienza>StrutturalRC) deve appartenere all’elenco di codici NSIS HSP.12/HSP.13E, di cui alla lista pubblicata nella DGR 153/2023
<i>Note</i>	<p>Il campo è composto dalla concatenazione di due codici numerici di due caratteri ciascuno: il primo identifica il codice di specialità clinica, il secondo identifica il codice reparto con cui viene distinta l’unità operativa nell’ambito della stessa specialità.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per le strutture pubbliche ed equiparate i codici specialità e reparto fanno riferimento ai dati del modello HSP12. • Per le strutture private va indicato solo il codice specialità, facendo riferimento ai dati del modello HSP13. Gli ultimi due caratteri possono assumere qualsiasi valore

2.2 DiagnosiAmmissione

Accettazione > DiagnosiAmmissione		Codice errore
Principale (sez. 2.2.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente la diagnosi principale presente al momento dell'ammissione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
Secondarie (sez. 2.2.2)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le diagnosi secondarie presenti al momento dell'ammissione	
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

2.2.1 Principale

Accettazione > DiagnosiAmmissione > Principale		Codice errore
Codice		
Descrizione	Codice della diagnosi principale presente al momento dell'ammissione	
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO	
Tipo	Stringa	
Lunghezza	3 - 5	
Formato	([0-9]{3,5}) (V[0-9]{2,4}) – Da 3 a 5 caratteri numerici oppure lettera “V” seguita da 2 a 4 caratteri numerici	
Dominio	-	
Validità	Deve appartenere all'elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio	
Congruità	-	
Note	-	

2.2.2 Secondarie

Accettazione > DiagnosiAmmissione > Secondarie		Codice errore
DiagnosiSecondaria(2.2.2.1)		
Descrizione	Sezione XML contenente il codice della diagnosi secondaria presente al momento dell'ammissione	
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO	
Tipo	Sezione XML	
Occorrenza	1 - n	
Formato		
Dominio	-	

<i>Validità</i>	
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

2.2.2.1 DiagnosiSecondaria

Accettazione > DiagnosiAmmissione > Secondarie > DiagnosiSecondaria		Codice errore
Codice		
<i>Descrizione</i>	Codice della diagnosi secondaria presente al momento dell'ammissione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	3 - 5	
<i>Formato</i>	([0-9]{3,5}) (V[0-9]{2,4}) – Da 3 a 5 caratteri numerici oppure lettera “V” seguita da 2 a 4 caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	Deve appartenere all'elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

2.3 Provenienza

Accettazione > Provenienza		Codice errore
Codice		
<i>Descrizione</i>	Provenienza del paziente	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	

<i>Formato</i>	[A-Z0-9]{1} – Un carattere numerico o appartenente all’alfabeto latino	
<i>Dominio</i>	<p>0 = Ricovero al momento della nascita 1 = Medico di base 2 = Guardia medica 3 = Specialista o medico diverso da quello di base 4 = Ricovero programmato su indicazione di specialista interno 5 = Trasferito da altro istituto 6 = Trasferito dal P.S. dello stesso IRC di ricovero 7 = Presentazione spontanea del paziente 8 = Da altro regime o tipologia dello stesso IRC di ricovero 9 = Inviato da PS di altro IRC A = Carcere B = Paziente proveniente da struttura residenziale territoriale(ad esempio: Residenza socioassistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex art.26 L. 833/1978) C = Provenienza OBI</p>	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	<p>Se Codice = 0 allora Tipologia(2.Accettazione) = 2</p> <p>Se Codice = 1, 2, 3, 4, 6, 9, A, C allora Tipologia(2.Accettazione) <> 5</p>	V2.0.0
<i>Note</i>	-	

StrutturalRC

<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni della struttura di provenienza del paziente	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice = 5 o 9	
	OBBLIGATORIO se Codice = 5 o 8 e Tipologia(2.Accettazione) = 5	V2.0.0
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

NumeroPS		
<i>Descrizione</i>	Numero progressivo di accesso in pronto soccorso dello stesso istituto	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice = 6	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	6	
<i>Formato</i>	[0-9]{6} – 6 caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	Se valorizzato allora Codice = 6	
<i>Note</i>	-	
ProgressivoRicovero		V2.0.0
<i>Descrizione</i>	Numero progressivo di ricovero assegnato dall'ospedale corrispondente al numero identificativo della cartella clinica di provenienza	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice provenienza = 5 o 8 e Tipologia (2.Accettazione) = 5	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	6	
<i>Formato</i>	[0-9]{6} – 6 caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	Il numero progressivo dovrà essere costituito da soli numeri, dove la lunghezza risulti inferiore ai sei caratteri dovrà essere completato riempiendo a sinistra i caratteri mancanti con zero fino al raggiungimento della lunghezza stabilita	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
Regime		V2.0.0
<i>Descrizione</i>	Regime di ricovero del ricovero di provenienza	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per Tipologia (2.Accettazione) = 5	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	

<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Ordinario 2 = Day Hospital
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

TempoDaEventoAcuto V2.0.0

<i>Descrizione</i>	Tempo tra evento acuto e ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per Codice provenienza = 5 e 8 Tipologia (2.Accettazione) = 5
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[A-Z]{1} – Un carattere dell’alfabeto latino
<i>Dominio</i>	A = 0-10gg B = 11-30gg C = 31-60gg D = 61-360gg E = >360 F = 31-60gg procrastinato per motivi clinici
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Se valorizzato a “F” allora TipologiaProvenienza (2.5Accettazione>Riabilitazione) = 1
<i>Note</i>	-

2.3.1 StrutturalRC

Accettazione > Provenienza > StrutturalRC		Codice errore
CodificaIRC		
<i>Descrizione</i>	Codice dell’istituto di ricovero di provenienza	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	

Tipo	Stringa
Lunghezza	6
Formato	[0-9]{6} – Sei caratteri numerici
Dominio	Codici previsti nel modello HSP11 per gli istituti della Regione Lazio, per i provenienti da fuori regione utilizzare CODICE REGIONE (dove codice regione ≠120) + "000"
Validità	Per gli IRC della Regione Lazio (primi 3 caratteri di CodificaIRC = 120) controllo della presenza nella tabella di riferimento Per gli IRC di regioni diverse della Regione Lazio (primi 3 caratteri di CodificaIRC ≠ 120) verifica della validità di CODICE REGIONE o "999" per stati esteri
Congruità	-
Note	-

Stabilimento

Descrizione	Codice dello stabilimento
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO
Tipo	Stringa
Lunghezza	2
Formato	[0-9]{2} – Due caratteri numerici
Dominio	"00" e Codici previsti nel modello HSP11 bis
Validità	Per i poli ospedalieri controllo dell'esistenza del codice stabilimento nell'anagrafica degli istituti. Il controllo è escluso per CodificaIRC = CODICE REGIONE (dove codice regione ≠120) + "000"
Congruità	-
Note	Se l'istituto di cura si compone di una unica sede o, CodificaIRC (sez.2.2.3.1) = CODICE REGIONE (dove codice regione ≠120) + "000", utilizzare il codice "00". Altrimenti, nel caso di poli ospedalieri, inserire il codice dello stabilimento.

RepartoHSP12

V2.0.0

Descrizione	Codice della specialità e del reparto di provenienza
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO se Tipologia (2.Accettazione) = 5 e Codice (2.3 Accettazione>Provenienza) = 5, 8
	OBBLIGATORIO se Tipologia (2.Accettazione) = 5 e Codice (2.3 Accettazione>Provenienza) = 7 e TipologiaProvenienza (2.5Accettazione>Riabilitazione) = 1

<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	4
<i>Formato</i>	[0-9]{4} – Quattro caratteri numerici
<i>Dominio</i>	Il campo deve essere valorizzato con i codici ministeriali previsti dai modelli HSP12 e HSP13
<i>Validità</i>	Per le strutture pubbliche: controllo esistenza codice specialità e reparto su tabelle di riferimento Per le strutture private: controllo di esistenza del solo codice di specialità su tabelle di riferimento
<i>Congruità</i>	Se primi 2 caratteri di RepartoHSP12 = (28,56,75) allora Codice (2.3.Accettazione>Provenienza) = 5, 8 e TipologiaProvenienza (2.5Accettazione>Riabilitazione) = 2 Se primi 2 caratteri di RepartoHSP12 = 60 allora Codice (2.3.Accettazione>Provenienza) = 5, 8 e TipologiaProvenienza (2.5Accettazione>Riabilitazione) = 3 Se primi 2 caratteri di RepartoHSP12 <> (28,56,75,60) allora Codice (2.3.Accettazione>Provenienza) = 5, 7, 8 e TipologiaProvenienza (2.5Accettazione>Riabilitazione) = 1
<i>Note</i>	Il campo è composto dalla concatenazione di due codici numerici di due caratteri ciascuno: il primo identifica il codice di specialità clinica, il secondo identifica il codice reparto con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa specialità clinica. Per le strutture pubbliche ed equiparate i codici di specialità clinica e reparto fanno riferimento ai dati del modello HSP12. Per le strutture private va indicato solo il codice specialità clinica, facendo riferimento ai dati registrati nel modello HSP13. Gli ultimi due caratteri possono assumere qualsiasi valore

2.4 RicoveroMadre

Accettazione > RicoveroMadre		Codice errore
ProgressivoRicovero		
<i>Descrizione</i>	Numero progressivo di ricovero della cartella clinica assegnato dall'ospedale alla madre del bambino. Comprensivo del codice struttura e polo ospedaliero dell'istituto	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	

<i>Lunghezza</i>	14
<i>Formato</i>	[0-9]{14} oppure [0-9]{8}NR[0-9]{4} – 14 caratteri numerici oppure 8 caratteri numerici seguiti da “NR” e seguito da altri 4 caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	Il codice struttura e polo dovrà essere un codice di struttura valido all'interno del sistema sanitario regionale
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	<p>Il codice dovrà essere costituito come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caratteri da 1 a 8 dovranno contenere il codice dell'istituto di ricovero della madre comprensivo di ASL/Azienda e polo ospedaliero. Ad es 120XXX00. Per gli istituti costituiti da un unico polo dovrà essere usato il valore polo “00” • I caratteri da 9 a 14 (6 caratteri) dovranno essere valorizzati con il codice progressivo della cartella clinica della madre riempito a sinistra con “0” fino al raggiungimento della lunghezza stabilita. Nel caso di madre che non riconosce il figlio, il progressivo ricovero dovrà essere costituito dalla stringa “NR” e a seguire il progressivo numerico di 4 caratteri specifico per questi casi, in caso il progressivo sia di lunghezza inferiore a 4 caratteri dovrà essere completato a sinistra con il carattere “0” fino al raggiungimento della lunghezza corretta

AnnoRicovero	
<i>Descrizione</i>	Anno di ricovero della madre
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	4
<i>Formato</i>	[09]{4} – Quattro caratteri numerici nel formato YYYY
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

2.5 Riabilitazione

Accettazione > Riabilitazione		Codice errore
Provenienza		
<i>Descrizione</i>	Provenienza del paziente	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[A-Z]{1} – Un carattere alfabetico	
<i>Dominio</i>	A = Da reparto per acuti B = Da reparto post acuti C = Da domicilio su invio del reparto per acuti D = Da domicilio E = Da setting residenziale/domiciliare (Residenze sanitarie, non sanitarie, Case di riposo, Case famiglia).	
<i>Validità</i>		
<i>Congruità</i>	Se Provenienza = A, B, o C allora Codice (Accettazione>Provenienza) = 5 o 8 Se Provenienza = D allora Codice (Accettazione>Provenienza) = 7 Se Provenienza = E allora Codice (Accettazione>Provenienza) = B	
<i>Note</i>	-	
TipologiaProvenienza		
<i>Descrizione</i>	Tipologia di provenienza	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	1 = Proveniente da ricovero in acuti/da domicilio su invio da reparto per acuti 2 = Proveniente da ricovero in riabilitazione 3 = Proveniente da ricovero in lungodegenza 4 = Paziente proveniente da struttura residenziale territoriale socioassistenziale	

	<p>5 = Paziente proveniente da struttura residenziale territoriale hospice 6 = Paziente proveniente da struttura residenziale territoriale psichiatrica 7 = Paziente proveniente da struttura residenziale territoriale ex art.26 L. 833/1978 8 = Da Domicilio</p>
<i>Validità</i>	
<i>Congruità</i>	<p>Se TipologiaProvenienza= 1 allora Provenienza =A o C</p> <p>Se TipologiaProvenienza= 2 allora RepartoHSP12 (2.3.1) Accettazione>Provenienza>StrutturalRC) = 28, 56 o 75 e Provenienza=B</p> <p>Se TipologiaProvenienza= 3 allora RepartoHSP12 (2.3.1) Accettazione>Provenienza>StrutturalRC) = 60 e Provenienza=B</p> <p>Se TipologiaProvenienza = 4, 5, 6 o 7 allora Provenienza=E</p> <p>Se TipologiaProvenienza= 8 allora Provenienza=D</p>
<i>Note</i>	-

PatologiaOggettoInterventoRiabilitativo

<i>Descrizione</i>	Codice ICD9CM della patologia oggetto dell'intervento riabilitativo (codice della Sindrome Funzionale) al momento dell'accettazione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	5
<i>Formato</i>	([0-9]{3,5}) (V[0-9]{2,4}) – Da 3 a 5 caratteri numerici oppure lettera “V” seguita da 2 a 4 caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	Deve appartenere all'elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

PatologiaSecondariaDiBase

<i>Descrizione</i>	Codice ICD9CM della patologia eziologica al momento dell'accettazione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO

<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	5
<i>Formato</i>	([0-9]{3,5}) (V[0-9]{2,4}) – Da 3 a 5 caratteri numerici oppure lettera “V” seguita da 2 a 4 caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	Deve appartenere all’elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

AltraPatologiaAssociata

<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente i codici delle patologie secondarie associate
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

CompromissioneCognitiva

<i>Descrizione</i>	Compromissione cognitiva
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	<p>1 = no 2 = lieve o lieve eminattenzione spaziale 3 = moderata o modesta eminattenzione spaziale 4 = grave o grave eminattenzione spaziale 5 = disturbi di memoria</p>

	<p>6 = disorientamento spazio temporale 7 = scarsa responsività 8 = assenza di responsività 9 = non valutabile</p>	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
CompromissioneComportamento		
<i>Descrizione</i>	Compromissione del comportamento	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	<p>1 = no 2 = scarsa collaborazione 3 = comportamento disinibito 4 = inerzia, scarsa iniziativa 5 = depressione dell'umore 6 = turbe disforiche 7 = sintomi psicotici 8 = agitazione psicomotoria, necessita di supervisione continua 9 = non valutabile</p>	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
CompromissioneComunicazioneLinguaggio		
<i>Descrizione</i>	Compromissione della comunicazione/linguaggio	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	<p>1 = no 2 = disartia/disfonia</p>	

	3 = dislessia 4 = afasia fluente 5 = afasia non fluente 6 = afasia globale/mutismo 7 = ritardo evolutivo nel linguaggio 9 = non valutabile	
Validità	-	
Congruità	-	
Note	-	

CompromissioneSensoriale

<i>Descrizione</i>	Compromissione sensoriale	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1 - 2	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	1 = no 2 = anosmia (perdita dell'olfatto) 3 = ageusia (perdita del gusto) 4 = ipoacusia in un orecchio 5 = ipoacusia in entrambi 6 = diplopia/strabismo 7 = restringimento del campo visivo 8 = ipoacuità visiva in un occhio 9 = ipoacuità visiva nei due occhi 99 = non valutabile	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

CompromissioneManipolazione

<i>Descrizione</i>	Compromissione della manipolazione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	

<i>Dominio</i>	1 = no 2 = difficoltà di prensione arto superiore dx 3 = difficoltà di prensione arto superiore sin 4 = difficoltà prensione entrambi arti superiori 5 = impossibilità di prensione arto superiore dx 6 = impossibilità di prensione arto superiore sin 7 = impossibilità di prensione entrambi arti superiori 9 = non valutabile	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
CompromissioneEquilibrio		
<i>Descrizione</i>	Compromissione dell'equilibrio	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	1 = no 2 = atassia, necessita di supervisione 3 = atassia, necessita di un unico sostegno 4 = atassia, necessita di doppio sostegno 5 = non mantiene la stazione eretta/grave deficit coordinazione arti 6 = controllo del tronco assente/incompleto 7 = vertigini 9 = non valutabile	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
CompromissioneLocomozione		
<i>Descrizione</i>	Compromissione della locomozione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici	

<i>Dominio</i>	1 = no 2 = necessita di un unico sostegno 3 = necessita di doppio sostegno 4 = necessita di tutori 5 = necessita di doppio sostegno e tutori 6 = necessita di doppio sostegno, tutori e avanzamento passivo di un arto dal terapista 7 = necessita di deambulatore 8 = in carrozzina, spostamenti autonomi 9 = in carrozzina, spostamenti non autonomi 10 = deambulazione impossibile/allettamento obbligato 99 = non valutabile	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
CompromissioneCardiovascolare		
<i>Descrizione</i>	Compromissione cardiovascolare prevalente	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} - Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	1 = no 2 = ipertensione arteriosa grave 3 = trombosi venosa profonda/arteriopatia periferica 4 = disturbi ritmo cardiaco 5 = aritmia grave 6 = infarto miocardico recente (< 8 settimane) 7 = scompenso cardiaco classe NYHA 2-3 8 = stato post cardiochirurgico 9 = non valutabile	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
CompromissioneApparatoRespiratorio		
<i>Descrizione</i>	Compromissione apparato respiratorio	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	

<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1= no 2 = dispnea da sforzo senza O2 terapia 3 = dispnea a riposo senza O2 terapia 4 = Ossigeno-terapia (flusso £2 lt/min) 5 = Ossigeno-terapia (flusso ³2 lt/min) 6 = Ventilazione meccanica non invasiva 7 = Ventilazione meccanica invasiva 8 = Stato post-toraco-chirurgico 9 = non valutabile
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
CompromissioneUlcere	
<i>Descrizione</i>	Ulcere
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = no 2 = ulcera da decubito stadio 1 (eritema cutaneo) 3 = ulcera da decubito stadio 2 (interessato epidermide e/o derma) 4 = ulcera da decubito stadio 3 (interessato tessuto sottocutaneo con necrosi) 5 = ulcera da decubito stadio 4 (interessato piano muscolare e/o osseo con necrosi) 6 = ulcera da decubito multiple 7 = ulcera vascolare
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
CompromissioneControlloSfinterico	
<i>Descrizione</i>	Compromissione del controllo sfinterico

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = no 2 = stipsi importante 3 = incontinenza fecale 4 = alvo neurogeno 5 = colostomia 9 = non valutabile
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

CompromissioneApparatoUrinario

<i>Descrizione</i>	Compromissione apparato urinario
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = no 2 = incontinenza occasionale o notturna 3 = incontinenza permanente, senza catetere 4 = incontinenza con catetere intermittente 5 = incontinenza con catetere a permanenza 6 = epicistostomia/nefrotomia percutanea monolaterale o bilaterale 7 = soggetto in dialisi 9 = non valutabile
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

CompromissioneAreaNutrizione

<i>Descrizione</i>	Compromissione area nutrizione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO

<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = no 2 = grande obesità (IMC>35 kg/m ²) 3 = malnutrizione (IMC<18,5 kg/m ²) 4 = disfagia, necessita di training degluttitorio 5 = sondino naso gastrico 6 = PEG (gastrostomia endoscopica percutanea) 7 = nutrizione parenterale
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

CompromissioneTracheostomia

<i>Descrizione</i>	Tracheostomia
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = no 2 = pz. con cannula scuffiata 3 = pz. con cannula cuffiata
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

PazientePostComatoso

<i>Descrizione</i>	Paziente post-comatoso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico

<i>Dominio</i>	1 = no 2 = sì, con esiti acuti per il presente ricovero 3 = sì, senza esiti acuti per il presente ricovero
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
PazienteMieloleso	
<i>Descrizione</i>	Paziente mieloleso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = no 2 = sì
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
RankinScale	
<i>Descrizione</i>	Rankin Scale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 anni
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 5
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2005Alimentazione	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005. Alimentazione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 anni e PazientePostComatoso <>2 e PazienteMieloleso <> 2
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato. 2 = Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto. 5 = Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte nel thè, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro. 8= Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona. 10= Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2005BagnoDoccia	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005 Bagno/Doccia
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <>2 e PazienteMieloleso <> 2
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0= Totale dipendenza nel lavarsi. 1= Necessita di aiuto per tutte le operazioni. 3= Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi. 4= Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).

	5= Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	
Validità	-	
Congruità	-	
Note	-	
bi2005IgienePersonale		
Descrizione	Barthel Index 2005, Igiene Personale	
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <>2 e PazienteMieloleso <> 2	
Tipo	Numerico	
Lunghezza	1	
Formato	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
Dominio	0 = Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti. 1 = Necessita di aiuto per tutte le operazioni. 3 = Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale. 4 = In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni. 5 = Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli).	
Validità	-	
Congruità	-	
Note	-	
bi2005Abbigliamento		
Descrizione	Barthel Index 2005, Abbigliamento	
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <>2 e PazienteMieloleso <> 2	
Tipo	Numerico	
Lunghezza	1 - 2	
Formato	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici	

<i>Dominio</i>	0 = Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora. 2 = Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti. 5 = Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento. 8 = Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe. 10 = Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2005Continenzaintestinale

<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Continenza Intestinale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <>2 e PazienteMieloleso <> 2
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Incontinente. 2 = Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie. 5 = Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, ed ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannolini, ecc. 8 = Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite. 10 = Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2005ContinenzaUrinaria

<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Continenza Urinaria
--------------------	---

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <>2 e PazienteMieloleso <> 2
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni. 2 = Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno. 5 = In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessita di aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. 8 = Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di un minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni. 10 = Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2005UsoGabinetto

<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Uso del gabinetto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <>2 e PazienteMieloleso <> 2
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0= Completamente dipendente. 2= Necessita di aiuto per tutti gli aspetti. 5= Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per trasferimenti e per lavare le mani. 8= Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla. 10= Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-

<i>Note</i>	-
bi2005TrasferimentoLettoCarrozzina	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Trasferimento Letto-Carrozzina
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <>2 e PazienteMieloleso <> 2
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferirlo con o senza un sollevatore meccanico. 3 = Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento. 8 = Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento. 12 = Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza. 15 = Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. È indipendente durante tutte le fasi.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2005Deambulazione	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Deambulazione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <>2 e PazienteMieloleso <> 2
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di deambulare autonomamente. 3 = Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione. 8 = Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.

12 = Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia <50 m. Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.
15 = Capace di portare una protesi se necessario bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e porre gli ausili a portata di mano. In grado di usare le stampelle, bastoni, walker e deambulare per almeno 50 m. senza aiuto o supervisione.

Validità

-

Congruità

-

Note

-

bi2005Scale

<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Scale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <>2 e PazienteMieloleso <> 2
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Incapace di salire e scendere le scale. 2 = Necessita di aiuto per salire e scende le scale (compreso eventuale uso di ausili). 5 = Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza. 8 = In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.). 10 = In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2005UsoCarrozzina

<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Uso della carrozzina
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1

<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	<p>0 = Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.</p> <p>1 = Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.</p> <p>3 = Necessita presenza e assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al letto, tavolo, ecc.</p> <p>4 = Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreno e superficie regolare. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.</p> <p>5 = Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.). L'autonomia deve essere > = 50 m.</p>
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Se valorizzato allora verificare che Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. = 0
<i>Note</i>	-

bi2015Alimentazione

<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), Alimentazione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 anni e PazientePostComatoso <>2 e PazienteMieloso <> 2
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	<p>0 = Non in grado di alimentarsi</p> <p>5 = Ha bisogno di assistenza (tagliare la carne ecc. oppure di una dieta modificata, dieta semisolida-liquida o alimentazione artificiale (PEG)</p> <p>10 = In grado di alimentarsi</p>
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2015BagnoDoccia

<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), bagnodoccia
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18
<i>Tipo</i>	Numerico

<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di lavarsi autonomamente 5 = È in grado di lavarsi autonomamente
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015Aspetto	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), aspetto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = È in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015Vestirsi	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), vestirsi
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di vestirsi autonomamente 5 = Ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = È in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci ecc.)
<i>Validità</i>	-

<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015Intestinale	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), intestinale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di controllare l'alvo 5 = Occasionalmente in grado di controllare l'alvo 10 = È in grado di controllare l'alvo
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015ContinenzaUrinaria	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), vescica
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di controllare la minzione 5 = Occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = È in grado di controllare la minzione
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015UsoGabinetto	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), usowc

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di utilizzare il WC 5 = È in grado di utilizzare il WC con assistenza 10 = È in grado di utilizzare il WC autonomamente
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2015Trasferimenti

<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), trasferimenti
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di effettuare i trasferimenti 5 = È in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = È in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisico). 15 = È in grado di effettuare i trasferimenti.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2015Mobilità

<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), mobilità
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2

<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	<p>0 = Non in grado di spostarsi per più di 50 metri</p> <p>5 = In grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri</p> <p>10 = È in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona</p> <p>15 = In grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri</p>
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015Scale	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), scale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	<p>0 = Non in grado di salire e scendere le scale</p> <p>5 = È in grado di salire e scendere le scale con assistenza</p> <p>10 = È in grado di salire e scendere le scale autonomamente</p>
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015Score	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), PUNTEGGIO TOTALE
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 anni
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 3
<i>Formato</i>	[0-9]{1,3} – Da uno a tre caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 100
<i>Validità</i>	-

<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
RCSScore	
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), PUNTEGGIO TOTALE
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 22
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Il punteggio riportato in RCSScore deve corrispondere alla somma dei punteggi RCS_CR + RCS_N + RCS_M + RCS_TD + RCS_TI + RCS_E
<i>Note</i>	
RCS_CR	
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Cura o Rischio
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	2
<i>Formato</i>	{C R}{0-4} – Primo carattere C o R, secondo carattere numerico nel range 0-4
<i>Dominio</i>	Il primo carattere identifica il tipo e può assumere i valori “C” od “R” Il secondo carattere identifica lo score e può assumere valori nel range 0-4
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
RCS_N	
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Bisogni infermieristici specializzati
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO

<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 4
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
RCS_M	
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Bisogno di cure mediche
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 4
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
RCS_TD	
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Bisogni terapeutici, numero discipline
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 4
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-

<i>Note</i>	-	
RCS_TI		
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Bisogni terapeutici, numero intensità	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	0 – 4	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
RCS_E		
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Necessità di ausili	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	0 - 2	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
SIXMWT		
<i>Descrizione</i>	Scala 6MWT, metri percorsi	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "56"	
<i>Tipo</i>	N	

<i>Lunghezza</i>	1 - 4
<i>Formato</i>	(-?)[0-9]{1-3} – Da uno a tre caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 – 999 oppure -1(test non eseguito)
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

MWTBorg

<i>Descrizione</i>	Scala di borg
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "56"
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1-2
<i>Formato</i>	(-?)[0-9]{1} – Un carattere numerico eventualmente preceduto dal segno “-”
<i>Dominio</i>	1 = no sintomi 2 = sforzo molto, molto lieve 3 = sforzo molto lieve 4 = sforzo lieve 5 = sforzo moderato 6 = sforzo un po' pesante 7 = sforzo pesante 8 = sforzo molto pesante 9 = sforzo molto, molto pesante -1 = Test non eseguito
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

BiDYS

<i>Descrizione</i>	Barthel index Dispnea, Punteggio totale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "56"
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 4

<i>Formato</i>	(-?)[0-9]{1,3} – Da uno a tre caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 – 100 oppure -1(test non eseguito)
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
GCS	
<i>Descrizione</i>	Glasgow Coma Scale (GCS)
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "75"
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	3 - 15
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
DCA	
<i>Descrizione</i>	Durata del coma in acuzie (DCA)
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se PazientePostComatoso(2.5.Riabilitazione) = 2, 3 e Regime=1 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "75"
<i>Tipo</i>	N
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 - 3
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

LCF	
<i>Descrizione</i>	Level of Cognitive Functioning (LCF)
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "75"
<i>Tipo</i>	N
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 - 8
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
GOS	
<i>Descrizione</i>	Glasgow Outcome Scale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se PazientePostComatoso = 2 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "75"
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	2 = Stato vegetativo 3 = Disabilità grave 4 = Disabilità moderata 5 = Buon Recupero
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
GOSE	
<i>Descrizione</i>	Glasgow Outcome Scale Extended
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "75"

Tipo	Stringa
Lunghezza	1
Formato	[0-9]{1} – Un carattere numerico
Dominio	<p>2 = stato vegetativo</p> <p>3 = disabilità grave, completamente dipendente dagli altri</p> <p>4 = disabilità grave, dipendente dagli altri per alcune attività</p> <p>5 = disabilità moderata, lavoro ad un livello inferiore di performance</p> <p>6 = disabilità moderata, ritorno alla precedente attività con adattamenti</p> <p>7 = buon recupero con deficit fisici o mentali minori</p> <p>8 = buon recupero</p>
Validità	-
Congruità	
Note	-
DRS	
Descrizione	Disability Rating Scale (DRS)
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO se PazientePostComatoso = 2 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturaIRC) = "75"
Tipo	Stringa
Lunghezza	1 - 2
Formato	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
Dominio	0 - 29
Validità	-
Congruità	
Note	-
GCA	
Descrizione	Grave cerebrolesione acquisita (GCA)
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO se PazientePostComatoso = 2,3 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturaIRC) = "75"
Tipo	Stringa
Lunghezza	1
Formato	[0-9]{1} – Un carattere numerico

<i>Dominio</i>	1 - 5				
<i>Validità</i>	-				
<i>Congruità</i>					
<i>Note</i>	-				
SCIM					
<i>Descrizione</i>	Spinal Cord Independence Measure (SCIM)				
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "28"				
<i>Tipo</i>	Numerico				
<i>Lunghezza</i>	1 - 3				
<i>Formato</i>	[0-9]{1-3} – Da uno a tre caratteri numerici				
<i>Dominio</i>	0 - 100				
<i>Validità</i>	-				
<i>Congruità</i>					
<i>Note</i>	-				
ASIA					
<i>Descrizione</i>	ASIA Impairment Scale (ISNCSCI Versione 2019)				
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "28"				
<i>Tipo</i>	Stringa				
<i>Lunghezza</i>	4				
<i>Formato</i>	[A-Z]{1}[0-9]{1,2}[A-Z]{1} – Una lettera dell’alfabeto latino, seguita da uno a due caratteri numerici, seguiti da un’altra lettera dell’alfabeto				
<i>Dominio</i>	Primo carattere della stringa (Tipo di lesione): C = Cervicale L = Lombare S = Sacrale T = Toracica Uno o due caratteri numerici che possono assumere valori in range differenti in funzione del Tipo di lesione (primo carattere) secondo il seguente schema: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th style="text-align: center;">Tipo</th> <th style="text-align: center;">Min</th> <th style="text-align: center;">Max</th> </tr> </table>		Tipo	Min	Max
Tipo	Min	Max			

C (Cervicale)	1	8
L (Lombare)	1	5
S (Sacrale)	1	5
T (Toracica)	1	12

Ultimo carattere della stringa (livello della lesione):

A = Lesione completa

B = Lesioni incomplete sensitive

C = Lesioni incomplete motorie. (La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3)

D = Lesioni incomplete motorie. (La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o i 3)

E = Normale

<i>Validità</i>	Primo carattere deve essere compreso nel
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
GM	
<i>Descrizione</i>	Grave mielolesione (GM)
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se PazienteMieloleso = 2 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12(2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "28"
<i>Tipo</i>	N
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 - 5
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

2.5.1 AltraPatologiaAssociata

Accettazione > Riabilitazione > AltraPatologiaAssociata		Codice errore
Codice		
<i>Descrizione</i>	Codice ICD9CM della patologia secondaria associata, al momento dell'accettazione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Occorrenza</i>	1 - 8	
<i>Formato</i>	([0-9]{3,5}) (V[0-9]{2,4}) – Da 3 a 5 caratteri numerici oppure lettera “V” seguita da 2 a 4 caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	Deve appartenere all'elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio	
<i>Congruità</i>	Codice diverso da PatologiaOggettoInterventoRiabilitativo (Sez.2.5 Accettazione>Riabilitazione)	
	Codice diverso da PatologiaSecondariaDiBase (Sez.2.5 Accettazione>Riabilitazione)	
<i>Note</i>	-	

3. Degenza

Degenza		Codice errore
Diagnosi(3.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le diagnosi al momento della dimissione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per Tipologia(2.Accettazione)<> 5	V2.0.0
<i>Tipo</i>	Sezione XML	

<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	Se Tipologia (2.Accettazione) = 5 la sezione non deve essere presente	V2.0.0
<i>Note</i>	Diagnosi alla dimissione	

ProcedureAccessi(3.2)

<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le procedure	
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

Trasferimenti(3.3)

<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sui trasferimenti interni e esterni (in service) effettuati nel corso della degenza	
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	La sezione dovrà essere presente se Tipologia (2.Accettazione) = 5 e Esterno (3.2.1 ProcedureAccessi>Principale>) =1 oppure Esterno (3.2.2.1 ProcedureAccessi>Secondarie>ProceduraSecondaria) = 1 (almeno una)	V2.0.0

	La sezione non dovrà essere presente se Tipologia (2.Accettazione) = 4	
<i>Note</i>	-	
Farmaci(3.4)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente i farmaci chemioterapici somministrati nei DH per chemioterapia	
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	La sezione dovrà essere presente solo se Regime (2.Accettazione) = 2 e almeno un CODICE DI PROCEDURA uguale a 99.25	
<i>Note</i>	-	
Gravidanza(3.5)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sugli esiti di gravidanza	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Tipologia (2.Accettazione) = 3	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.1 Diagnosi

Degenza > Diagnosi		Codice errore
Principale(3.1.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente la diagnosi principale alla dimissione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
Secondarie(3.1.2)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le diagnosi secondarie alla dimissione	
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.1.1 Principale

Degenza > Diagnosi > Principale		Codice errore
Codice		
Descrizione	Codice della diagnosi principale presente al momento della dimissione	
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO	
Tipo	Stringa	
Lunghezza	3 - 5	
Formato	([0-9]{3,5}) ([V][0-9]{2,4}) – Da 3 a 5 caratteri numerici oppure lettera “V” seguita da 2 a 4 caratteri numerici	
Dominio	-	
Validità	Deve appartenere all’elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio	
Congruità	Il campo Tipologia (2.Accettazione) deve essere uguale a 3 se si verifica almeno uno nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> • Per Codice che assume valori nell’intervallo 640xy-649xy avendo la quinta cifra “y” uguale a 1 o 2 • Per Codice che assume valore 650 • Per Codice che assume valori nell’intervallo 651xy-676xy avendo la quinta cifra “y” uguale a 1 o 2 • Per Codice che assume valore v27x • Per Codice che assume valore 635xx e non esiste alcuna occorrenza del campo Codice(3.1.2.1 Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) che assume uno dei valori: V641, V642, V643 • Per Codice che assume valore 634xx o 632 	
Note	-	
PresenteAmmissione		
Descrizione	Indica la presenza all’ammissione della diagnosi	
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO	
Tipo	Stringa	
Lunghezza	1	
Formato	[0-9]{1} – Un carattere numerico	

<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si 2 = Documentazione insufficiente a determinare se la condizione era presente all'ammis- sione 3 = Non applicabile
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Fare riferimento all'allegato A per le linee guida di assegnazione
Lateralita	
<i>Descrizione</i>	Specifica il lato del corpo od organo a cui si riferisce la diagnosi
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale 4 = Non applicabile
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
StadiazioneCondensata	
<i>Descrizione</i>	Indica lo stadio di neoplasia maligna
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice assume un valore compreso negli intervalli: <ul style="list-style-type: none"> • 140.0-190.9 • 193-199.1
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	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, 6) 8 = Nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è (1, 2, 3, 4) 9 = Ignoto	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.1.2 Secondarie

Degenza > Diagnosi > Secondarie		Codice errore
DiagnosiSecondaria		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le diagnosi secondarie alla dimissione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIA almeno una diagnosi secondaria se presente la sezione Secondarie (3.1.2)	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1 - n	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.1.2.1 DiagnosiSecondaria

Degenza > Diagnosi > Secondarie > DiagnosiSecondaria	Codice errore

Ordine	
<i>Descrizione</i>	Codice numerico progressivo che identifica l'ordine di compilazione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 – 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Codice	
<i>Descrizione</i>	Codice della diagnosi secondaria presente al momento della dimissione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	3 - 5
<i>Formato</i>	([0-9]{3,5}) (V[0-9]{2,4}) – Da 3 a 5 caratteri numerici oppure lettera "V" seguita da 2 a 4 caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	Deve appartenere all'elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio
<i>Congruità</i>	Il campo Tipologia (2.Accettazione) deve essere uguale a 3 se si verifica almeno uno nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> • Per Codice che assume valori nell'intervallo 640xy-649xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2 • Per Codice che assume valore 650 • Per Codice che assume valori nell'intervallo 651xy-676xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2 • Per Codice che assume valore v27x • Per Codice che assume valore 635xx e nessuna occorrenza dei valori V641, V642, V643 nello stesso o nel campo Codice(3.1.1 Degenza>Diagnosi>Principale) • Per Codice che assume valore 634xx o 632

<i>Note</i>	-
PresenteAmmissione	
<i>Descrizione</i>	Indica la presenza all'ammissione della diagnosi
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Sì 2 = Documentazione insufficiente a determinare se la condizione era presente all'ammissione 3 = Non applicabile
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Fare riferimento all'allegato A per le linee guida di assegnazione
Lateralita	
<i>Descrizione</i>	Specifica il lato del corpo od organo a cui si riferisce la diagnosi
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale 4 = Non applicabile
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	
StadiazioneCondensata	
<i>Descrizione</i>	Indica lo stadio di neoplasia maligna

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice assume un valore compreso negli intervalli: <ul style="list-style-type: none"> • 140.0-190.9 • 193-199.1
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	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, 6) 8 = Nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è (1, 2, 3, 4) 9 = Ignoto
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

3.2 ProcedureAccessi

Degenza > ProcedureAccessi		Codice errore
Principale(3.2.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente la procedura principale	
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	

<i>Note</i>	-	
Secondarie(3.2.2)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le procedure secondarie	
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	Presenza della sezione PRINCIPALE	
<i>Note</i>	-	

3.2.1 Principale

Degenza > ProcedureAccesi > Principale		Codice errore
Codice		
<i>Descrizione</i>	Codice della procedura principale	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	3 - 4	
<i>Formato</i>	[0-9]{3,4} – Da tre a quattro caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	Deve appartenere all'elenco delle procedure attualmente in vigore nella Regione Lazio	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

Lateralita	
<i>Descrizione</i>	Specifica il lato del corpo od organo a cui si riferisce la procedura
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale 4 = Non applicabile
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Data	
<i>Descrizione</i>	Data in cui è stato eseguito l'intervento principale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	8
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12)[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Controllo congruità con Data (2.Accettazione) e Ora (2.Accettazione) per i casi in cui è prevista l'obbligatorietà della compilazione del campo Ora (vedi controllo Obbligatorietà del campo Ora): <ul style="list-style-type: none">• Per Codice che assume uno dei valori: 0066, 3606, 3607, 39.72, 39.74: Data + Ora >= Data(2.Accettazione) + Ora(2.Accettazione) - 24h• Altrimenti per Modalita(2.Accettazione)= 4 o 7: Data >= Data(2.Accettazione) - 30gg

	<ul style="list-style-type: none"> • Per tutti gli altri casi: Data + Ora >= Data(2.Accettazione)+ Ora(2.Accettazione)
	<p>Controllo congruità con Data(2.Accettazione) per i casi in cui non è prevista l'obbligatorietà del campo Ora (vedi controllo Obbligatorietà del campo Ora):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per Modalità(2.Accettazione) che assume valore 4 o 7: Data >= Data(2.Accettazione) - 30gg • Per tutti gli altri casi: Data >= Data(2.Accettazione)
	<p>Controllo congruità tra Data della prestazione e Data di dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per TipoDimissione(4.Dimissione) che assume uno tra i valori 6 o 8: Data <= Data(4.Dimissione) + 30gg • Per Codice che assume uno dei valori: 8991, 8992, 8993, 8994, 8995, 8996, 8997, 8999: Data <= Data(4.Dimissione) + 2gg • Per tutti gli altri casi: Data <= Data(4.Dimissione)
<i>Note</i>	-
Ora	
<i>Descrizione</i>	Ora di inizio dell'intervento principale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice procedura principale è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ o assume uno dei valori: 3606, 3607
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	5
<i>Formato</i>	([01]\d 2[0-3]):([0-5]\d) Due coppie di caratteri numerici separati dal carattere ":" HH:MI (Ore:Minuti)
	OBBLIGATORIO se sono verificate entrambe le seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> • Almeno uno tra Codice diagnosi principale (3.1.1.Degenza>Diagnosi>Principale) o Codice diagnosi secondaria (3.1.2.1.Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) assume uno dei seguenti valori: 430, 431, 432, 433.x1, 434.x1, 436 • Codice procedura principale assume uno dei valori: 87.03, 88.91, 88.93, 88.96 e 88.97

<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	<p>L'ora di inizio dell'intervento è definita come:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Momento chirurgico che inizia con l'incisione (Circolare MS 900.2/2.7 117 del 14/3/1996). - Momento di infissione dell'ago (cardiologia ed interventistica vascolare ed extravascolare) - Momento del primo gonfiaggio del palloncino (PTCA) - Momento di introduzione dello strumento endoscopico (endoscopie digestive, urologiche, pneumologiche)
Esterno	
<i>Descrizione</i>	Indica se l'intervento è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quello in cui è ricoverato il paziente, oppure presso lo stesso istituto di cura ma eseguito da equipe esterna
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	<p>0 = No 1 = In Service 2 = Equipe esterna</p>
<i>Validità</i>	
<i>Congruità</i>	<p>Se Esterno = 2 deve esistere un Sezione XML Degenza > Trasferimenti > Trasferimento (3.3.Degenza>Trasferimenti) con la seguenti valorizzazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • InService(3.3.1. Degenza>Trasferimenti>Trasferimento) = 2 • Data(3.3.1. Degenza>Trasferimenti>Trasferimento) = Data (intervento)
<i>Note</i>	-
IdAnestesista	
<i>Descrizione</i>	Codice fiscale dell'anestesista dell'intervento principale
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO

<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	16
<i>Formato</i>	Fare riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

CheckListSO

<i>Descrizione</i>	Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice intervento principale è un codice procedura appartenente alla classificazione 4 AHRQ
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si 9 = Non applicabile (per intervento non eseguito in sala operatoria)
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

Chirурго(3.2.1.1)

<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sui chirurghi responsabili dell'intervento principale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice intervento principale è un codice procedura appartenente alla classificazione 4 AHRQ
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 3
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-

<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.2.1.1 Chirуро

Degenza > ProcedureAccessi > Principale > Chirуро		Codice errore
Ordine		
<i>Descrizione</i>	Numero di ordine	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

Chirurgo	
<i>Descrizione</i>	Codice fiscale del chirurgo
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	16
<i>Formato</i>	Fare riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

3.2.2 Secondarie

Degenza > ProcedureAccessi > Secondarie		Codice errore
ProceduraSecondaria(3.2.2.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente la procedura secondaria	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIA almeno una occorrenza	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1 - n	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.2.2.1 ProceduraSecondaria

Degenza > ProcedureAccessi > Secondarie > ProceduraSecondaria		Codice errore
Ordine		
Descrizione	Codice numerico che identifica l'ordine di esecuzione dell'intervento	
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO	
Tipo	Numerico	
Lunghezza	1 - 2	
Formato	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici	
Dominio	-	
Validità	-	
Congruità	-	
Note	-	
Codice		
Descrizione	Codice della procedura secondaria	
Obbligatorietà	OBBLIGATORIO	
Tipo	Stringa	
Lunghezza	3 - 4	
Formato	[0-9]{3,4} – Da tre a quattro caratteri numerici	
Dominio	-	
Validità	Deve appartenere all'elenco delle procedure attualmente in vigore nella Regione Lazio	
Congruità	-	
Note	-	
Lateralita		
Descrizione	Specifica il lato del corpo od organo a cui si riferisce la procedura	

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Destra 2 = Sinistra 3 = Bilaterale 4 = Non applicabile
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Data	
<i>Descrizione</i>	Data in cui è stato eseguito l'intervento secondario
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	8
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12)[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	<p>Controllo congruità con Data(2.Accettazione) e Ora(2.Accettazione) per i casi in cui è prevista l'obbligatorietà della compilazione del campo Ora(vedi controllo Obbligatorietà del campo Ora):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per Codice che assume uno dei valori: 0066, 3606, 3607, 39.72, 39.74: Data + Ora >= Data(2.Accettazione) + Ora(2.Accettazione) - 24h • Altrimenti per Modalità(2.Accettazione)= 4 o 7: Data >= Data(2.Accettazione) - 30gg • Per tutti gli altri casi: Data + Ora >= Data(2.Accettazione)+ Ora(2.Accettazione)

	<p>Controllo congruità con Data(2.Accettazione) per i casi in cui non è prevista l'obbligatorietà del campo Ora (vedi controllo Obbligatorietà del campo Ora):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per Modalità(2.Accettazione) che assume valore 4 o 7: Data >= Data(2.Accettazione) - 30gg • Per tutti gli altri casi: Data >= Data(2.Accettazione)
	<p>Controllo congruità tra Data dell'intervento e Data di dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per TipoDimissione(4.Dimissione) che assume uno tra i valori 6 o 8: Data <= Data(4.Dimissione) + 30gg • Per Codice procedura secondaria che assume uno dei valori: 8991, 8992, 8993, 8994, 8995, 8996, 8997, 8999: Data <= Data(4.Dimissione) + 2gg • Per tutti gli altri casi: Data <= Data(4.Dimissione)
<i>Note</i>	-
Ora	
<i>Descrizione</i>	Ora di inizio dell'intervento secondario
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice procedura secondaria è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ o assume uno dei valori: 3606, 3607
	OBBLIGATORIO se sono verificate entrambe le seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> • Almeno uno tra Codice diagnosi principale (3.1.1.Degenza>Diagnosi>Principale) o Codice diagnosi secondaria (3.1.2.1.Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) assume uno dei seguenti valori: 430, 431, 432, 433.x1, 434.x1, 436 • Codice procedura secondaria assume uno dei valori: 87.03, 88.91, 88.93, 88.96 e 88.97
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	5
<i>Formato</i>	([01]\d 2[0-3]):([0-5]\d) Due coppie di caratteri numerici separati dal carattere ":" HH:MI (Ore:Minuti)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-

<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	<p>ORA definita come:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Momento chirurgico che inizia con l'incisione (Circolare MS 900.2/2.7 117 del 14/3/1996). - Momento di infissione dell'ago (cardiologia ed interventistica vascolare ed extravascolare) - Momento del primo gonfiaggio del palloncino (PTCA) - Momento di introduzione dello strumento endoscopico (endoscopie digestive, urologiche, pneumologiche)
Esterno	
<i>Descrizione</i>	Indica se l'intervento è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quello in cui è ricoverato il paziente, oppure presso lo stesso istituto di cura ma eseguito da equipe esterna
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = In Service 2 = Equipe esterna
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	<p>Se Esterno = 2 deve esistere un Sezione XML Degenza > Trasferimenti > Trasferimento (3.3.Degenza>Trasferimenti) con la seguenti valorizzazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • InService(3.3.1. Degenza>Trasferimenti>Trasferimento) = 2 • Data(3.3.1. Degenza>Trasferimenti>Trasferimento) = Data esecuzione intervento secondario
<i>Note</i>	-
IdAnestesista	
<i>Descrizione</i>	Codice fiscale o codice identificativo dell'anestesista dell'intervento secondario
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	16

<i>Formato</i>	Fare riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

CheckListSO

<i>Descrizione</i>	Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice intervento secondario è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Sì 9 = Non applicabile (per intervento non eseguito in sala operatoria)
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

Chirурго(3.2.2.1.1)

<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sui chirurghi responsabili dell'intervento secondario
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice intervento secondario è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 3
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-

<i>Note</i>	-	
-------------	---	--

3.2.2.1.1 Chirуро

Degenza > ProcedureAccessi > Secondarie > ProceduraSecondaria > Chirуро		Codice errore
Ordine		
<i>Descrizione</i>	Numero d'ordine	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1 - 2	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
Chirуро		
<i>Descrizione</i>	Codice fiscale del chirurgo	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	16	
<i>Formato</i>	In caso di codice fiscale si fa riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	

<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.3 Trasferimenti

Degenza > Trasferimenti		Codice errore
Trasferimento(3.3.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sui trasferimenti	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO almeno una occorrenza	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1 - n	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.3.1 Trasferimento

Degenza > Trasferimenti > Trasferimento		Codice errore
Ordine		
<i>Descrizione</i>	Ordine temporale e progressivo del trasferimento	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1 - 2	

<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Data	
<i>Descrizione</i>	Data di trasferimento
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	8
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12)[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Data trasferimento ≥ Data accettazione(2.Accettazione) e Data trasferimento ≤ Data dimissione(4.Dimissione)
<i>Note</i>	-
Ora	
<i>Descrizione</i>	Ora di trasferimento
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	5
<i>Formato</i>	([01]\d 2[0-3]):([0-5]\d) Due coppie di caratteri numerici separati dal carattere ":" HH:MI (Ore:Minuti)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Data+Ora siano sempre maggiori di Data+Ora del trasferimento precedente identificato con il valore di Ordine - 1
	Se Data trasferimento = Data accettazione (2.Accettazione):

	Ora trasferimento > Ora accettazione(2.Accettazione)	
	Se Data trasferimento = Data dimissione (4.Dimissione): Ora trasferimento < Ora dimissione(4.Dimissione)	
<i>Note</i>	-	
StrutturalRC(3.3.1.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sulla destinazione del trasferimento	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.3.1.1 StrutturalRC

Degenza > Trasferimenti > Trasferimento > StrutturalRC		Codice errore
CodificalRC		
<i>Descrizione</i>	Codice dell'istituto di trasferimento, o in caso di INSERVICE=2 dell'istituto di provenienza dell'equipe esterna	

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se InService = 1 o InService = 2
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	6
<i>Formato</i>	[0-9]{6} – Sei caratteri numerici
<i>Dominio</i>	Codici previsti nel modello HSP11
<i>Validità</i>	Controllo della presenza nella tabella di riferimento e dello stato di attività alla data di trasferimento
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Stabilimento	
<i>Descrizione</i>	Codice dello stabilimento di trasferimento, o in caso di INSERVICE=2 dello stabilimento dell’istituto di provenienza dell’equipe esterna
<i>Obbligatorietà</i>	<ul style="list-style-type: none"> • OBBLIGATORIO se InService = 1, • OBBLIGATORIO se InService = 0 e sono presenti trasferimenti tra stabilimenti dello stesso polo • OBBLIGATORIO se InService = 2
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	2
<i>Formato</i>	[0-9]{2}
<i>Dominio</i>	“00” e Codici previsti nel modello HSP11 bis
<i>Validità</i>	Controllo della presenza nella tabella di riferimento e dello stato di attività alla data di trasferimento
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Se l’istituto di cura si compone di un’unica sede utilizzare il codice “00”, altrimenti inserire il numero dello stabilimento
RepartoHSP12	
<i>Descrizione</i>	Codice della specialità e del reparto di trasferimento interno
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se InService = 0
<i>Tipo</i>	Stringa

<i>Lunghezza</i>	4
<i>Formato</i>	[0-9]{4} – Quattro caratteri numerici
<i>Dominio</i>	Il campo deve essere valorizzato con i codici ministeriali previsti dai modelli HSP12 e HSP13
<i>Validità</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il codice della Specialità (primi due caratteri del campo) devono essere sempre diversi dai codici: 28, 56, 75, 60 Per le strutture pubbliche: controllo esistenza codice specialità e reparto su tabelle di riferimento alla data di trasferimento Per le strutture private: controllo di esistenza del solo codice di specialità su tabelle di riferimento alla data di trasferimento
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	<p>Il campo è composto dalla concatenazione di due codici numerici di due caratteri ciascuno: il primo identifica il codice di specialità clinica, il secondo identifica il codice reparto con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa specialità clinica.</p> <ul style="list-style-type: none"> Per le strutture pubbliche ed equiparate i codici di specialità clinica e reparto fanno riferimento ai dati del modello HSP12. Per le strutture private va indicato solo il codice specialità clinica, facendo riferimento ai dati registrati nel modello HSP13. Gli ultimi due caratteri possono assumere qualsiasi valore
InService	
<i>Descrizione</i>	Indica la modalità di trasferimento per procedure effettuate IN SERVICE presso altre strutture, oppure presso lo stesso istituto di cura ma eseguito da equipe esterna
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = In Service 2 = Equipe esterna
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	<ul style="list-style-type: none"> Se Tipologia(2.Accettazione) = 4 allora InService deve valere 1 Se InService = 0 allora CodificaIRC e Stabilimento non devono essere codificati In caso di trasferimenti interni (stabilimenti dello stesso polo) codificare esclusivamente il campo stabilimento Se InService = 1 allora RepartoHSP12 non deve essere codificato Se InService = 2 allora deve esistere la Sezione XML Degenza > ProcedureAccessi > Principale(3.2.Degenza>ProcedureAccessi) o una Sezione XML Degenza > ProcedureAccessi > Secondarie > ProceduraSecondaria

	(3.2.1.Degenza>ProcedureAccessi>Secondarie) con il campo Esterno=2 e Data di esecuzione = Data di trasferimento	
Note	-	

3.4 Farmaci

Degenza > Farmaci		Codice errore
Farmaco(3.4.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sul farmaco somministrato	
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1 - n	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.4.1 Farmaco

Degenza > Farmaci > Farmaco		Codice errore
CodiceAic		
<i>Descrizione</i>	Codice AIC farmaco somministrato per chemioterapia	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	9	

<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

UnitàPosologiche

<i>Descrizione</i>	Unità posologiche somministrate
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1 - 3
<i>Formato</i>	[0-9]{1,3} – Da uno a tre caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

CostoUnitàPosologiche

<i>Descrizione</i>	Prezzo di acquisto del farmaco in euro, al netto dell'IVA, riportato alle unità posologiche consumate
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	4 - 12
<i>Formato</i>	[0-9]{1,9},[0-9]{2} – Numerico con parte intera da 1 a 9 caratteri e parte decimale fissa di due caratteri numerici, separatore decimale “,”
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

3.5 Gravidanza

Degenza > Gravidanza		Codice errore
StoriaOstetrica(3.5.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sulla storia ostetrica	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
GravidanzaAttuale(3.5.2)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sul parto	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
Parto(3.5.3)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sul parto	

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se almeno uno tra Codice (Degenza>Diagnosi>Principale 3.1.1) o Codice (Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria 3.1.2.1) assume uno dei valori definiti di seguito: <ul style="list-style-type: none"> • Valori nell'intervallo 640xy - 649xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2 • Valorizzato con codice 650 • Valori nell'intervallo 651xy-676xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2 • Valorizzato con codice v27x
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mutuamente esclusivo con la sezione InterruzioneGravidanza • Se la sezione Parto è presente allora almeno uno tra Codice (Degenza>Diagnosi>Principale 3.1.1) o Codice (Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria 3.1.2.1) deve assumere uno dei valori definiti di seguito: <ul style="list-style-type: none"> - Valori nell'intervallo 640xy-649xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2 - Valorizzato con codice 650 - Valori nell'intervallo 651xy-676xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2 - Valorizzato con codice v27x
<i>Note</i>	-
InterruzioneGravidanza(3.5.4)	
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sulla interruzione di gravidanza
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se almeno uno tra Codice (3.1.1 Degenza>Diagnosi>Principale) o Codice (3.1.2.1 Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) assume il valore 635xx e NON i valori V641, V642, V643
	OBBLIGATORIO se almeno uno tra Codice (Degenza>Diagnosi>Principale 3.1.1) o Codice (Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria 3.1.2.1) assume il valore 634xx o 632
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 1

<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mutuamente esclusivo con la sezione Parto(3.5.3) • Se la sezione InterruzioneGravidanza è presente allora: <ul style="list-style-type: none"> - Almeno uno tra Codice (3.1.1 Degenza>Diagnosi>Principale) o Codice (3.1.2.1 Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) deve assumere valore 635xx e NON i valori V641, V642, V643 - Almeno uno tra Codice (3.1.1 Degenza>Diagnosi>Principale) o Codice (3.1.2.1 Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) deve assumere il valore 634xx o 632
<i>Note</i>	-

3.5.1 StoriaOstetrica

Degenza > Gravidanza > StoriaOstetrica		Codice errore
DataUltimoParto		
<i>Descrizione</i>	Data dell'ultimo parto	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se NumeroPartiRecenti > 0	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	8	
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 1[2][0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

TotaleGravidanzePrecedenti	
<i>Descrizione</i>	Numero gravidanze precedenti
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	TotaleGravidanzePrecedenti = NumeroAbortiSpontaneiPrecedenti + NumeroIVGPrecedenti + NumeroPartiPrecedenti
<i>Note</i>	-
NumeroTagliCesariPrecedenti	
<i>Descrizione</i>	Numero dei tagli cesari precedenti
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 – 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
NumeroAbortiSpontaneiPrecedenti	
<i>Descrizione</i>	Numero di aborti spontanei precedenti
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici

<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
NumeroIVGPrecedenti	
<i>Descrizione</i>	Numero IVG precedenti
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
NumeroPartiRecedenti	
<i>Descrizione</i>	Numero di parti precedenti
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	NumeroPartiRecedenti = NumeroNatiVivi + NumeroNatiMorti
<i>Note</i>	-
NumeroNatiVivi	
<i>Descrizione</i>	Numero dei nati vivi parti precedenti

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

NumeroNatiMorti

<i>Descrizione</i>	Numero dei nati morti parti precedenti
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 – 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

3.5.2 GravidanzaAttuale

Degenza > Gravidanza > GravidanzaAttuale		Codice errore
DataUltimaMestruazione		
<i>Descrizione</i>	Data ultima mestruazione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	

<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	8
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12)[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

SettimanaEtaGestazionale

<i>Descrizione</i>	Settimane di gestazione compiute
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	1 - 45
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

SettimanaPrimaVisita

<i>Descrizione</i>	Settimana di prima visita
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	1 - 45
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-

<i>Note</i>	-
Accertamenti Specialistici	
<i>Descrizione</i>	Tipo di accertamento specialistico
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Nessuno 2 = Amniocentesi 3 = Villi coriali 4 = Altro
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Numero Ecografie	
<i>Descrizione</i>	Numero totale di ecografie effettuate nell'arco della gravidanza
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 – 9, se maggiori di 9 indicare 9
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Procreazione Assistita	
<i>Descrizione</i>	Metodo di procreazione assistita utilizzato
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa

<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} –Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione 2 = IUI (intra uterine insemination: trasferimento di gameti maschili nella cavità uterina) 3 = GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer: trasferimento di gameti maschili e femminile nelle Tube di Fallopio, generalmente per via laparoscopica) 4 = FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer: fecondazione in vitro e trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero) 5 = ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection: fecondazione di uno spermatozoo nel citoplasma di un ovocita ed il trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero) 6 = Altre tecniche	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.5.3 Parto

Degenza > Gravidanza > Parto		Codice errore
NumeroNati		
<i>Descrizione</i>	Numero dei nati sia vivi che morti	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	

<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

Padre(3.5.3.1)

<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente i dati del padre
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

Monitoraggio

<i>Descrizione</i>	Tipo di monitoraggio
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Nessuno 2 = Auscultazione intermittente 3 = Mon. Cardiotocografico
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

AnestesiaParto	
<i>Descrizione</i>	Tipo di anestesia somministrata
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} –Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Nessuna 2 = Anestesia generale 3 = Anestesia locale 4 = Peridurale/Spinale
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Neonati	
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenenti le informazioni sui neonati
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
PresenzaOstetrica	
<i>Descrizione</i>	Presenza ostetrica in sala parto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1

<i>Formato</i>	[0-9]{1} –Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

PresenzaGinecologo

<i>Descrizione</i>	Presenza ginecologo in sala parto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} –Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

PresenzaPedNeo

<i>Descrizione</i>	Presenza pediatra o neonatologo in sala parto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} –Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

PresenzaAnestesista	
<i>Descrizione</i>	Presenza anestesista in sala parto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} –Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
PresenzaAltroSan	
<i>Descrizione</i>	Presenza di altro personale sanitario in sala parto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} –Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
PresenzaSalaParto	
<i>Descrizione</i>	Presenza familiari/persona di fiducia in sala parto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1

<i>Formato</i>	[0-9]{1} –Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Nessuno 1 = Padre Neonato 2 = Altra persona di famiglia della partoriente 3 = Altra persona di fiducia della partoriente
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

ModalitaTravaglio

<i>Descrizione</i>	Nodalità del travaglio
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} –Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Senza travaglio 1 = Travaglio spontaneo 2 = Travaglio indotto con metodo farmacologico 3 = Travaglio indotto con amnioressi
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

ModalitaParto

<i>Descrizione</i>	Modalità del parto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} –Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Spontaneo 1 = Con taglio cesareo fuori travaglio 2 = Con taglio cesareo in travaglio 3 = Con uso forcipe 4 = Con uso ventosa

	5 = In altro modo	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

3.5.3.1 Padre

Degenza > Gravidanza > Parto > Padre		Codice errore
Cognome		
<i>Descrizione</i>	Cognome del padre	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	2 - 80	
<i>Formato</i>	Set di caratteri ammessi: [A-Z] e [spazio]	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
Nome		
<i>Descrizione</i>	Nome del padre	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	2 - 80	
<i>Formato</i>	Set di caratteri ammessi: [A-Z] e [spazio]	
<i>Dominio</i>	-	

<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

DataNascita

<i>Descrizione</i>	Data di nascita del padre
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	8
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12)[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

CodiceFiscale

<i>Descrizione</i>	Codice identificativo del padre
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	20
<i>Formato</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Per i codici fiscali si fa riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte - Per i codici STP si considerano validi i codici formati dalla stringa STP completata a destra da un codice numerico fino al raggiungimento dei 16 caratteri. - Per i codici ENI si considerano validi i codici formati dalla stringa ENI completata a destra da un codice numerico fino al raggiungimento dei 16 caratteri. - Per i codici dei richiedenti protezione internazionale 11 caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

ComuneResidenza	
<i>Descrizione</i>	Comune di residenza del padre al momento del ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	6
<i>Formato</i>	[0-9]{6} – Sei caratteri numerici
<i>Dominio</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Per i comuni italiani il campo dovrà essere valorizzato con il codice a sei cifre delle unità territoriali italiane, come definito dall'ISTAT. - Per gli stati esteri, il campo dovrà essere valorizzato concatenando la stringa "999" con il codice delle unità territoriali estere come definito dall'ISTAT.
<i>Validità</i>	Verifica dell'esistenza del codice ISTAT con i codici comune o con i codici degli stati esteri attivi al momento del ricovero
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Cittadinanza	
<i>Descrizione</i>	Cittadinanza del padre al momento del ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	3
<i>Formato</i>	[0-9]{3} – Tre caratteri numerici
<i>Dominio</i>	Codice delle unità territoriali estere come definito dall'ISTAT. Per cittadinanza italiana inserire 100
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
TitoloStudio	
<i>Descrizione</i>	Titolo di studio del padre al momento del parto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa

<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Nessun titolo 1 = Licenza elementare 2 = Diploma di scuola media inferiore 3 = Diploma di scuola media superiore 4 = Diploma universitario e Laurea breve 5 = Laurea o superiore 9 = Non dichiarato
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

Professione(3.5.3.1.1)

<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni riguardo la condizione professionale del padre
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

3.5.3.1.1 Professione

Degenza > Gravidanza > Parto > Padre > Professione	Codice errore
---	--------------------------

CondizioneProfessionale	
<i>Descrizione</i>	Condizione professionale al momento del ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Occupato 2 = Disoccupato 3 = In cerca di prima occupazione 4 = Studente 5 = Casalinga 6 = Ritirato dal lavoro/Inabile
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Posizione	
<i>Descrizione</i>	Posizione ricoperta nella professione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se CondizioneProfessionale = 1
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Imprenditore/Libero professionista 2 = Altro lavoratore autonomo 3 = Lavoratore dipendente= Dirigente/Direttivo 4 = Lavoratore dipendente, impiegato 5 = Lavoratore dipendente, operaio 6 = Lavoratore dipendente-altro (apprendista, lav. a domicilio, etc.)
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Se valorizzato allora CondizioneProfessionale = 1
<i>Note</i>	-

RamoAttivitàEconomica	
<i>Descrizione</i>	Ramo di attività economica
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se CondizioneProfessionale = 1
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Agricoltura, caccia e pesca 2 = Industria 3 = Commercio, pubblici servizi e alberghiero 4 = Pubblica amministrazione 5 = Altri servizi privati
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Se valorizzato allora CondizioneProfessionale = 1
<i>Note</i>	-

3.5.3.2 Neonati

Degenza > Gravidanza > Parto > Neonati		Codice errore
Neonato(3.5.3.2.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sul neonato e la sua nascita	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	1 - n	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	Le occorrenze di questa sezione devono corrispondere al valore del campo NumerоНати	
<i>Note</i>	-	

3.5.3.2.1 Neonato

Degenza > Gravidanza > Parto > Neonati > Neonato		Codice errore
Data		
<i>Descrizione</i>	Data di nascita del neonato	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	8	
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12)[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	Data ≥ Data (Accettazione 2.) e Data ≤ Data (Dimissione 4.)	
<i>Note</i>	-	
Ora		
<i>Descrizione</i>	Ora di nascita del neonato	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	5	
<i>Formato</i>	([01]\d 2[0-3]):([0-5]\d) Due coppie di caratteri numerici separati dal carattere ":" HH:MI (Ore:Minuti)	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
Ordine		
<i>Descrizione</i>	Ordine di nascita in caso di parti plurimi	

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 – 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	1 - 99
<i>Validità</i>	
<i>Congruità</i>	Ordine ≤ NumeroNati
	Ordine deve essere univoco all'interno dell'intera sezione Degenza > Gravidanza > Parto > Neonati
<i>Note</i>	-

RiconoscimentoLegale

<i>Descrizione</i>	Riconoscimento legale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Legittimo 2 = Riconosciuto da entrambi i genitori 3 = Riconosciuto da uno solo dei genitori 4 = Non riconosciuto
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

PresentazioneFeto

<i>Descrizione</i>	Presentazione del feto al momento del parto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Vitalita = 1 o 3
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico

<i>Dominio</i>	1 = Vertice 2 = Podice 3 = Spalla 4 = Faccia 5 = Fronte 6 = Bregma 7 = Altre	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

GenitaliEsterni

<i>Descrizione</i>	Genitali esterni	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Vitalità = 1 o 3	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	1 = Maschili 2 = Femminili 3 = Non definiti	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

PesoNascita

<i>Descrizione</i>	Peso alla nascita in grammi	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Vitalità = 1 o 3	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	3 - 4	
<i>Formato</i>	[0-9]{3,4} – Da tre a quattro caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	000 - 9999	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	

<i>Note</i>	-
Lunghezza	
<i>Descrizione</i>	Lunghezza del neonato in cm
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Vitalita = 1 o 3
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
CirconferenzaCranica	
<i>Descrizione</i>	Circonferenza cranica in cm
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Vitalita = 1 o 3
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Vitalita	
<i>Descrizione</i>	Stato vitale alla nascita
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1

<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Vivo 2 = Morto 3 = Morto in travaglio
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

Rianimazione

<i>Descrizione</i>	-
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO solo se Vitalita = 1
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Nessuna 2 = Ossigeno 3 = Intubato
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

APGAR

<i>Descrizione</i>	Punteggio di vitalità alla nascita
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO solo se Vitalita = 1
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 – 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 10
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

MalformazioneNascita	
<i>Descrizione</i>	Presenza di malformazioni alla nascita
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Vitalità = 1 o 3
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Sì
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
PelleAPelle	
<i>Descrizione</i>	Contatto pelle a pelle con la mamma subito dopo il parto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO solo se Vitalità = 1
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Sì
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
EmoPostPartum	
<i>Descrizione</i>	Emorragia post partum maggiore di 1000ml
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1

<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

3.5.4 InterruzioneGravidanza

Degenza > Gravidanza > InterruzioneGravidanza		Codice errore
DataIntervento		
<i>Descrizione</i>	Data di intervento di interruzione o prima somministrazione del farmaco	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipolIntervento ≠ 9	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	8	
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12)[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	DataIntervento ≥ Data (Accettazione 2) e DataIntervento ≤ Data (Dimissione 4)	
<i>Note</i>	-	
TipolIntervento		
<i>Descrizione</i>	Tipologia di intervento	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	

<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Raschiamento 2 = Karman 3 = Altra Isterosuzione 4 = Solo Mifepristone 5 = Mifepristone Prostaglandina 6 = Solo Prostaglandina 7 = Altro 9 = Nessuno
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

TipolInterruzione

<i>Descrizione</i>	Tipo interruzione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Aborto spontaneo 2 = Interruzione volontaria
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Se TipolInterruzione = 1 allora Codice (Dimissione>Diagnosi>Principale 3.2.1) o Codice (Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria 3.1.2.1) = 634xx o 632
	Se TipolInterruzione = 2 allora Codice (Dimissione>Diagnosi>Principale 3.2.1) o Codice (Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria 3.1.2.1) = 635xx e ≠ V641, V642, V643
<i>Note</i>	-

Complicazioni

<i>Descrizione</i>	Complicazioni sopravvenute durante il ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1

<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Nessuna 1 = Emorragia 2 = Infezione 3 = Altro 5 = Mancato o incompleto aborto seguito da intervento chirurgico
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

AnestesiaInterruzione

<i>Descrizione</i>	Anestesia durante l'intervento
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Nessuna 2 = Anestesia generale 3 = Anestesia locale 4 = Peridurale/Spinale 5 = Sedazione Profonda
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

IVG(3.5.4.1)

<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sulla interruzione volontaria
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Tipointerruzione = 2
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-

<i>Congruità</i>	Mutuamente esclusivo con la sezione AbortoSpontaneo(3.5.4.2)
<i>Note</i>	-
AbortoSpontaneo(3.5.4.2)	
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni sull'aborto spontaneo
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Tipointerruzione = 1
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Mutuamente esclusivo con la sezione IVG(3.5.4.1)
<i>Note</i>	-

3.5.4.1 IVG

Degenza > Gravidanza > InterruzioneGravidanza > IVG		Codice errore
Urgenza		
<i>Descrizione</i>	Urgenza dell'intervento	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	1 = Urgente 2 = Non urgente	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

EnteCertificante	
<i>Descrizione</i>	Ente certificante
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Consultorio 2 = Medico 3 = Servizio Ost-Gin 4 = Altra struttura 5 = Mancante per pericolo di vita
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
DataCertificazione	
<i>Descrizione</i>	Data di rilascio della certificazione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	8
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12 0-9 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
CondizioniParticolari	
<i>Descrizione</i>	Condizioni particolari
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO

<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Grave pericolo di vita per la donna 2 = Anomalie – Malformazioni fetali
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

AssensoMinore

<i>Descrizione</i>	Assenso minore
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se DataIntervento – DataNascita (Anagrafica) < 18 anni
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Genitori 2 = Giudice tutelare 3 = Mancante per urgenza 4 = Mancante per pericolo di vita
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

3.5.4.2 AbortoSporaneo

Degenza > Gravidanza > InterruzioneGravidanza > AbortoSporaneo		Codice errore
Causa		
<i>Descrizione</i>	Codice della causa di aborto come indicato nel modello D11 dell'ISTAT	

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	2
<i>Formato</i>	[0-9]{2} – Due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	01 - 36
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Tecniche Riproduttive	
<i>Descrizione</i>	Tecnica di procreazione medico-assistita (PMA)
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Nessuna 1 = Trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione 2 = IUI (Inseminazione intrauterina) 3 = GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) 4 = FIVET (Fertilization in Vitro and Embryo Transfer) 5 = ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection); 6 = Altro (specificare)
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

4. Dimissione

Dimissione		Codice errore
Data		
<i>Descrizione</i>	Data di dimissione del paziente	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	8	
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12)[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	DATA ≥ Data(Accettazione) Se TipoDimissione (Dimissione) = 'A' allora Data deve essere valorizzata a 31/12 dell'anno di competenza	
<i>Note</i>	-	
Ora		
<i>Descrizione</i>	Ora di dimissione del paziente	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	5	
<i>Formato</i>	([01]\d 2[0-3]):([0-5]\d) Due coppie di caratteri numerici separati dal carattere ":" HH:MI (Ore:Minuti)	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

Dolore	
<i>Descrizione</i>	Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
StrutturaIRC(4.1)	
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni su struttura e stabilimento di destinazione (in caso di dimissione per trasferimento) o su struttura e stabilimento di dimissione e reparto di dimissione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
TipoDimissione	
<i>Descrizione</i>	Tipologia di dimissione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa

<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9A-Z]{1} – Un carattere alfanumerico	
<i>Dominio</i>	<p>0 = Domicilio(RADR-1)(MIN-2)</p> <p>1 = Dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (es. residenze socio-residenziali, hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex. Art.26 L.833/1978)(RADR-7)(MIN-3)</p> <p>2 = Trasferimento ad altro Istituto di cura, pubblico o privato, per acuti(RADR-2)(MIN-6)</p> <p>3 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza medica(RADR-2)(MIN-8)</p> <p>4 = Volontario(RADR-3)(MIN-5)</p> <p>5 = Decesso(RADR-4)(MIN-1)</p> <p>6 = Dimissione protetta(RADR-5)(MIN-9)</p> <p>7 = Dimissione presso lo stesso IRC ad altro regime o altra tipologia dell'assistenza (RADR-2)(MIN-7)</p> <p>8 = Dimissione a domicilio in attesa di completamento dell'iter diagnostico</p> <p>9 = Dimissione a domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare(RADR-?)(MIN-4)</p> <p>A = Lungodegenti presenti al 31/12</p> <p>B = dimissione in urgenza(RADR-6)(MIN-6)</p>	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	Se A allora Tipologia = 4 o 5	V2.0.0
	Se B allora Tipologia = 5	V2.0.0
<i>Note</i>	-	

RiscontroAutoptico

<i>Descrizione</i>	Riscontro autoptico	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione = 5	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	1 = Effettuato 2 = Non effettuato	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	Se 1 allora Tipodimissione = 5	
<i>Note</i>	-	

NumeroAccessiDH		
<i>Descrizione</i>	Numero di accessi in Day-hospital	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Regime (Accettazione) = 2, 3 o 4	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1 - 4	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,4} – Da uno a quattro caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	1 - 9999	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	Se valorizzato verificare che Regime (Accettazione) = 2, 3 o 4	
<i>Note</i>	-	
Eson(4.2)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente i dati relativi agli esiti	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se è verificata una delle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - Codice(Degenza>Diagnosi>Principale) o almeno un Codice(Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) = 410.xx - Codice(Degenza>Diagnosi>Principale) o almeno un Codice(Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) = 820.xx - Codice(Degenza>ProcedureAccessi>Principale) 0 almeno un Codice(Degenza>ProcedureAccessi>Secondarie>ProceduraSecondaria) = 36.1x, 35.1x, 35.2x, 81.51 o 81.52 	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	La sezione non dovrà essere presente se Tipologia (Accettazione) = 5	V2.0.0

<i>Note</i>	-	
TraumiSeveri(4.3)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente i dati relativi ai traumi severi	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Regime (Accettazione) = 1 e Codice (Degenza>Diagnosi>Principale) o almeno un Codice (Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) assumono valore tra 800-904 oppure tra 910 e 959.9	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	La sezione non dovrà essere presente se Tipologia (Accettazione) = 5	V2.0.0
<i>Note</i>	-	
Riabilitazione(4.4)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente i dati di riabilitazione rilevati alla dimissione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Tipologia = 5	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

4.1 StrutturalRC

Dimissione > StrutturalRC		Codice errore
CodificaIRC		
<i>Descrizione</i>	Codice dell'istituto di dimissione o trasferimento	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per TipoDimissione (Dimissione) ≠ 1	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	6	
<i>Formato</i>	[0-9]{6} – Sei caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	Codici previsti nel modello HSP11 per gli istituti della Regione Lazio, per gli istituti fuori regione utilizzare il CODICE REGIONE (dove codice regione ≠ 120) + “000”	
<i>Validità</i>	<ul style="list-style-type: none"> Per gli IRC della Regione Lazio (primi 3 caratteri di CodificaIRC = 120) controllo della presenza nella tabella di riferimento Per gli IRC di regioni diverse della Regione Lazio (primi 3 caratteri di CodificaIRC ≠ 120) verifica della validità di CODICE REGIONE 	
<i>Congruità</i>	<ul style="list-style-type: none"> Per TipoDimissione= 2 o 3 allora CodificaIRC ≠ CodificaIRC(Accettazione>StrutturalRC) Per TipoDimissione≠ 1, 2 o 3 allora CodificaIRC = CodificaIRC(Accettazione>StrutturalRC) 	
<i>Note</i>	Per TipoDimissione = 2 o 3 (Trasferimenti ad altro IRC) il campo dovrà essere valorizzato con il codice dell'istituto di destinazione o nel caso di trasferimento ad istituto fuori regione con CODICE REGIONE (dove codice regione ≠ 120) + “000”	
Stabilimento		
<i>Descrizione</i>	Codice dello stabilimento di dimissione o trasferimento	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO per TipoDimissione ≠ 1	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	2	
<i>Formato</i>	[0-9]{2} – Due caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	“00” e Codici previsti nel modello HSP11bis	

<i>Validità</i>	<ul style="list-style-type: none"> Per gli IRC della Regione Lazio (primi 3 caratteri di CodificaIRC= 120) controllo della presenza nella tabella di riferimento Per CODICE REGIONE (primi 3 caratteri di CodificaIRC) ≠ 120 verifica della valorizzazione a "00"
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	<p>Se l'istituto di cura si compone di una unica utilizzare il codice "00". Altrimenti inserire il numero dello stabilimento.</p> <p>Per TipoDimissione= 2 o 3 (Trasferimenti ad altro IRC) il campo dovrà essere valorizzato con il codice stabilimento dell'istituto di destinazione o per CodificaIRC (sez.2.4.1) = CODICE REGIONE (dove codice regione ≠ 120) + "000" , con il codice "00"</p>

RepartoDimissioneHSP12

<i>Descrizione</i>	Codice della specialità e del reparto di dimissione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	4
<i>Formato</i>	[0-9]{4} – Quattro caratteri numerici
<i>Dominio</i>	Il campo deve essere valorizzato con i codici ministeriali previsti dai modelli HSP12 e HSP13
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	<ul style="list-style-type: none"> Il codice deve coincidere con RepartoHSP12(Degenza>Trasferimenti>Trasferimento>StrutturaIRC) dell'ultimo trasferimento interno registrato o con il codice RepartoAmmissioneHSP12(Accettazione>StrutturaIRC) in assenza di trasferimenti interni
	<p>Se i primi due caratteri del campo RepartoDimissioneHSP12 = "60" allora Tipologia(Accettazione) = 4</p>
	<p>Se RepartoDimissioneHSP12 = "6089" e Data(Accettazione) > 10/05/2023 allora devono essere verificate le seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipologia(Accettazione) = 4 • Regime(Accettazione) = 1 • RepartoAmmissioneHSP12(Accettazione>StrutturaIRC) = "6089" • Codice(Accettazione>Provenienza) = 5

	<ul style="list-style-type: none"> • CodificaIRC(Accettazione>Provenienza>StrutturalRC) deve appartenere all'elenco di codici NSIS HSP.12/HSP.13E, di cui alla lista pubblicata nella DGR 153/2023 	
	Se i primi due caratteri del campo RepartoDimissioneHSP12 = 28 o 56 o 75 allora Tipologia = 5	V2.0.0
<i>Note</i>	Il campo è composto dalla concatenazione di due codici numerici da due caratteri ciascuno: il primo identifica il codice di specialità clinica/disciplina, il secondo identifica il codice reparto/divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina. <ul style="list-style-type: none"> - Per le strutture pubbliche ed equiparate i codici disciplina e divisione fanno riferimento ai dati del modello HSP12. - Per le strutture private va indicato solo il codice disciplina, facendo riferimento ai dati del modello HSP13. Gli ultimi due caratteri non essendo significativi possono assumere qualsiasi valore 	

4.2 Esiti

Dimissione > Esiti		Codice errore
IMA(4.2.1)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni aggiuntive in caso di infarto acuto del miocardio	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice (Degenza>Diagnosi>Principale) o almeno un Codice (Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) assume valore 410.xx	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	Per la codifica fare riferimento alle linee guida per la codifica delle condizioni oggetto del RAD-ESITO	

Bypass(4.2.2)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni aggiuntive nei casi di procedura di by-pass	
<i>Obbligatorietà</i>	Sezione XML contenente le informazioni aggiuntive nei casi di procedura di by-pass	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	Per la codifica fare riferimento alle linee guida per la codifica delle condizioni oggetto del RAD-ESITO	
ValvoleCardiache(4.2.3)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni di intervento sulle valvole cardiache	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice (Degenza>ProcedureAccessi>Principale) o almeno un Codice (Degenza>ProcedureAccessi>Secondarie>ProceduraSecondaria) assume i valori 35.1x o 35.2x	
<i>Tipo</i>	Sezione XML	
<i>Occorrenza</i>	0 - 1	
<i>Formato</i>	-	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
FratturaFemore(4.2.4)		
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni in caso di frattura del collo del femore	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice (Degenza>Diagnosi>Principale) o almeno un Codice (Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) assume valore 820xx	

<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Per la codifica fare riferimento alle linee guida per la codifica delle condizioni oggetto del RAD-ESITO

ProtesiAnca(4.2.5)

<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni in caso di protesi anca
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice (Degenza>ProcedureAccessi>Principale) o almeno un Codice (Degenza>ProcedureAccessi>Secondarie>ProceduraSecondaria) assume i valori 81.51 o 81.52
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

ICTUS(4.2.6)

<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente le informazioni in caso di ictus ischemico
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se Codice (Degenza>Diagnosi>Principale) o almeno un Codice (Degenza>Diagnosi>Secondarie>DiagnosiSecondaria) assume i valori: 433.x1, 434.x1, 436
<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-

<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

4.2.1 IMA

Dimissione > Esiti > IMA		Codice errore
PressioneArrivo		
<i>Descrizione</i>	Prima pressione sistolica arteriosa registrata	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1 - 3	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,3} – Da uno a tre caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	0 - 999	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	Valore della pressione arteriosa sistolica (mmHg) al momento del primo accesso nell'ospedale di ricovero. Nel caso in cui il paziente acceda tramite pronto soccorso l'informazione sulla pressione arteriosa sistolica deve coincidere con quella eventualmente riportata sulla scheda SIES	
PressionePreoperatoria		
<i>Descrizione</i>	Pressione sistolica arteriosa più vicina all'intervento chirurgico	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	3	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,3} – Da uno a tre caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	1 - 999	
<i>Validità</i>	-	

<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Trombolisi	
<i>Descrizione</i>	Somministrazione per via sistemica di agenti trombolitici
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Non eseguita 2 = Eseguita in un altro PS 3 = Eseguita a bordo del mezzo di soccorso 4 = Eseguita nel PS dell'ospedale di ricovero 5 = Eseguita in reparto dopo il ricovero
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
DataInizioSintomi	
<i>Descrizione</i>	Data di inizio sintomi
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	8
<i>Formato</i>	(19 20)(\d{2})(0[1-9] 1[0-2])(0[1-9] 12)[0-9] 3[01]) Otto caratteri numerici nel formato YYYYMMDD (Anno Mese Giorno)
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-

<i>Note</i>	-	
OralnizioSintomi		
<i>Descrizione</i>	Ora di inizio sintomi	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	5	
<i>Formato</i>	([01]\d 2[0-3]):([0-5]\d) Due coppie di caratteri numerici separati dal carattere ":" HH:MI (Ore:Minuti)	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

4.2.2 Bypass

Dimissione > Esiti > Bypass		Codice errore
CondizioniPaziente		
<i>Descrizione</i>	Condizioni del paziente	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	1 = No emergenza, no shock 2 = No emergenza, shock 3 = Emergenza, no shock 4 = Emergenza, shock	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

--	--	--

FrazioneEiezione

<i>Descrizione</i>	Si riferisce al primo intervento per data di esecuzione di BPAC(36.1x) riportato nella SDO e indica la frazione di eiezione preoperatoria (espressa in percentuale) rilevata nel tempo più vicino possibile all'intervento	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1 - 2	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	0 - 99	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

CreatininaPreoperatoria

<i>Descrizione</i>	Si riferisce al primo intervento per data di esecuzione di BPAC(36.1x) riportato nella SDO e indica il valore preoperatorio della creatinina rilevato nel tempo più vicino possibile all'intervento	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	4 - 5	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2},[0-9]{2} – Da uno a due caratteri numerici per la parte intera, due caratteri numerici per la parte decimale, carattere „,” come separatore decimale	
<i>Dominio</i>	0,00 – 99,99	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

4.2.3 ValvoleCardiache

Dimissione > Esiti > ValvoleCardiache		Codice errore
StenosiAortica		
<i>Descrizione</i>	Restringimento della valvola aortica che causa ostruzione al flusso sanguigno con conseguente ipertrofia della parete cardiaca	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
InsufficienzaAortica		
<i>Descrizione</i>	Incontinenza della valvola aortica che causa un flusso retrogrado dall'aorta al ventricolo sinistro durante la diastole	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
StenosiMitrale		
<i>Descrizione</i>	Restringimento della valvola mitrale, o mitralica, del cuore con conseguente compromissione del regolare flusso sanguigno tra atrio sinistro e ventricolo sinistro	

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
Insufficienza Mitrale	
<i>Descrizione</i>	Chiusura incompleta dell'orifizio atrioventricolare di sinistra, in cui risiede la valvola mitrale (o mitralica), con conseguente parziale ritorno indietro ("rigurgito") del flusso sanguigno dal ventricolo sinistro all'atrio sinistro
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = No 1 = Si
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
AreaValvolareAorticaPreoperatoria	
<i>Descrizione</i>	Area dell'orifizio aortico calcolata per valutare la gravità della stenosi aortica; Unità di misura cm ²
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	3 - 4
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2},[0-9]{1} – Da uno a due caratteri numerici per la parte intera, un carattere numerico per la parte decimale, carattere „,” come separatore decimale

<i>Dominio</i>	0,0 – 99,9
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	In caso di non applicabilità codificare con il valore 99,9

CreatininaPreoperatoria

<i>Descrizione</i>	Valore di creatinina misurata nel sangue immediatamente prima dell'intervento; Unità di misura mg/dl
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	4 - 5
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2},[0-9]{2} – Da uno a due caratteri numerici per la parte intera, due caratteri numerici per la parte decimale, carattere „,” come separatore decimale
<i>Dominio</i>	0,00 – 99,99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	In caso di non applicabilità codificare con il valore 99,99

GradienteMedioTransaorticoPreoperatorio

<i>Descrizione</i>	Valore medio del gradiente pressorio tra ventricolo sinistro ed aorta ascendente nella fase sistolica misurato immediatamente prima dell'intervento; Unità di misura mmHg
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	In caso di non applicabilità codificare con il valore 99

AreaValvolareMitraticaPreoperatoria	
<i>Descrizione</i>	Area dell'orifizio mitralico misurato immediatamente prima dell'intervento; Unità di misura cm2
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	3 - 4
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2},[0-9]{1} – Da uno a due caratteri numerici per la parte intera, un carattere numerico per la parte decimale, carattere “,” come separatore decimale
<i>Dominio</i>	0,0 – 99,9
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	In caso di non applicabilità codificare con il valore 99
GradienteMedioTransmitralicoPreoperatorio	
<i>Descrizione</i>	Valore medio del gradiente pressorio tra atrio sinistro e ventricolo sinistro nella fase diastolica misurato immediatamente prima dell'intervento; Unità di misura mmHg
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	In caso di non applicabilità codificare con il valore 99
FrazioneEiezioneVentricolare	
<i>Descrizione</i>	Frazione o porzione di sangue che il cuore pompa (espelle) dal ventricolo sinistro misurato immediatamente prima dell'intervento; Unità di misura %
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico

<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	In caso di non applicabilità codificare con il valore 99

STSScore

<i>Descrizione</i>	Misura standardizzata del rischio di mortalità e morbosità dopo chirurgia cardiaca valutata immediatamente prima dell'intervento
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	In caso di non applicabilità codificare con il valore 99

TipIntervento

<i>Descrizione</i>	-
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Sostituzione/riparazione valvolare chirurgica a cuore aperto 2 = Impianto trans-catetere Transapicale/transaortico 3 = Impianto Trans-catetere transfemorale/ascellare o retrogrado 4 = Impianto trans-catetere anterogrado
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-

Note	-	
------	---	--

4.2.4 FratturaFemore

Dimissione > Esiti > FratturaFemore		Codice errore
INR		
<i>Descrizione</i>	International Normalised Ratio al momento del primo accesso dell'ospedale di ricovero	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	3	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,},[0-9]{1} – Un carattere numerico per la parte intera, un carattere numerico per la parte decimale, carattere „,” come separatore decimale	
<i>Dominio</i>	0,0 – 9,9	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

CreatininaPreoperatoria		
<i>Descrizione</i>	Indica il valore preoperatorio della creatinina rilevato nel tempo più vicino possibile all'intervento	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	4 - 5	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2},[0-9]{2} – Da uno a due caratteri numerici per la parte intera, due caratteri numerici per la parte decimale, carattere „,” come separatore decimale	
<i>Dominio</i>	0,00 – 99,99	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

CreatininaArrivo	
<i>Descrizione</i>	Indica il valore della creatinina rilevato all'arrivo
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	4 - 5
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2},[0-9]{2} – Da uno a due caratteri numerici per la parte intera, due caratteri numerici per la parte decimale, carattere “,” come separatore decimale
<i>Dominio</i>	0,00 – 99,99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

4.2.5 ProtesiAnca

Dimissione > Esiti > ProtesiAnca		Codice errore
INR		
<i>Descrizione</i>	International Normalised Ratio al momento del primo accesso dell'ospedale di ricovero	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	3	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,},[0-9]{1} – Un carattere numerico per la parte intera, un carattere numerico per la parte decimale, carattere “,” come separatore decimale	
<i>Dominio</i>	0,0 – 9,9	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

CreatininaPreOperatoria	
<i>Descrizione</i>	Indica il valore preoperatorio della creatinina rilevato nel tempo più vicino possibile all'intervento
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	4 - 5
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2},[0-9]{2} – Da uno a due caratteri numerici per la parte intera, due caratteri numerici per la parte decimale, carattere “,” come separatore decimale
<i>Dominio</i>	0,00 – 99,99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

4.2.6 ICTUS

Dimissione > Esiti > ICTUS		Codice errore
Trombolisi		
<i>Descrizione</i>	Somministrazione per via sistemica di agenti trombolitici	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	1 = Non eseguita 2 = Eseguita in altro PS 3 = Eseguita nel PS dell'ospedale di ricovero 4 = Eseguita in reparto dopo il ricovero	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

PunteggioNIHSSAmmissione	
<i>Descrizione</i>	-
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 – 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 42
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
PunteggioNIHSSDimissione	
<i>Descrizione</i>	-
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione (Dimissione) ≠ 5
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 – 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione (Dimissione) ≠ 5
<i>Dominio</i>	0 - 42
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
MRankingScalePrimaRicovero	
<i>Descrizione</i>	-
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1

<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 6
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

MRankingScaleDimissione

<i>Descrizione</i>	-
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione (Dimissione) ≠ 5
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 6
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

4.3 TraumiSeveri

Dimissione > TraumiSeveri		Codice errore
GravitaLesionePrincipale		
<i>Descrizione</i>	Punteggio di gravità della lesione traumatica principale	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	1 - 6	
<i>Validità</i>	-	

<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B
GravitàLesioniSecondarie	
<i>Descrizione</i>	Punteggio di gravità della lesione traumatica secondaria
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitàLesionePrincipale = 3
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 6
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B
GravitàLesioneTestaCollo	
<i>Descrizione</i>	Punteggio di gravità della lesione traumatica
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitàLesionePrincipale >= 4 oppure GravitàLesionePrincipale = 3 e GravitàLesioniSecondarie >= 3
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 6
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B
GravitàLesioneFaccia	
<i>Descrizione</i>	Punteggio di gravità della lesione traumatica
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitàLesionePrincipale >= 4 oppure GravitàLesionePrincipale = 3 e GravitàLesioniSecondarie >= 3

<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 6
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B

GravitaLesioneTorace

<i>Descrizione</i>	Punteggio di gravità della lesione traumatica
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 6
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B

GravitaLesioneAddome

<i>Descrizione</i>	Punteggio di gravità della lesione traumatica
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 6
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-

<i>Note</i>	Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B
GravitaLesionePelviArti	
<i>Descrizione</i>	Punteggio di gravità della lesione traumatica
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 6
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B
GravitaLesioneEsterna	
<i>Descrizione</i>	Punteggio di gravità della lesione traumatica
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 6
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B
PressioneArtSist	
<i>Descrizione</i>	Primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9

<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 – 3
<i>Formato</i>	[0-9]{1,3} – Da uno a tre caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 999
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Utilizzare la codifica “999” per indicare che l’informazione non è nota

FreqRespiratoria

<i>Descrizione</i>	Primo valore di frequenza respiratoria in atti/minuto riportato in cartella clinica al momento dell’accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 99
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Utilizzare la codifica “99” per indicare che l’informazione non è nota

GlasgowComaScale

<i>Descrizione</i>	Primo valore di frequenza respiratoria in atti/minuto riportato in cartella clinica al momento dell’accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	3 – 15 o 99
<i>Validità</i>	-

<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Utilizzare la codifica "99" per indicare che l'informazione non è nota
DeficitBasiArterioso	
<i>Descrizione</i>	Primo valore di Deficit di Basi arterioso riportato in cartella clinica al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	3 - 5
<i>Formato</i>	([+ -]{0,1}){0-9}{1,2},{0-9}{1} – Carattere "+" o "-" seguiti da uno a due caratteri numerici per la parte intera, un carattere numerico per la parte decimale, carattere "," come separatore decimale
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Utilizzare la codifica "99,9" per indicare che l'informazione non è nota
Lattati	
<i>Descrizione</i>	Primo valore di Deficit di Basi arterioso riportato in cartella clinica al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	3 - 4
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2},{0-9}{2} – Da uno a due caratteri numerici per la parte intera, un carattere numerico per la parte decimale, carattere "," come separatore decimale
<i>Dominio</i>	0,0 – 99,9
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Utilizzare la codifica "99,9" per indicare che l'informazione non è nota

INR	
<i>Descrizione</i>	Primo valore di INR riportato in cartella clinica al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	3
<i>Formato</i>	[0-9]{1,},[0-9]{1} – Un carattere numerico per la parte intera, un carattere numerico per la parte decimale, carattere „,” come separatore decimale
<i>Dominio</i>	0,0 – 9,9
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Utilizzare la codifica “9,9” per indicare che l'informazione non è nota
Fibrinogeno	
<i>Descrizione</i>	Primo valore di Fibrinogeno riportato in cartella clinica al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 3
<i>Formato</i>	[0-9]{1,3} – Da uno a tre caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 999
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Utilizzare la codifica “999” per indicare che l'informazione non è nota
PFRatio	
<i>Descrizione</i>	Riportare il primo valore di P/F ratio riportato in cartella clinica al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9

<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 3
<i>Formato</i>	[0-9]{1,3} – Da uno a tre caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 - 999
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Utilizzare la codifica “999” per indicare che l’informazione non è nota

GlasgowOutcomeScale

<i>Descrizione</i>	Primo valore di Glasgow Outcome Scale riportato in cartella clinica al momento dell’accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	2
<i>Formato</i>	[0-9]{2} – Due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	01 = Deceduto 02 = Stato Vegetativo 03 = Disabilità Severa 04 = Disabilità moderata 05 = Buon Recupero 09 = Non nota
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

ProcedDmgCtrlToraceEseguita

<i>Descrizione</i>	Procedura Damage Control Torace eseguita nelle prime 24h
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico

<i>Dominio</i>	0 = Non eseguita 1 = Eseguita 9 = Non nota
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

ProcedDmgCtrlAddomeEseguita

<i>Descrizione</i>	Procedura Damage Control Addome eseguita nelle prime 24h
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Non eseguita 1 = Eseguita 9 = Non nota
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

ProcedPackExtraPeritFissEst

<i>Descrizione</i>	Procedura Packing extraperitoneale e/o Fissazione esterna eseguita nelle prime 24h
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice(Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Non eseguita 1 = Eseguita 9 = Non nota
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-

<i>Note</i>	-
ProcedRadioInterventiEseguita	
<i>Descrizione</i>	Procedura Radiologia interventistica eseguita nelle prime 24h
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice (Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Non eseguita 1 = Eseguita 9 = Non nota
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
ProcedCraniotomiaEseguita	
<i>Descrizione</i>	Procedura Craniotomia eseguita nelle prime 24h
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice (Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Non eseguita 1 = Eseguita 9 = Non nota
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
ProcedMisPressIntracrEseguita	
<i>Descrizione</i>	Procedura Device per la misurazione della pressione intracranica eseguita nelle prime 24h

<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice (Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Non eseguita 1 = Eseguita 9 = Non nota
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

ProcedTrattNonOperEseguita

<i>Descrizione</i>	Procedura Trattamento non operativo eseguita nelle prime 24h
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice (Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Non eseguita 1 = Eseguita 9 = Non nota
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

GiorniVentilazMeccanica

<i>Descrizione</i>	Giorni di ventilazione meccanica
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice (Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 3

<i>Formato</i>	[0-9]{1,3} – Da uno a tre caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	Utilizzare la codifica "999" per indicare che l'informazione non è nota

CondPrincipaleRespDecesso

<i>Descrizione</i>	Condizione principale responsabile del decesso
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se GravitaLesionePrincipale >= 4 oppure GravitaLesionePrincipale = 3 e GravitaLesioniSecondarie >= 3 e Codice (Accettazione>Provenienza) = 5, 6 o 9
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	2
<i>Formato</i>	[0-9]{2} – Due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	00 = Non Applicable 01 = Shock Emorragico 02 = Cerebrale 03 = Insufficienza Cardiaca 04 = Insufficienza Respiratoria 05 = Insufficienza multiorgano 06 = Sepsi
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

4.4 Riabilitazione

Dimissione > Riabilitazione		Codice errore
TipoDim		
<i>Descrizione</i>	Tipologia dimissione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione = 2 o 9	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	1 = Dimissione ordinaria al domicilio senza prosecuzione riabilitazione 2 = Dimissione ordinaria al domicilio. Con attivazione di riabilitazione ambulatoriale 3 = Dimissione ordinaria al domicilio. Con attivazione di riabilitazione domiciliare 4 = Dimissione ordinaria al domicilio. Con attivazione di altro regime di ricovero 5 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI Senza riabilitazione domiciliare 6 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI Con riabilitazione domiciliare	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	Se 1,2,3,4 allora TipoDimissione = 2 Se 5,6 allora TipoDimissione = 9	
<i>Note</i>	-	
NumeroPOA		
<i>Descrizione</i>	Numero protesi/ortesi/ausili prescritti	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	0 - 2	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	

<i>Note</i>	-
CodPoa1	
<i>Descrizione</i>	Descrizione di protesi/ortesi/ausili prescritti
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se NumeroPOA > 0
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = apparecchi per la funzione respiratoria 2 = ortesi per il tronco 3 = carrozzine e altri ausili per la deambulazione 4 = sistemi posturali 5 = ausili addominali 6 = apparecchi ed ortesi per l'arto 7 = ausili per la comunicazione, informazione e segnalazione 8 = ausili e protesi ottiche ed acustiche 9 = ausili per la cura e protezione personale
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
CodPoa2	
<i>Descrizione</i>	Descrizione di protesi/ortesi/ausili prescritti
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se NumeroPOA = 2
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = apparecchi per la funzione respiratoria 2 = ortesi per il tronco 3 = carrozzine e altri ausili per la deambulazione 4 = sistemi posturali 5 = ausili addominali 6 = apparecchi ed ortesi per l'arto 7 = ausili per la comunicazione, informazione e segnalazione 8 = ausili e protesi ottiche ed acustiche 9 = ausili per la cura e protezione personale

<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

ProgrammaRiabilitativo

<i>Descrizione</i>	Programma riabilitativo proposto alla dimissione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = ciclo in ricovero ordinario 2 = ciclo in day hospital 3 = presso centro riab. estensiva/mantenimento 4 = presso RSA 5 = presso CAD 6 = in specialistica ambulatoriale 7 = nessuno
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

SpecialitaTrasferimento

<i>Descrizione</i>	Specialità di destinazione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione = 2,3,7
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	2
<i>Formato</i>	[0-9]{2} – Due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

CondizioneRiabilitativa	
<i>Descrizione</i>	Condizione Riabilitativa alla dimissione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione = 0
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = a domicilio, da solo 2 = a domicilio con familiari/conviventi 3 = altro 9 = non noto
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
DiagnosiDimissione	
<i>Descrizione</i>	ICD9CM della patologia rilevata alla dimissione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	3 - 5
<i>Formato</i>	([0-9]{3,5}) (V[0-9]{2,4}) – Da 3 a 5 caratteri numerici oppure lettera “V” seguita da 2 a 4 caratteri numerici
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	Deve appartenere all’elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
PatologialIntercorsa	
<i>Descrizione</i>	Sezione XML contenente i codici delle patologie eventualmente intercorse durante l’episodio di ricovero
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO

<i>Tipo</i>	Sezione XML
<i>Occorrenza</i>	0 - 1
<i>Formato</i>	-
<i>Dominio</i>	-
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2005Alimentazione

<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Alimentazione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 anni e PazientePostComatoso <> 2 e PazienteMieloleso <> 2 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato. 2 = Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto. 5 = Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte nel thè, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro. 8= Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona. 10= Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2005BagnoDoccia

<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005. Bagno/Doccia
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <> 2 e PazienteMieloleso <> 2 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9

<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	<p>0= Totale dipendenza nel lavarsi.</p> <p>1= Necessita di aiuto per tutte le operazioni.</p> <p>3= Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.</p> <p>4= Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).</p> <p>5= Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.</p>
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2005IgienePersonale	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Igiene Personale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <> 2 e PazienteMieloleso <> 2 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	<p>0= Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.</p> <p>1= Necessita di aiuto per tutte le operazioni.</p> <p>3= Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.</p> <p>4= In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.</p> <p>5= Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli).</p>
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2005Abbigliamento	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Abbigliamento
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <> 2 e PazienteMieloleso <> 2 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	<p>2 = Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.</p> <p>5 = Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.</p> <p>8 = Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.</p> <p>10 = Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.</p>
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2005ContinenzalIntestinale	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Continenza Intestinale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <> 2 e PazienteMieloleso <> 2 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	<p>0 = Incontinente.</p> <p>2 = Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.</p> <p>5 = Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, ed ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannolini, ecc.</p> <p>8 = Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, occasionali perdite.</p> <p>10 = Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.</p>

<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2005ContinenzaUrinaria	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Continenza Urinaria
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <> 2 e PazienteMieloleso <> 2 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni. 2 = Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno. 5 = In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessita di aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. 8 = Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di un minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni. 10 = Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2005UsoGabinetto	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Uso del Gabinetto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <> 2 e PazienteMieloleso <> 2 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0= Completamente dipendente. 2= Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.

	<p>5= Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per trasferimenti e per lavare le mani.</p> <p>8= Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.</p> <p>10= Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.</p>	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

bi2005TrasferimentoLettoCarrozzina

<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Trasferimento Letto-Carrozzina	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <> 2 e PazienteMieloleso <> 2 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1 - 2	
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	<p>0 = Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferirlo con o senza un sollevatore meccanico.</p> <p>3 = Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.</p> <p>8 = Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.</p> <p>12 = Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.</p> <p>15 = Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. È indipendente durante tutte le fasi.</p>	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	

bi2005Deambulazione

<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Deambulazione	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <> 2 e PazienteMieloleso <> 2 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9	

<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	<p>0 = Non in grado di deambulare autonomamente.</p> <p>3 = Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.</p> <p>8 = Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.</p> <p>12 = Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia <50 m. Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.</p> <p>15 = Capace di portare una protesi se necessario bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e porre gli ausili a portata di mano. In grado di usare le stampelle, bastoni, walker e deambulare per almeno 50 m. senza aiuto o supervisione.</p>
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2005Scale

<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Scale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e PazientePostComatoso <> 2 e PazienteMielolessi <> 2 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	<p>0 = Incapace di salire e scendere le scale.</p> <p>2 = Necessita di aiuto per salire e scende le scale (compreso eventuale uso di ausili).</p> <p>5 = Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.</p> <p>8 = In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).</p> <p>10 = In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.</p>
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2005UsoCarrozzina	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index 2005, Uso della Carrozzina
<i>Obbligatorietà</i>	FACOLTATIVO
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Uno carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Dipendente negli spostamenti con la carrozzina. 1 = Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre. 3 = Necessita presenza e assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al letto, tavolo, ecc. 4 = Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreno e superficie regolare. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette. 5 = Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.). L'autonomia deve essere > = 50 m.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	Se valorizzato allora verificare che Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. = 0
<i>Note</i>	-
bi2015Alimentazione	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), alimentazione
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 anni e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di alimentarsi 5 = Ha bisogno di assistenza (tagliare la carne ecc. oppure di una dieta modificata, dieta semisolida-liquida o alimentazione artificiale (PEG) 10 = In grado di alimentarsi
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2015Bagnodoccia	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), bagnodoccia
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di lavarsi autonomamente 5 = È in grado di lavarsi autonomamente
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015Aspetto	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), aspetto
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 = Ha bisogno di assistenza nella cura personale 5 = È in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015Vestirsi	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), vestirsi
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2

<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di vestirsi autonomamente 5 = Ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia 10 = È in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci ecc.)
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015Intestinale	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), intestinale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di controllare l'alvo 5 = Occasionalmente in grado di controllare l'alvo 10 = È in grado di controllare l'alvo
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015ContinenzaUrinaria	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), vescica
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di controllare la minzione 5 = Occasionalmente non in grado di controllare la minzione 10 = È in grado di controllare la minzione
<i>Validità</i>	-

<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015UsoGabinetto	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), usowc
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di utilizzare il WC 5 = È in grado di utilizzare il WC con assistenza 10 = È in grado di utilizzare il WC autonomamente
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015Trasferimenti	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), trasferimenti
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di effettuare i trasferimenti 5 = È in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti 10 = È in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisico). 15 = È in grado di effettuare i trasferimenti.
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

bi2015Mobilità	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), mobilità
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di spostarsi per più di 50 metri 5 = In grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri 10 = È in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica. di una persona 15 = In grado di deambulare (anche con ausili. per più di 50 metri
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015Scale	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), scale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 = Non in grado di salire e scendere le scale 5 = È in grado di salire e scendere le scale con assistenza 10 = È in grado di salire e scendere le scale autonomamente
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
bi2015Score	
<i>Descrizione</i>	Barthel Index ver. italiana 2015. (bi2015), PUNTEGGIO TOTALE
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 anni e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9

<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1 - 3	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,3} – Da uno a tre caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	0 - 100	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
RCSScore		
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), PUNTEGGIO TOTALE	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1 - 2	
<i>Formato</i>	[0-9]{1,2} – Da uno a due caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	0 - 22	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	Il punteggio riportato in RCSScore deve corrispondere alla somma dei punteggi RCS_CR + RCS_N + RCS_M + RCS_TD + RCS_TI + RCS_E	
<i>Note</i>		
RCS_CR		
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Cura o Rischio	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	2	
<i>Formato</i>	{C R}[0-4] – Primo carattere C o R secondo carattere numerico nel range 0-4	
<i>Dominio</i>	Il primo carattere identifica il tipo e può assumere i valori "C" od "R" Il secondo carattere identifica lo score e può assumere valori nel range 0-4	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	

<i>Note</i>	-	
RCS_N		
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Bisogni infermieristici specializzati	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	0 - 4	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
RCS_M		
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Bisogno di cure mediche	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9	
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1	
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico	
<i>Dominio</i>	0 - 4	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>	-	
<i>Note</i>	-	
RCS_TD		
<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Bisogni terapeutici, numero discipline	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9	
<i>Tipo</i>	Numerico	

<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 4
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

RCS_TI

<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Bisogni terapeutici, numero intensità
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 – 4
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

RCS_E

<i>Descrizione</i>	Rehabilitation Complexity Scale Extended vers.13 (RCS), Necessità di ausili
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	0 - 2
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

SIXMWT	
<i>Descrizione</i>	Scala 6MWT, metri percorsi
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturaIRC) = "56" e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	N
<i>Lunghezza</i>	1 - 4
<i>Formato</i>	(-?) 0-9]{1-3} – Da uno a tre caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 – 999 oppure -1(test non eseguito)
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
MWTBorg	
<i>Descrizione</i>	Scala di borg
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturaIRC) = "56" e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1-2
<i>Formato</i>	(-?)[0-9]{1} – Un carattere numerico eventualmente preceduto dal segno “-“
<i>Dominio</i>	1 = no sintomi 2 = sforzo molto, molto lieve 3 = sforzo molto lieve 4 = sforzo lieve 5 = sforzo moderato 6 = sforzo un po' pesante 7 = sforzo pesante 8 = sforzo molto pesante 9 = sforzo molto, molto pesante -1 = Test non eseguito
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-

BiDYS	
<i>Descrizione</i>	Barthel index Dispnea, Punteggio totale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "56" e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 4
<i>Formato</i>	(-?)[0-9]{1,3} – Da uno a tre caratteri numerici
<i>Dominio</i>	0 – 100 oppure -1(test non eseguito)
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
GCS	
<i>Descrizione</i>	Glasgow Coma Scale (GCS)
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "75" e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Numerico
<i>Lunghezza</i>	1 - 2
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno a due caratteri numerici
<i>Dominio</i>	3 - 15
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
LCF	
<i>Descrizione</i>	Level of Cognitive Functioning (LCF)
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "75" e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	N

<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 - 8
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	
<i>Note</i>	-
GOS	
<i>Descrizione</i>	Glasgow Outcome Scale
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se PazientePostComatoso = 2 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturaIRC) = "75" e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = Morte 2 = Stato vegetativo 3 = Disabilità grave 4 = Disabilità moderata 5 = Buon Recupero
<i>Validità</i>	-
<i>Congruità</i>	-
<i>Note</i>	-
GOSE	
<i>Descrizione</i>	Glasgow Outcome Scale Extended
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se età >= 18 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturaIRC) = "75" e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9
<i>Tipo</i>	Stringa
<i>Lunghezza</i>	1
<i>Formato</i>	[0-9]{1} – Un carattere numerico
<i>Dominio</i>	1 = morte

	<p>2 = stato vegetativo 3 = disabilità grave, completamente dipendente dagli altri 4 = disabilità grave, dipendente dagli altri per alcune attività 5 = disabilità moderata, lavoro ad un livello inferiore di performance 6 = disabilità moderata, ritorno alla precedente attività con adattamenti 7 = buon recupero con deficit fisici o mentali minori 8 = buon recupero</p>	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>		
<i>Note</i>	-	
DRS		
<i>Descrizione</i>	Disability Rating Scale (DRS)	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se PazientePostComatoso = 2 e primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "75" e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	1 - 2	
<i>Formato</i>	[0-9]{1-2} – Da uno due caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	0-30	
<i>Validità</i>	-	
<i>Congruità</i>		
<i>Note</i>	-	
SCIM		
<i>Descrizione</i>	Spinal Cord Independence Measure (SCIM)	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturalRC) = "28" e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9	*
<i>Tipo</i>	Numerico	
<i>Lunghezza</i>	1 - 3	
<i>Formato</i>	[0-9]{1-3} – Da uno a tre caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	0 - 100	
<i>Validità</i>	-	

<i>Congruità</i>																	
<i>Note</i>	-																
ASIA																	
<i>Descrizione</i>	ASIA Impairment Scale (ISNCSCI Versione 2019)																
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO se primi due caratteri di RepartoAmmissioneHSP12 (2.1 Accettazione>StrutturalIRC) = "28" e TipoDimissione = 0,1,2,3,6,7,8,9																
<i>Tipo</i>	Stringa																
<i>Lunghezza</i>	4																
<i>Formato</i>	[A-Z]{1}[0-9]{1,2}[A-Z]{1} – Una lettera dell’alfabeto latino, seguita da uno a due caratteri numerici, seguiti da un’altra lettera dell’alfabeto																
<i>Dominio</i>	<p>Primo carattere della stringa (Tipo di lesione):</p> <p>C = Cervicale L = Lombare S = Sacrale T = Toracica</p> <p>Uno o due caratteri numerici che possono assumere valori in range differenti in funzione del Tipo di lesione (primo carattere), secondo il seguente schema:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo</th> <th>Min</th> <th>Max</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C (Cervicale)</td> <td>1</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>L (Lombare)</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>S (Sacrale)</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>T (Toracica)</td> <td>1</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ultimo carattere della stringa (livello della lesione):</p> <p>A = Lesione completa B = Lesioni incomplete sensitive C = Lesioni incomplete motorie. (La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3) D = Lesioni incomplete motorie. (La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o i 3) E = Normale</p>	Tipo	Min	Max	C (Cervicale)	1	8	L (Lombare)	1	5	S (Sacrale)	1	5	T (Toracica)	1	12	
Tipo	Min	Max															
C (Cervicale)	1	8															
L (Lombare)	1	5															
S (Sacrale)	1	5															
T (Toracica)	1	12															
<i>Validità</i>																	
<i>Congruità</i>	-																
<i>Note</i>	-																

4.4.1 PatologiaIntercorsa

Dimissione > Riabilitazione > PatologiaIntercorsa		Codice errore
Codice		
<i>Descrizione</i>	Codice ICD9CM della patologia eventualmente intercorsa durante l'episodio di ricovero	
<i>Obbligatorietà</i>	OBBLIGATORIO	
<i>Tipo</i>	Stringa	
<i>Lunghezza</i>	3 - 5	
<i>Occorrenza</i>	0 - 3	
<i>Formato</i>	([0-9]{3,5}) (V[0-9]{2,4}) – Da 3 a 5 caratteri numerici oppure lettera “V” seguita da 2 a 4 caratteri numerici	
<i>Dominio</i>	-	
<i>Validità</i>	Deve appartenere all'elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio	
<i>Congruità</i>	Diverso da DiagnosiDimissione (Sez.4.4 Dimissione>Riabilitazione)	
	Univocità all'interno del set 1-3	
<i>Note</i>	-	

ALLEGATO A

Linee guida per l'assegnazione del codice “presente all'ammissione” della sezione DIAGNOSI

Definizione del dominio:

0 = No

1 = Si

2 = Documentazione insufficiente a determinare se la condizione era presente all'ammissione

3 = Non applicabile

Attribuzione del codice

- Assegnare la codifica **0** per ogni condizione che la cartella clinica documenta esplicitamente come non presente al momento dell'accettazione.

- Assegnare la codifica **1** per ogni condizione che la cartella clinica documenta esplicitamente come presente al momento dell'accettazione.

- Assegnare la codifica **1** per condizioni che sono state diagnosticate precedentemente all'accettazione (es.: ipertensione, diabete mellito, asma).

- Assegnare la codifica **1** per condizioni diagnosticate durante il ricovero che erano chiaramente presenti ma non diagnosticate fino a dopo l'accettazione. Diagnosi confermate successivamente all'accettazione sono considerate presenti all'accettazione se al momento dell'accettazione sono documentate come sospette, possibili, provvisorie, o rappresentano la causa di un sintomo presente al momento dell'accettazione.

- Assegnare la codifica **2** quando la cartella clinica non chiarisce se la condizione era presente o meno all'accettazione. La codifica **2** non deve essere assegnata di routine, ma usata solo in circostanze molto limitate. Quando la documentazione non è chiara i codificatori dovrebbero chiedere chiarimenti al medico curante.

- Assegnare la codifica **2** anche quando la cartella clinica afferma che non è possibile determinare clinicamente se la condizione fosse o no presente all'accettazione.

- Assegnare la codifica **3** se la condizione è nella lista dei codici ICD-9-CM per i quali questo campo non è applicabile. Non è possibile utilizzare la codifica 3 per condizioni non incluse nella lista. Segue l'elenco dei codici:

Codice ICD-9-9CM	Descrizione
137 - 139	POSTUMI DI MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE
268.1	RACHITISMO, POSTUMI
326	POSTUMI DI ASCESO INTRACRANICO O DI INFEZIONE DA PIOGENI
412	INFARTO MIOCARDICO PREGRESSO
438	POSTUMI DELLE MALATTIE CEREBROVASCOLARI
650	PARTO NORMALE
660.7	APPLICAZIONE FALLITA DI FORCIPÉ O DI VENTOSA, NON SPECIFICATA
677	EFFETTO TARDIVO DELLA COMPLICAZIONE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO, DEL PUERPERIO
740 - 759	MALFORMAZIONI CONGENITE
905 - 909	POSTUMI DI TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI ED ALTRE CAUSE ESTERNE
V02	PORTATORE O PORTATORE SOSPETTO DI MALATTIE INFETTIVE
V03	NECESSITÀ DI VACCINAZIONE CONTRO MALATTIE BATTERICHE
V04	NECESSITÀ DI VACCINAZIONE E INOCULAZIONI PROFILATTICHE CONTRO ALCUNE MALATTIE VIRALI
V05	NECESSITÀ DI ALTRA VACCINAZIONE E INOCULAZIONI PROFILATTICHE CONTRO SINGOLE MALATTIE
V06	NECESSITÀ DI VACCINAZIONE CON VACCINI COMBINATI CONTRO PIÙ MALATTIE
V07	NECESSITÀ DI ISOLAMENTO E DI ALTRE MISURE PROFILATTICHE
V10	ANAMNESI PERSONALE DI TUMORE MALIGNO
V11	ANAMNESI PERSONALE DI DISTURBO PSICHICO
V12	ANAMNESI PERSONALE DI ALCUNE ALTRE MALATTIE
V13	ANAMNESI PERSONALE DI ALTRE MALATTIE
V14	ANAMNESI PERSONALE DI ALLERGIA A SOSTANZE MEDICINALI
V15	ALTRA ANAMNESI PERSONALE CON RISCHIO DI MALATTIA
V16	ANAMNESI FAMILIARE DI TUMORE MALIGNO
V17	ANAMNESI FAMILIARE DI ALCUNE MALATTIE CRONICHE INVALIDANTI
V18	ANAMNESI FAMILIARE DI ALCUNE ALTRE CONDIZIONI MORBOSE DEFINITE
V19	ANAMNESI FAMILIARE DI ALTRE CONDIZIONI MORBOSE
V20	CONTROLLO DELLA SALUTE DEL NEONATO O DEL BAMBINO
V21	STATI COSTITUZIONALI DELLO SVILUPPO
V22	GRAVIDANZA NORMALE

V23	CONTROLLO DI GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO
V24	CURE ED ESAMI POSTPARTUM
V25	MISURE CONTRACCETTIVE
V26	MISURE PROCREATIVE
V27	ESITO DEL PARTO
V28	RICERCHE PRENATALI
V29	OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE DI NEONATI PER SOSPETTO DI CONDIZIONI MORBOSE NON RISCONTRATE
V30 - V39	NATI VIVI SANI SECONDO IL TIPO DI NASCITA
V42	ORGANO O TESSUTO SOSTITUITO DA TRAPIANTO
V43	ORGANO O TESSUTO SOSTITUITO CON ALTRI MEZZI
V44	PRESenza DI APERTURE ARTIFICIALI
V45	ALTRE CONDIZIONI SUCCESSIVE A INTERVENTI CHIRURGICI
V46	DIPENDENZA DA APPARECCHIATURE MECCANICHE
V49.60 - V49.77	STATO DI AMPUTAZIONE DI ARTO INFERIORE O SUPERIORE
V49.81 - V49.84	ALTRI PROBLEMI SPECIFICATI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE
V50	INTERVENTI CHIRURGICI SENZA RAGIONI MEDICHE
V51	TRATTAMENTO DOPO INTERVENTO CHE RICHIEDE L'IMPIEGO DI CHIRURGIA PLASTICA
V52	COLLOCAMENTO E SISTEMAZIONE DI PROTESI
V53	COLLOCAMENTO E SISTEMAZIONE DI ALTRI DISPOSITIVI
V54	ALTRO TRATTAMENTO ORTOPEDICO ULTERIORE
V55	CONTROLLO DI APERTURE ARTIFICIALI
V56	TRATTAMENTO ULTERIORE CHE RICHIEDE DIALISI INTERMITTENTE
V57	CURE RIABILITATIVE
V58	ALTRI E NON SPECIFICATI PROCEDIMENTI E TRATTAMENTI ULTERIORI
V59	DONATORI
V60	abitazione, problemi familiari ed economici
V61	altri problemi familiari
V62	altri problemi psicosociali
V64	PERSONE CHE RICORRONO AI SERVIZI SANITARI PER INTERVENTI SPECIFICI NON ESEGUITI
V65	ALTRE PERSONE CHE ENTRANO IN CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI SENZA MALATTIA O SOFFERENZA
V66	CONVALESCENZA E CURE PALLIATIVE
V67	VISITA DI CONTROLLO E DI FOLLOW UP
V68	CONTATTI PER SCOPI AMMINISTRATIVI
V69	PROBLEMI LEGATI ALLO STILE DI VITA
V70	ESAME MEDICO GENERALE
V71	OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE PER SOSPETTO DI CONDIZIONI MORBOSE
V72	VISITE ED ESAMI SPECIALI
V73	ESAME SPECIALE PER L'INDIVIDUAZIONE DI MALATTIE VIRALI E DA CHLAMIDIE
V74	ESAME SPECIALE PER L'INDIVIDUAZIONE DI MALATTIE BATTERICHE E DA SPIROCHETE
V75	ESAME SPECIALE PER L'INDIVIDUAZIONE DI ALTRE MALATTIE INFETTIVE
V76	ESAME SPECIALE (SCREENING) PER L'INDIVIDUAZIONE DI TUMORI MALIGNI
V77	SCREENING PER L'INDIVIDUAZIONE DI DISTURBI ENDOCRINI, NUTRITIVI, METABOLICI E IMMUNITARI

V78	SCREENING PER L'INDIVIDUAZIONE DI DISTURBI DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI
V79	SCREENING PER L'INDIVIDUAZIONE DI DISTURBI PSICHICI E DIFETTI DELLO SVILUPPO
V80	SCREENING PER L'INDIVIDUAZIONE DI MALATTIE NEUROLOGICHE, DELL'OCCHIO E DELL'ORECCHIO
V81	SCREENING PER L'INDIVIDUAZIONE DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI, RESPIRATORIE E GENITOURINARIE
V82	SCREENING PER L'INDIVIDUAZIONE DI ALTRE CONDIZIONI MORBOSE
V83	STATO DI PORTATORE GENETICO
V84	SUSCETTIBILITA' GENETICA ALLE MALATTIE
V85	INDICE DI MASSA CORPOREA [BMI]
V86	STATO DEI RECETTORI DEGLI ESTROGENI

ALLEGATO B

Linee guida per l'assegnazione dei codici di gravità della sezione TRAUMI SEVERI

Elenco delle lesioni e relativo punteggio di gravità:

Distretti	Organi	Lesioni	Punteggi
Testa - collo	Trauma massivo	Distruzione massiva del cranio e dell'encefalo (Spappolamento)	6
Testa - collo	testa traumi penetranti	superficiale (≤ 2 cm al di sotto dell'entrata)	3
Testa - collo	testa traumi penetranti	profondo (penetrazione > 2 cm)	5
Testa - collo	testa lesione esterna	Cuoio capelluto NMS	1
Testa - collo	testa lesione esterna	abrasione	1
Testa - collo	testa lesione esterna	contusione (compreso ematoma subgaleale)	1
Testa - collo	testa lesione esterna	lacerazione NMS	1
Testa - collo	testa lesione esterna	lacerazione superficiale	1
Testa - collo	testa lesione esterna	lacerazione profonda (lunghezza > 10 cm <u>e</u> nel tessuto sottocutaneo)	2
Testa - collo	testa lesione esterna	perdita di sangue $>$ del 20% del volume	3
Testa - collo	testa lesione esterna	avulsione NMS	1
Testa - collo	testa lesione esterna	avulsione superficiale (minore; $\leq 100\text{cm}^2$)	1
Testa - collo	testa lesione esterna	avulsione profonda $> 100 \text{ cm}^2$ ma con perdita di sangue $<$ del 20%	2
Testa - collo	testa lesione esterna	Scalpo contusione subgaleale con ematoma ≤ 6 mesi	2
Testa - collo	testa lesione esterna	≤ 6 mesi scalpo contusione subgaleale con ematoma con perdita ematica $> 20\%$ del volume	3
Testa - collo	collo lesione esterna	Decapitazione	6
Testa - collo	collo lesione esterna	lesione penetrante non valutata	1
Testa - collo	collo lesione esterna	superficiale (minima)	1
Testa - collo	collo lesione esterna	con perdita di tessuto $> 100\text{cm}^2$ ma con perdita di sangue $\leq 20\%$ del volume	3
Testa - collo	collo lesione esterna	con perdita di sangue $>$ del 20% del volume	3
Testa - collo	collo lesione esterna	Cute NMS	1
Testa - collo	collo lesione esterna	abrasione	1
Testa - collo	collo lesione esterna	ematoma	1
Testa - collo	collo lesione esterna	lacerazione NMS	1
Testa - collo	collo lesione esterna	lacerazione superficiale	1

Testa - collo	collo lesione esterna	lacerazione>di 20cm di lunghezza e nell'ambito dei tessuti sottocutanei	2
Testa - collo	collo lesione esterna	lacerazione con perdita di sangue > del 20% del volume	3
Testa - collo	collo lesione esterna	avulsione NMS	1
Testa - collo	collo lesione esterna	avulsione superficiale minore; ≤ di 100cm ²	1
Testa - collo	collo lesione esterna	avulsione con perdita di sangue > del 20% del volume	2
Testa - collo	collo lesione esterna	avulsione maggiore > di 100 cm ² ma perdita di sangue < 20% del volume	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria basilare	Arteria basilare NMS	4
Testa - collo	vasi intracranici arteria basilare	Arteria basilare lacerazione	5
Testa - collo	vasi intracranici arteria basilare	Arteria basilare trombosi (occlusione)	5
Testa - collo	vasi intracranici arteria basilare	Arteria basilare aneurisma traumatico	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria carotide interna	arteria carotide interna NMS	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria carotide interna	arteria carotide interna lacerazione	5
Testa - collo	vasi intracranici arteria carotide interna	arteria carotide interna trombosi (occlusione)	4
Testa - collo	vasi intracranici arteria carotide interna	arteria carotide interna aneurisma traumatico	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria carotide interna	arteria carotide interna lacerazione bilaterale	6
Testa - collo	vasi intracranici arteria carotide interna	arteria carotide interna trombosi (occlusione) bilaterale	5
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale anteriore NMS	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale anteriorelacerazione	5
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale anteriore trombosi (occlusione)	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	arteria cerebrale anteriore trombosi (occlusione) bilaterale	4
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale anteriore aneurisma traumatico	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale media NMS	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale media lacerazione	5
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale media trombosi (occlusione)	4
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	arteria cerebrale media trombosi (occlusione) bilaterale	5
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale media aneurisma traumatico	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale posteriore NMS	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale posteriorelacerazione	5
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale posteriore trombosi (occlusione)	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	arteria cerebrale posteriore trombosi (occlusione) bilaterale	4
Testa - collo	vasi intracranici arteria cerebrale	Arteria cerebrale posteriore aneurisma traumatico	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria vertebrale	Arteria vertebrale NMS	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria vertebrale	Arteria vertebrale lacerazione	5
Testa - collo	vasi intracranici arteria vertebrale	Arteria vertebrale trombosi (occlusione)	3
Testa - collo	vasi intracranici arteria vertebrale	arteria vertebrale trombosi (occlusione) bilaterale	4
Testa - collo	vasi intracranici arteria vertebrale	Arteria vertebrale aneurisma traumatico	3
Testa - collo	vasi intracranici altre arterie	altre Arterie NMS	3
Testa - collo	vasi intracranici altre arterie	Altre Arterie lacerazione	4
Testa - collo	vasi intracranici altre arterie	altre arterie trombosi (occlusione)	3

Testa - collo	vasi intracranici altre arterie	altre arterie aneurisma traumatico	3
Testa - collo	vasi intracranici altre arterie	Vasi Intracranici NMS	3
Testa - collo	vasi intracranici altre arterie	Vasi Intracranici lacerazione	4
Testa - collo	vasi intracranici altre arterie	Vasi Intracranici trombosi (occlusione)	3
Testa - collo	vasi intracranici altre arterie	Vasi Intracranici aneurisma traumatico	3
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Fistola Carotide-Cavernosa	4
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno Cavernoso NMS	3
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	seno cavernoso lacerazione	4
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	seno cavernoso lacerazione aperta o perdita segmentaria ("aperta" significa che il vaso sta sanguinando all'esterno del corpo)	5
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	seno cavernoso trombosi (occlusione)	3
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno NMS o Vene maggiori NMS	3
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	seno o vene maggiori lacerazione	4
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	seno o vene maggiori trombosi (occlusione)	3
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno Longitudinale (sagittale) Superiore NMS	4
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	seno longitudinale superiore lacerazione	4
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	seno longitudinale superiore lacerazione aperta o perdita segmentaria ("aperta" significa che il vaso sta sanguinando all'esterno del corpo)	5
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	seno longitudinale superiore trombosi (occlusione)	3
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno Sigmoideo NMS	4
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno Sigmoideo lacerazione	4
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno Sigmoideo lacerazione aperta o perdita segmentaria ("aperta" significa che il vaso sta sanguinando all'esterno del corpo)	5
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno Sigmoideo trombosi (occlusione)	4
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno Sigmoideo trombosi (occlusione) bilaterale	5
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno Trasverso NMS	4
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno trasverso lacerazione bilaterale	5
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno Trasverso lacerazione	4
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno Trasverso lacerazione aperta o perdita segmentaria ("aperta" significa che il vaso sta sanguinando all'esterno del corpo)	6
Testa - collo	vasi intracranici lesioni venose	Seno Trasverso trombosi (occlusione)	4
Testa - collo	arteria carotide comune/interna	Carotide (comune, interna) arterie NMS	3
Testa - collo	arteria carotide comune/interna	lesioni dell'intima, senza interruzione	3
Testa - collo	arteria carotide comune/interna	con deficit neurologico (stroke) senza lesioni del capo	4
Testa - collo	arteria carotide comune/interna	perforazione NMS	3
Testa - collo	arteria carotide comune/interna	lacerazione minore	3
Testa - collo	arteria carotide comune/interna	con deficit neurologico (stroke) non correlato a lesioni del capo	4
Testa - collo	arteria carotide comune/interna	lacerazione maggiore	4
Testa - collo	arteria carotide comune/interna	con deficit neurologico (stroke) non correlato a lesioni del capo	4
Testa - collo	arteria carotide comune/interna	con trombosi (occlusione) post-traumatica	3
Testa - collo	arteria carotide comune/interna	con deficit neurologico (stroke) non correlato a lesioni del capo	4

Testa - collo	arteria carotide comune/interna	trombosi (occlusione) post-traumatica	3
Testa - collo	arteria carotide comune/interna	con deficit neurologico (stroke) non correlato a lesioni del capo	4
Testa - collo	arteria carotide esterna	Carotide (esterna) NMS	2
Testa - collo	arteria carotide esterna	rottura dell'intima senza interruzione	2
Testa - collo	arteria carotide esterna	lacerazione (perforazione) NMS	2
Testa - collo	arteria carotide esterna	lacerazione minore	2
Testa - collo	arteria carotide esterna	lacerazione maggiore	3
Testa - collo	arteria carotide esterna	con trombosi (occlusione) post-traumatica	2
Testa - collo	arteria carotide esterna	trombosi (occlusione) post-traumatica	2
Testa - collo	vena giugulare esterna	Vena giugulare, esterna NMS	1
Testa - collo	vena giugulare esterna	lacerazione (perforazione) NMS	1
Testa - collo	vena giugulare esterna	lacerazione minore	1
Testa - collo	vena giugulare esterna	lacerazione maggiore	3
Testa - collo	Vena giugulare, interna	Vena giugulare, internaa NMS	1
Testa - collo	Vena giugulare, interna	lacerazione (perforazione) NMS	1
Testa - collo	Vena giugulare, interna	lacerazione minore	1
Testa - collo	Vena giugulare, interna	lacerazione maggiore	3
Testa - collo	arteria vertebrale	Arteria vertebrale NMS	2
Testa - collo	arteria vertebrale	rottura dell'intima senza interruzione	2
Testa - collo	arteria vertebrale	con deficit neurologico (stroke) non correlato a lesioni del capo	3
Testa - collo	arteria vertebrale	lacerazione (perforazione) NMS	2
Testa - collo	arteria vertebrale	lacerazione minore	2
Testa - collo	arteria vertebrale	con deficit neurologico (stroke) non correlato a lesioni del capo	3
Testa - collo	arteria vertebrale	lacerazione maggiore	3
Testa - collo	arteria vertebrale	con deficit neurologico (stroke) non correlato a lesioni del capo	4
Testa - collo	arteria vertebrale	lacerazione maggiore con deficit neurologico bilaterale	5
Testa - collo	arteria vertebrale	con trombosi (occlusione) post-traumatica	4
Testa - collo	arteria vertebrale	con trombosi bilaterale	5
Testa - collo	arteria vertebrale	trombosi (occlusione) post-traumatica	3
Testa - collo	arteria vertebrale	con deficit neurologico (stroke) non correlato a lesioni del capo	4
Testa - collo	arteria vertebrale	trombosi con deficit neurologico bilaterale	5
Testa - collo	nervi cranici	Nervi cranici NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	contusione	2
Testa - collo	nervi cranici	lacerazione	2
Testa - collo	nervi cranici	I Nervo e tratto olfattivo NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	I Nervo e tratto olfattivo contusione	2
Testa - collo	nervi cranici	I Nervo e tratto olfattivo lacerazione	2
Testa - collo	nervi cranici	II Nervo ottico-segmento intracranico ed intracanalicolare NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	II Nervo ottico-segmento intracranico ed intracanalicolare contusione	2
Testa - collo	nervi cranici	II Nervo ottico-segmento intracranico ed intracanalicolare contusione bilaterale	2
Testa - collo	nervi cranici	II Nervo ottico-segmento intracranico ed intracanalicolare lacerazione	2
Testa - collo	nervi cranici	II Nervo ottico-segmento intracranico ed intracanalicolare lacerazione bilaterale	2
Testa - collo	nervi cranici	III Nervo Oculomotore NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	III Nervo Oculomotore NMS contusione o compressione (incluso la lesione dovuta ad un ernia transtentoriale)	2
Testa - collo	nervi cranici	III Nervo Oculomotore NMS lacerazione	2
Testa - collo	nervi cranici	IV Nervo trocleare NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	IV Nervo trocleare NMS contusione	2
Testa - collo	nervi cranici	IV Nervo trocleare NMS lacerazione	2
Testa - collo	nervi cranici	V Nervo trigemino NMS	1
Testa - collo	nervi cranici	V Nervo trigemino NMS contusione	2

Testa - collo	nervi cranici	V Nervo trigemino NMS lacerazione	2
Testa - collo	nervi cranici	VI Nervo abducente NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	VI Nervo abducente contusione	2
Testa - collo	nervi cranici	VI Nervo abducente lacerazione	2
Testa - collo	nervi cranici	VII Nervo facciale NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	VII Nervo facciale contusione	2
Testa - collo	nervi cranici	VII Nervo facciale lacerazione	2
Testa - collo	nervi cranici	VII Nervo facciale lacerazione bilaterale	2
Testa - collo	nervi cranici	VIII Nervo acustico, inclusi i nervi vestibolare e cocleare NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	VIII Nervo acustico, inclusi i nervi vestibolare e cocleare contusione	2
Testa - collo	nervi cranici	VIII Nervo acustico, inclusi i nervi vestibolare e cocleare lacerazione	2
Testa - collo	nervi cranici	VIII Nervo acustico, inclusi i nervi vestibolare e cocleare lacerazione bilaterale	3
Testa - collo	nervi cranici	IX Nervo glossofaringeo NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	IX Nervo glossofaringeo contusione	2
Testa - collo	nervi cranici	IX Nervo glossofaringeo lacerazione	2
Testa - collo	nervi cranici	X Nervo vago, escluse le lesioni del collo e dell'addome NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	X Nervo vago, escluse le lesioni del collo e dell'addome contusione	2
Testa - collo	nervi cranici	X Nervo vago, escluse le lesioni del collo e dell'addome lacerazione	4
Testa - collo	nervi cranici	XI Nervo accessorio spinale NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	XI Nervo accessorio spinale contusione	2
Testa - collo	nervi cranici	XI Nervo accessorio spinale lacerazione	2
Testa - collo	nervi cranici	XII Nervo ipoglosso NMS	2
Testa - collo	nervi cranici	XII Nervo ipoglosso contusione	2
Testa - collo	nervi cranici	XII Nervo ipoglosso lacerazione	2
Testa - collo	nervi del collo	Lesione del N. frenico	2
Testa - collo	nervi del collo	lesione bilaterale del nervo frenico	4
Testa - collo	nervi del collo	Lesione del N. vago	1
Testa - collo	plesso brachiale	Plesso brachiale NMS (inclusi tronchi e rami)	2
Testa - collo	plesso brachiale	lesione incompleta del plesso NMS	2
Testa - collo	plesso brachiale	contusione (stiramento)	2
Testa - collo	plesso brachiale	lacerazione	2
Testa - collo	plesso brachiale	avulsione	2
Testa - collo	plesso brachiale	lesione completa del plesso NMS	3
Testa - collo	plesso brachiale	lesione completa bilaterale	4
Testa - collo	plesso brachiale	contusione (stiramento)	3
Testa - collo	plesso brachiale	lacerazione	3
Testa - collo	plesso brachiale	avulsione	3
Testa - collo	plesso brachiale	avulsione completa bilaterale	4
Testa - collo	encefalo	ipotalamo, midollo, mesencefalo, ponte NMS	5
Testa - collo	encefalo	compressione (inclusa la erniazione transtentoriale (uncus) o le tonsille cerebellari)	5
Testa - collo	encefalo	contusione	5
Testa - collo	encefalo	lesione assonale diffusa (lacerazione della sostanza bianca)	5
Testa - collo	encefalo	infarto	5
Testa - collo	encefalo	lesioni emorragiche	5
Testa - collo	encefalo	lacerazione	6
Testa - collo	encefalo	distruzione massiva	6
Testa - collo	encefalo	lesione penetrante	6
Testa - collo	Cervelletto	Cervelletto NMS	3
Testa - collo	Cervelletto	contusione, singola o multiple, NMS [dimensioni compreso edema perilesionale]	2
Testa - collo	Cervelletto	piccola (superficiale; ≤ 15cc; ≤ 3cm di diametro)	2
Testa - collo	Cervelletto	grande (15-30cc; diametro >3cm)	4
Testa - collo	Cervelletto	estesa (massiva; volume totale >30cc)	5

Testa - collo	Cervelletto	lesione assonale diffusa	6
Testa - collo	Cervelletto	ematoma (emorragia)NMS	3
Testa - collo	Cervelletto	epidurale o extradurale NMS [dimensioni compreso edema perilesionale]	3
Testa - collo	Cervelletto	piccolo ($\leq 30\text{cc}$ negli adulti a ; spessore $\leq 1\text{cm}$ a; minimo, sottile, moderato)	3
Testa - collo	Cervelletto	grande ($> 30\text{cc}$ negli adulti b ; spessore $>1\text{cm}$ b; massivo; esteso)	5
Testa - collo	Cervelletto	intracerebellare inclusi quelli petecchiali e subcorticali NMS [dimensioni compreso edema perilesionale]	4
Testa - collo	Cervelletto	piccolo ($\leq 15\text{cc}$; $\leq 3\text{cm}$ di diametro)	4
Testa - collo	Cervelletto	grande ($> 15\text{cc}$; $> 3\text{cm}$ di diametro)	5
Testa - collo	Cervelletto	subdurale NMS	3
Testa - collo	Cervelletto	piccolo ($\leq 30\text{cc}$ negli adulti a; spessore $\leq 1\text{cm}$ a, minimo sottile, moderato)	3
Testa - collo	Cervelletto	grande ($> 30\text{cc}$ negli adulti b; spessore $>1\text{cm}$ b; massivo; esteso)	5
Testa - collo	Cervelletto	lacerazione NFS	3
Testa - collo	Cervelletto	$\leq 2\text{cm}$ lunghezza e diametro	3
Testa - collo	Cervelletto	lesione penetrante Cerebellare NFS	3
Testa - collo	Cervelletto	lesione penetrante cerebellare $\leq 2\text{cm}$	3
Testa - collo	Cervelletto	emorragia subaracnoidea Cerebellare	2
Testa - collo	cervello	Cervello NMS	3
Testa - collo	cervello	contusione NMS [dimensione compreso l'edema pericontusivo]	3
Testa - collo	cervello	contusione singola NMS	3
Testa - collo	cervello	contusione cerebrale singola $<1\text{cm}$ di diametro	2
Testa - collo	cervello	piccola (superficiale; $\leq 30\text{cc}$; diametro $\leq 4\text{cm}$ c ; scostamento dalla linea mediana $\leq 5\text{mm}$)	3
Testa - collo	cervello	grande (profonda; 30-50cc; diametro $> 4\text{cm}$ d ; scostamento dalla linea mediana $>5\text{mm}$)	4
Testa - collo	cervello	estesa (massiva; volume totale $>50\text{cc}$ e)	5
Testa - collo	cervello	multiple, dallo stesso lato ma NMS	3
Testa - collo	cervello	contusione cerebrale multipla $<1\text{cm}$ di diametro	2
Testa - collo	cervello	piccola (superficiale; volume totale $\leq 30\text{cc}$ c; scostamento dalla linea mediana $\leq 5\text{mm}$)	3
Testa - collo	cervello	grande (volume totale 30-50cc d; scostamento dalla linea mediana $> 5\text{mm}$)	4
Testa - collo	cervello	estesa (massiva; volume totale $>50\text{cc}$ e)	5
Testa - collo	cervello	multiple NMS	3
Testa - collo	cervello	multiple, almeno una per ogni lato ma NMS	3
Testa - collo	cervello	contusione cerebrale multipla almeno una per lato $<1\text{cm}$ di diametro	2
Testa - collo	cervello	piccola (superficiale; volume totale $\leq 30\text{cc}$)	3
Testa - collo	cervello	grande (volume totale 30-50cc)	4
Testa - collo	cervello	estesa (massiva; volume totale $> 50\text{cc}$)	5
Testa - collo	cervello	lesione assonale diffusa (lacerazione della sostanza bianca)	4
Testa - collo	cervello	ematoma (emorragia) NMS	3
Testa - collo	cervello	ematoma epidurale o extradurale NMS [dimensione compr. ematoma perilesionale]	2
Testa - collo	cervello	ematoma epidurale o extradurale piccolo ($\leq 50\text{cc}$ negli adulti, $\leq 25\text{cc}$ se di età fino a 10 anni; spessore $\leq 1\text{cm}$; minimo; sottile; moderato)	4
Testa - collo	cervello	ematoma epidurale o extradurale bilaterale	5
Testa - collo	cervello	ematoma epidurale o extradurale grande ($>50\text{cc}$ negli adulti, $>25\text{cc}$ se di età fino a 10 anni; spessore $> 1\text{cm}$; massivo, esteso)	5
Testa - collo	cervello	ematoma intracerebrale NMS [dimensione compreso edema intorno]	3
Testa - collo	cervello	ematoma intracerebrale singola o multiplo $<1\text{cm}$ di diametro	2
Testa - collo	cervello	ematoma intracerebrale piccolo ($\leq 30\text{cc}$; diametro $\leq 4\text{cm}$ f)	2
Testa - collo	cervello	petecchie emorragiche	2
Testa - collo	cervello	petecchie emorragiche intracerebrali non associate a coma $> 6\text{ h}$	2
Testa - collo	cervello	emorragia subcorticale	4
Testa - collo	cervello	ematoma intracerebrale bilaterale	5
Testa - collo	cervello	piccolo ematoma intracerebrale non associato a coma $> 6\text{ h}$	3
Testa - collo	cervello	ematoma intracerebrale grande ($> 30\text{ cc}$; $> 4\text{ cm}$)	5
Testa - collo	cervello	ematoma subdurale NMS	3

Testa - collo	cervello	ematoma cerebrale subdurale <0.6cm	3
Testa - collo	cervello	ematoma subdurale piccolo ($\leq 50\text{cc}$ negli adulti; $\leq 25\text{cc}$ se di età fino a 10 anni; spessore $\leq 1\text{cm}$; minimo; sottile; moderato)	4
Testa - collo	cervello	ematoma subdurale bilaterale	4
Testa - collo	cervello	ematoma subdurale grande ($> 50\text{cc}$ negli adulti, $> 25\text{cc}$ se di età fino a 10 anni; spessore $> 1\text{ cm}$; massivo; esteso)	5
Testa - collo	cervello	tumefazione cerebrale/edema non comprensivo di edema perilesionale NMS	3
Testa - collo	cervello	tumefazione cerebrale/edema lieve (compressione ventricolare senza compressione cisterne)	3
Testa - collo	cervello	tumefazione cerebrale/edema moderata (compressione dei ventricoli e delle cisterne)	4
Testa - collo	cervello	tumefazione cerebrale/edema grave (scomparsa dei ventricoli o delle cisterne)	5
Testa - collo	cervello	emorragia intraventricolare cerebrale Cerebral non associata a coma $> 6\text{ h}$	2
Testa - collo	cervello	infarto (acuto dovuto a occlusione vascolare traumatica)	3
Testa - collo	cervello	emorragia intraventricolare/ematoma intracerebrale nel sistema ventric.	2
Testa - collo	cervello	ischemia (direttamente collegata al trauma)	3
Testa - collo	cervello	pneumoencefalo (direttamente collegato al trauma)	3
Testa - collo	cervello	ischemia cerebrale relativo al trauma con coma $> 6\text{ h}$	5
Testa - collo	cervello	emorragia subaracnoidea	3
Testa - collo	cervello	emorragia subpiale	3
Testa - collo	cervello	lacerazione cerebrale $\leq 2\text{cm}$ unghiezza o diametro	3
Testa - collo	cervello	lacerazione	3
Testa - collo	cervello	lesione penetrante cerebrale	3
Testa - collo	cervello	lesione penetrante cerebrale $\leq 2\text{cm}$	3
Testa - collo	cervello	emorragia subaracnoidea cerebrale NFS	2
Testa - collo	cervello	emorragia subaracnoidea cerebrale non associata a coma $> 6\text{ h}$	2
Testa - collo	cervello	emorragia subpiale cerebrale NFS	2
Testa - collo	cervello	emorragia subpiale cerebrale non associata a coma $> 6\text{ h}$	2
Testa - collo	cervello	lesione Ipofisi	3
Testa - collo	Lesione ossea	Frattura della Base NMS (possono essere interessati l' osso etmoide, il tetto orbitale, lo sfenoide, il temporale - incluse le porzioni petrosa, squamosa e mastoide - o l'occipitale)	3
Testa - collo	Lesione ossea	Frattura della Base senza perdita di liquor	3
Testa - collo	Lesione ossea	Frattura della Base con perdita di liquor	3
Testa - collo	Lesione ossea	Frattura della Base complessa (aperta, con perdita di tessuto cerebrale; comminuta; circolare; scomposta)	4
Testa - collo	Lesione ossea	Frattura della Volta NMS (possono essere interessate le ossa frontale, occipitale, parietale, sfenoide o temporale)	2
Testa - collo	Lesione ossea	Frattura della Volta chiusa (semplice; composta; diastasate; lineare)	2
Testa - collo	Lesione ossea	Frattura della Volta comminuta; esposta a (cioè aperta ma con dura intatta); depressa $\leq 2\text{cm}$; scomposta	3
Testa - collo	Lesione ossea	Frattura della Volta complessa; aperta con tessuto cerebrale lacerato, esposto o perso)	4
Testa - collo	Lesione ossea	Frattura della Volta massivamente depressa (ampia area di depressione cranica $> 2\text{cm}$)	4
Testa - collo	Lesione ossea	Ossio ioideo fratture	2
Testa - collo	Durata dello stato di incoscienza nota	< 1 ora con deficit neurologici	3
Testa - collo	Durata dello stato di incoscienza nota	1-6 ore	3
Testa - collo	Durata dello stato di incoscienza nota	1-6 ore con deficit neurologici	4
Testa - collo	Durata dello stato di incoscienza nota	6-24 ore (1 giorno se le ore non possono essere calcolate)	4
Testa - collo	Durata dello stato di incoscienza nota	6-24 ore con deficit neurologici	5
Testa - collo	Durata dello stato di incoscienza nota	> 24 ore	5
Testa - collo	concussione	concussione cerebrale	1
Testa - collo	concussione	concussione cerebrale media senza perdita di coscienza	1
Testa - collo	laringe	Laringe, inclusa la cartilagine tiroidea e cricoidea, NMS	2
Testa - collo	laringe	Ematoma trachea	2

Testa - collo	laringe	Lacerazione trachea NMS	2
Testa - collo	laringe	Lacerazione senza perforazione	3
Testa - collo	laringe	Lacerazione a tutto spessore con perforazione	4
Testa - collo	laringe	Avulsione transezione trachea	5
Testa - collo	trachea	lesione trachea NMS	2
Testa - collo	trachea	Ematoma trachea	2
Testa - collo	trachea	Lacerazione trachea NMS	2
Testa - collo	trachea	Lacerazione senza perforazione	2
Testa - collo	trachea	Lacerazione a tutto spessore con perforazione	3
Testa - collo	trachea	Avulsione transezione trachea	4
Testa - collo	faringe	Faringe o area retrofaringea NMS	2
Testa - collo	faringe	contusione (ematoma)	2
Testa - collo	faringe	lacerazione, perforazione NMS	2
Testa - collo	faringe	senza perforazione (non a tutto spessore); rottura della mucosa	3
Testa - collo	faringe	perforazione a tutto spessore ma senza sezione completa con interessamento delle corde vocali	4
Testa - collo	faringe	distruzione massiva (avulsione, schiacciamento, rottura, sezione)	5
Testa - collo	esofago	lesione esofagea da ingestione NMS	3
Testa - collo	esofago	lesione esofagea da ingestione con necrosi parietale parziale	3
Testa - collo	esofago	lesione esofagea da ingestione con necrosi parietale a tutto spessore	4
Testa - collo	ghiandola salivare	Ghiandole salivari NMS	2
Testa - collo	ghiandola salivare	con interessamento o lacerazione duttale	3
Testa - collo	tiroide	Tiroide NMS	3
Testa - collo	tiroide	contusione (ematoma)	1
Testa - collo	tiroide	lacerazione	2
Testa - collo	corde vocali	Corde vocali NMS (non dovute ad intubazione)	2
Testa - collo	corde vocali	unilaterali	2
Testa - collo	corde vocali	bilateral	3
Testa - collo	midollo contusione	NMS (inclusa la diagnosi di compressione documentata da raggi X, TAC, mielografia o autopsia)	3
Testa - collo	midollo contusione	con segni neurologici transitori (parestesie) NMS	3
Testa - collo	midollo contusione	senza frattura o lussazione	3
Testa - collo	midollo contusione	con frattura	3
Testa - collo	midollo contusione	con lussazione	3
Testa - collo	midollo contusione	con frattura e lussazione	3
Testa - collo	midollo sindrome incompleta	NMS (qualche funzione motoria e sensitiva preservata; comprese sindromi del midollo anteriore, centrale e laterale (sindrome di Brown-Sequard))	4
Testa - collo	midollo sindrome incompleta	senza frattura o lussazione	4
Testa - collo	midollo sindrome incompleta	con frattura	4
Testa - collo	midollo sindrome incompleta	con lussazione	4
Testa - collo	midollo sindrome incompleta	con frattura e lussazione	4
Testa - collo	midollo sindrome completa	NMS (tetraplegia o paraplegia senza sensibilità)	5
Testa - collo	midollo sindrome completa	C4 o inferiore NMS	5
Testa - collo	midollo sindrome completa	senza frattura o lussazione	5
Testa - collo	midollo sindrome completa	con frattura	5
Testa - collo	midollo sindrome completa	con lussazione	5
Testa - collo	midollo sindrome completa	con frattura e lussazione	5
Testa - collo	midollo sindrome completa	C3 o superiore NMS	6
Testa - collo	midollo sindrome completa	senza frattura o lussazione	6
Testa - collo	midollo sindrome completa	con frattura	6
Testa - collo	midollo sindrome completa	con lussazione	6
Testa - collo	midollo sindrome completa	con frattura e lussazione	6
Testa - collo	midollo sindrome completa	Sindrome completa del midollo NMS (tetraplegia o paraplegia senza sensibilità o funzione motoria)	5

Testa - collo	midollo sindrome completa	C4 o inferiore (compresa C3-C4) NMS	5
Testa - collo	midollo sindrome completa	senza frattura o lussazione	5
Testa - collo	midollo sindrome completa	con frattura	5
Testa - collo	midollo sindrome completa	con lussazione	5
Testa - collo	midollo sindrome completa	con frattura e lussazione	5
Testa - collo	midollo sindrome completa	C3 o superiore NMS	6
Testa - collo	midollo sindrome completa	senza frattura o lussazione	6
Testa - collo	midollo sindrome completa	con frattura	6
Testa - collo	midollo sindrome completa	con lussazione	6
Testa - collo	midollo sindrome completa	con frattura e lussazione	6
Testa - collo	midollo lacerazione	NMS inclusa la sezione completa e lo schiacciamento	5
Testa - collo	midollo lacerazione	incompleta NMS (qualche funzione motoria e sensitiva preservata)	5
Testa - collo	midollo lacerazione	senza frattura o lussazione	5
Testa - collo	midollo lacerazione	con frattura	5
Testa - collo	midollo lacerazione	con lussazione	5
Testa - collo	midollo lacerazione	con frattura e lussazione	5
Testa - collo	colonna lesione del disco	NMS	2
Testa - collo	colonna lesione del disco	ernia NMS	2
Testa - collo	colonna lesione del disco	senza danno della radice nervosa (radicolopatia)	2
Testa - collo	colonna lesione del disco	con danno della radice nervosa (radicolopatia); rottura del disco	3
Testa - collo	colonna dislocazione	sublussazione senza frattura, contusione del midollo o lacerazione del midollo NMS	2
Testa - collo	colonna dislocazione	atlanto-epistrofea (odontoide)	3
Testa - collo	colonna dislocazione	atlanto-occipitale	2
Testa - collo	colonna dislocazione	faccetta NMS	2
Testa - collo	colonna dislocazione	unilaterale	3
Testa - collo	colonna dislocazione	bilaterale	3
Testa - collo	Colonna frattura	NMS	2
Testa - collo	Colonna frattura	processo spinoso	2
Testa - collo	Colonna frattura	processo trasverso	2
Testa - collo	Colonna frattura	faccetta	2
Testa - collo	Colonna frattura	lamina	2
Testa - collo	Colonna frattura	peduncolo	2
Testa - collo	Colonna frattura	epistrofeo (dente)	3
Testa - collo	Colonna frattura	corpo vertebrale NMS	2
Testa - collo	Colonna frattura	compressione minore (diminuzione ≤ 20% dell'altezza anteriore)	2
Testa - collo	Colonna frattura	compressione maggiore (diminuzione > 20% altezza anteriore)	3
Testa - collo	Colonna radice nervosa	NMS singola o multipla	2
Testa - collo	Colonna radice nervosa	contusione (stiramento)	2
Testa - collo	Colonna radice nervosa	lacerazione NMS	2
Testa - collo	Colonna radice nervosa	singola	2
Testa - collo	Colonna radice nervosa	multipla	3
Testa - collo	Colonna radice nervosa	avulsione NMS	2
Testa - collo	Colonna radice nervosa	singola	2
Testa - collo	Colonna radice nervosa	multipla	3
Testa - collo	Colonna radice nervosa	Strappo acuto senza frattura o lussazione	1
Faccia	intera faccia	frattura delle ossa della intera faccia	3
Faccia	intera faccia	frattura delle ossa della intera faccia con perdita ematica >20% del volume	4
Faccia	ferita penetrante	NMS	1
Faccia	ferita penetrante	ferita superficiale; minore	1
Faccia	ferita penetrante	con perdita di sostanza > di 25 cm ²	2
Faccia	ferita penetrante	con perdita di sangue > del 20% del volume	3
Faccia	ferita penetrante	lesione penetrante con massiva distruzione dell'intera faccia	4

Faccia	les. Cutanea	Cute/sottocute/tess. musc. (incluse palpebre, labbra, orecchio esterno, fronte) NMS	1
Faccia	les. Cutanea	abrasione	1
Faccia	les. Cutanea	contusione	1
Faccia	les. Cutanea	lacerazione NMS	1
Faccia	les. Cutanea	lacerazione minore (superficiale)	1
Faccia	les. Cutanea	lacerazione maggiore (>10 cm di lunghezza e nel tess. sottocutaneo)	2
Faccia	les. Cutanea	perdita di sangue > del 20% del volume	3
Faccia	les. Cutanea	avulsione NMS	1
Faccia	les. Cutanea	avulsione superficiale (minore; ≤ 25 cm ²)	1
Faccia	les. Cutanea	avulsione maggiore (> 25 cm ² ma perdita di sangue ≤ 20% del volume)	2
Faccia	les. Cutanea	avulsione perdita di sangue > 20% del volume	3
Faccia	vasi rami carotide esterna	NMS incluse le lacerazioni del facciale e del mascellare interno NMS	1
Faccia	vasi rami carotide esterna	lesione minore	1
Faccia	vasi rami carotide esterna	lesione maggiore (perdita di sangue > del 20% del volume)	3
Faccia	Nervo Ottico	NMS	1
Faccia	Nervo Ottico	contusione	2
Faccia	Nervo Ottico	lacerazione	2
Faccia	Nervo Ottico	avulsione	2
Faccia	Nervo Ottico	lacerazione bilaterale	3
Faccia	Nervo Ottico	avulsione bilaterale	3
Faccia	orecchio	NMS	1
Faccia	orecchio	Lesione del canale auricolare	1
Faccia	orecchio	Lesione dell'orecchio medio o interno	1
Faccia	orecchio	Lesione bilaterale dell'orecchio medio o interno	2
Faccia	orecchio	Lussazione della catena degli ossicini	1
Faccia	orecchio	Lussazione bilaterale della catena degli ossicini	2
Faccia	orecchio	Rottura della membrana timpanica	1
Faccia	orecchio	Lesione dell'apparato vestibolare	1
Faccia	occhio	NMS	1
Faccia	occhio	Enucleazione	2
Faccia	occhio	avulsione enucleazione bilaterale oculare	3
Faccia	occhio	Lacerazione dei dotti lacrimali	1
Faccia	occhio	Rottura della coroide	1
Faccia	occhio	Lesione della congiuntiva	1
Faccia	occhio	Cornea NSF	1
Faccia	occhio	abrasione cornea	1
Faccia	occhio	contusione cornea (incluso l' hyphema)	1
Faccia	occhio	lacerazione cornea	1
Faccia	occhio	Iride, lacerazione	1
Faccia	occhio	lacerazione macula	2
Faccia	occhio	Retina, lacerazione (comprende anche emorragia retinica con evidenza di danni all'occhio)	1
Faccia	occhio	con distacco di retina	1
Faccia	occhio	Sclera, lacerazione	1
Faccia	occhio	Sclera, lacerazione con interessamento del globo oculare (inclusa la rottura)	2
Faccia	occhio	Uvea, lesione	1
Faccia	occhio	Vitreo, lesione	1
Faccia	bocca	Bocca NMS	1
Faccia	bocca	Gengiva NMS	1
Faccia	bocca	contusione Gengiva	1
Faccia	bocca	lacerazione Gengiva	1
Faccia	bocca	avulsione Gengiva	1
Faccia	bocca	Lingua, lacerazioneNMS	1

Faccia	bocca	lacerazione lingua superficiale	1
Faccia	bocca	lacerazione lingua profonda/estesa	2
Faccia	bocca	Cavità alveolare (osso) Frattura con o senza lesione del dente	2
Faccia	bocca	Ossa facciali frattura NMS	1
Faccia	mandibola	lussazione Mandibola	1
Faccia	mandibola	Frattura mandibola NMS	1
Faccia	mandibola	Chiusa ma con sede non specificata	1
Faccia	mandibola	del corpo con o senza interessamento dei rami	1
Faccia	mandibola	ramo	1
Faccia	mandibola	sottocondiloidea	2
Faccia	mandibola	Aperta/scomposta/comminuta ma con sede non specificata	2
Faccia	mandibola	del corpo con o senza interessamento dei rami	2
Faccia	mandibola	rami	2
Faccia	mandibola	sottocondiloidea	2
Faccia	mascellare	Osso Mascellare, frattura NMS (incluso il seno mascellare)	2
Faccia	mascellare	LeFort I	2
Faccia	mascellare	LeFort II	2
Faccia	mascellare	LeFort III	3
Faccia	mascellare	perdita di sangue > del 20% del volume	4
Faccia	ossa nasali	Ossa Nasali NMS	1
Faccia	ossa nasali	Frattura NMS	1
Faccia	ossa nasali	chiusa	1
Faccia	ossa nasali	aperta/scomposta/comminuta	2
Faccia	ossa nasali	frattura setto nasale	2
Faccia	ossa nasali	rottura di mucosa/vasi (epistassi)	1
Faccia	orbita	Osso Orbitale frattura NMS	2
Faccia	orbita	chiusa	2
Faccia	orbita	frattura aperta NFS	2
Faccia	orbita	frattura aperta rima NFS	2
Faccia	orbita	frattura aperta rima inferiore	2
Faccia	orbita	frattura aperta rima superiore	2
Faccia	orbita	frattura aperta pavimento orbitario NFS	2
Faccia	orbita	frattura aperta pavimento orbitario da scoppio	2
Faccia	orbita	frattura aperta parete mediale	2
Faccia	orbita	frattura aperta parete laterale	2
Faccia	denti	Denti in qualunque numero ma NMS	1
Faccia	denti	lussazione o perdita	1
Faccia	denti	frattura	1
Faccia	denti	avulsione	1
Faccia	articolazione temporomandibolari	NMS	1
Faccia	articolazione temporomandibolari	distorsione	1
Faccia	articolazione temporomandibolari	lussazione	2
Faccia	zigmatico	frattura osso zigmatico	1
Faccia	zigmatico	frattura non disassaiata KNI	1
Faccia	zigmatico	frattura disassaiata NFS	1
Faccia	zigmatico	frattura disassaiata arco KN II	1
Faccia	zigmatico	frattura disassaiata del corpo	1
Faccia	zigmatico	frattura disassaiata del corpo KN III	1
Faccia	zigmatico	frattura disassaiata del corpo ruotata KN IV, V	1
Torace	Intera area	Avulsione della mammella	2
Torace	Intera area	Schiacciamento di una sostanziale porzione della cavità toracica inclusi gli organi interni	6

Torace	Intera area	Traumi aperti del Torace soffianti	4
Torace	Intera area	lesione penetrante NMS	1
Torace	Intera area	lesione penetrante superficiale (minore)	1
Torace	Intera area	lesione penetrante con perdita di sostanza > 100cm ² ma con perdita di sangue ≤ al 20% del volume	2
Torace	Intera area	lesione penetrante con perdita di sangue > al 20% del volume	3
Torace	Intera area	lesione penetrante con emo-/pneumotorace	3
Torace	parete	lesione cutanea NMS	1
Torace	parete	abrasione	1
Torace	parete	contusione (ematoma)	1
Torace	parete	lacerazione NMS	1
Torace	parete	lacerazione minore (superficiale)	1
Torace	parete	lacerazione maggiore (lunghezza > di 20 cm e inoltre nell'ambito del tessuto sottocutaneo)	2
Torace	parete	lacerazione perdita di sangue > del 20% del volume	3
Torace	parete	avulsione NMS	1
Torace	parete	avulsione superficiale (minore; ≤ di 100 cm ²)	1
Torace	parete	avulsione maggiore > di 100 cm ² ma con perdita di sangue < 20% del volume	2
Torace	parete	avulsione con perdita di sangue > 20% del volume	3
Torace	vasi aorta	Aorta Toracica NMS	4
Torace	vasi aorta	lesioni dell'intima, senza interruzione	4
Torace	vasi aorta	lesione intimale con interessamento della valvola aortica	5
Torace	vasi aorta	lacerazione (perforazione) NMS	4
Torace	vasi aorta	lacerazione minore	4
Torace	vasi aorta	lacerazione maggiore	5
Torace	vasi aorta	lacerazione con interessamento dei rami o della valvola aortica	5
Torace	vasi aorta	lacerazione con paraplegia non dovuta ad un trauma diretto del midollo	5
Torace	vasi aorta	lacerazione con emorragia limitata al mediastino	5
Torace	vasi aorta	lacerazione con emorragia non limitata al mediastino	6
Torace	vasi arteria brachiocefalica	Arteria brachiocefalica (innominata) NMS	3
Torace	vasi arteria brachiocefalica	lesione dell'intima, senza interruzione	3
Torace	vasi arteria brachiocefalica	lacerazione (perforazione) NMS	3
Torace	vasi arteria brachiocefalica	lacerazione minore	3
Torace	vasi arteria brachiocefalica	lacerazione maggiore	4
Torace	vasi vena brachiocefalica	Vena brachiocefalica (innominata) NMS	3
Torace	vasi vena brachiocefalica	lacerazione (perforazione) NMS	3
Torace	vasi vena brachiocefalica	lacerazione minore	3
Torace	vasi vena brachiocefalica	lacerazione maggiore	4
Torace	vasi vena brachiocefalica	lacerazione con embolo gassoso del lato destro	5
Torace	vasi arteria coronaria	Arteria coronaria lacerazione (seno coronario discendente anteriore sinistro o ramo destro, sinistro)	5
Torace	vasi arteria polmonare	Arteria polmonare NMS	3
Torace	vasi arteria polmonare	lesione dell'intima, senza interruzione	3
Torace	vasi arteria polmonare	lacerazione (perforazione) NMS	3
Torace	vasi arteria polmonare	lacerazione minore	3
Torace	vasi arteria polmonare	lacerazione maggiore	5
Torace	vasi arteria polmonare	rottura bilaterale maggiore, transezione	6
Torace	vasi vena polmonare	Vena polmonare NMS	3
Torace	vasi vena polmonare	lacerazione (perforazione) NMS	3
Torace	vasi vena polmonare	lacerazione minore	3
Torace	vasi vena polmonare	lacerazione maggiore	5
Torace	vasi vena polmonare	rottura bilaterale maggiore, transezione	6
Torace	vasi arteria suclavia	Arteria suclavia NMS	3
Torace	vasi arteria suclavia	lesione dell'intima, senza interruzione	3

Torace	vasi arteria succchia	lacerazione (perforazione) NMS	3
Torace	vasi arteria succchia	lacerazione minore	3
Torace	vasi arteria succchia	lacerazione maggiore	4
Torace	vasi vena succchia	Vena succchia NMS	3
Torace	vasi vena succchia	lacerazione (perforazione) NMS	3
Torace	vasi vena succchia	lacerazione minore	3
Torace	vasi vena succchia	lacerazione maggiore	4
Torace	vasi vena cava superiore	Vena cava, superiore e porzione inferiore della toracica, NMS	3
Torace	vasi vena cava superiore	lacerazione (perforazione) NMS	3
Torace	vasi vena cava superiore	lacerazione minore	3
Torace	vasi vena cava superiore	lacerazione maggiore	4
Torace	vasi vena cava superiore	lacerazione con embolo gassoso del lato destro	5
Torace	vasi altre arterie	Altre arterie NMS (per es.: esofagee, intercostali, mammarie interne)	2
Torace	vasi altre arterie	lesioni dell'intima, senza interruzione	2
Torace	vasi altre arterie	lacerazione (perforazione) NMS	2
Torace	vasi altre arterie	lacerazione minore	2
Torace	vasi altre arterie	lacerazione maggiore	3
Torace	vasi altre vene	Altre vene NMS (p.es; azygos, cardiache, emiazygos, mammarie interne)	2
Torace	vasi altre vene	lacerazione (perforazione) NMS	2
Torace	vasi altre vene	lacerazione minore	2
Torace	vasi altre vene	lacerazione maggiore	3
Torace	via aerea trachea e grossi bronchi	Trachea e grossi bronchi NMS	3
Torace	via aerea trachea e grossi bronchi	contusione (ematoma)	3
Torace	via aerea trachea e grossi bronchi	lacerazione NMS	3
Torace	via aerea trachea e grossi bronchi	lesione senza perforazione a tutto spessore	3
Torace	via aerea trachea e grossi bronchi	perforazione (a tutto spessore ma senza completa sezione)	4
Torace	via aerea trachea e grossi bronchi	lesione complessa (avulsione, rottura, sezione)	5
Torace	via aerea trachea e grossi bronchi	frattura NMS	4
Torace	via aerea trachea e grossi bronchi	frattura semplice	4
Torace	via aerea trachea e grossi bronchi	frattura maggiore, con distacco laringo - tracheale	5
Torace	vie aeree bronchi principali e distali	Dal bronco distale al ramo principale, NMS	1
Torace	vie aeree bronchi principali e distali	contusione (ematoma)	1
Torace	vie aeree bronchi principali e distali	lacerazione NMS	2
Torace	vie aeree bronchi principali e distali	lesione senza perforazione a tutto spessore	2
Torace	vie aeree bronchi principali e distali	perforazione (a tutto spessore ma senza completa sezione)	3
Torace	vie aeree bronchi principali e distali	lesione complessa (avulsione, rottura, sezione)	4
Torace	vie aeree bronchi principali e distali	frattura NMS	3
Torace	vie aeree bronchi principali e distali	frattura semplice	3
Torace	vie aeree bronchi principali e distali	Corde tendinee lacerazione (rottura)	5
Torace	diaframma	Diaframma NMS	2
Torace	diaframma	contusione	2
Torace	diaframma	lacerazione (rottura)	2
Torace	diaframma	lacerazione >10 cm, con significativa perdita di sostanza OIS IV, V	4
Torace	esofago	Esofago NMS	2
Torace	esofago	contusione (ematoma)	2

Torace	esofago	lacerazione NMS	3
Torace	esofago	lesione da ingestione NFS	3
Torace	esofago	lesione senza perforazione (non a tutto spessore)	3
Torace	esofago	Lesione da ingestione con parziale necrosi parietale	3
Torace	esofago	perforazione (a tutto spessore ma senza completa sezione)	4
Torace	esofago	Lesione da ingestione con necrosi parietale a tutto spessore	4
Torace	cuore	Cuore (miocardio) NMS	3
Torace	cuore	contusione (ematoma) NMS	3
Torace	cuore	contusione minore	3
Torace	cuore	contusione grave	4
Torace	cuore	lacerazione NMS	3
Torace	cuore	lacerazione senza perforazione, senza interessamento chamber	3
Torace	cuore	perforazione (ventricolare o atriale con e senza tamponamento)	5
Torace	cuore	rottura complessa o ventricolare	6
Torace	cuore	lacerazioni multiple	6
Torace	cuore	Valvola intracardiaciaca, lacerazione (rottura)	5
Torace	cuore	Setto interventricolare o interatriale, lacerazione (rottura)	5
Torace	polmone	Polmone NMS	3
Torace	polmone	contusione NMS	3
Torace	polmone	contusione unilaterale se associata ad un lembo parietale vedi flail chest	2
Torace	polmone	contusione, unilaterale; minore; <1 lobo	2
Torace	polmone	contusione bilaterale	3
Torace	polmone	contusione Bilaterale minore; <1 lobo	2
Torace	polmone	lacerazione unilaterale minore; <1 lobo NMS	2
Torace	polmone	lacerazione unilaterale maggiore 1 o più lobi	4
Torace	polmone	lacerazione Bilaterale maggiore 1 o più lobi	5
Torace	polmone	lacerazione unilaterale	3
Torace	polmone	lacerazione unilaterale con pneumomediastino	4
Torace	polmone	lacerazione unilaterale con emomediastino	4
Torace	polmone	lacerazione unilaterale con perdita di sangue > 20% del volume	4
Torace	polmone	lacerazione unilaterale con pneumotorace ipertensivo	5
Torace	polmone	lacerazione unilaterale parenchimatosa massiva	5
Torace	polmone	lacerazione unilaterale con embolo sistemico gassoso	5
Torace	polmone	lacerazione bilaterale con o senza emo-/pneumotorace	3
Torace	polmone	lacerazione bilaterale con pneumomediastino	5
Torace	polmone	lacerazione bilaterale con emomediastino	4
Torace	polmone	lacerazione bilaterale con perdita di sangue > 20% del volume	4
Torace	polmone	lacerazione bilaterale con pneumotorace ipertensivo	5
Torace	polmone	lacerazione bilaterale con lacerazione parenchimatosa massiva	5
Torace	polmone	lacerazione bilaterale con embolo sistemico gassoso	5
Torace	pericardio	Pericardio NMS	2
Torace	pericardio	lacerazione (perforazione)	2
Torace	pericardio	lesione con tamponamento senza lesione cardiaca	3
Torace	pericardio	erniazione cardiaca	5
Torace	pleura	lacerazione della Pleura	2
Torace	pleura	lacerazione della Pleura con emo-/pneumotorace	3
Torace	cavità toracica	emo-/pneumotorace	3
Torace	cavità toracica	pneumomediastino	3
Torace	cavità toracica	emotorace con perdita di sangue > 1000cc almeno da un lato	4
Torace	cavità toracica	emomediastino	2
Torace	cavità toracica	pneumotorace ipertensivo	5
Torace	cavità toracica	embolo sistemico gassoso	5
Torace	dotto toracico	Dotto toracico, lacerazione	2

Torace	gabbia toracica	Gabbia toracica NMS	1
Torace	gabbia toracica	contusione	1
Torace	gabbia toracica	frattura NMS	1
Torace	gabbia toracica	1 costa	1
Torace	gabbia toracica	fratture costali >5 (OIS IV)	4
Torace	gabbia toracica	fratture costali con emo-/pneumotorace	3
Torace	gabbia toracica	fratture 2-3 coste, qualsiasi sede o fratture multiple delle singole coste, con gabbia toracica stabile	2
Torace	gabbia toracica	fratture 2-3 coste con emo-/pneumotorace	3
Torace	gabbia toracica	fratture > di 3 coste da un lato e ≤ di 3 coste sull'altro lato con gabbia toracica stabile	4
Torace	gabbia toracica	fratture > di 3 coste da un lato e ≤ di 3 coste con emo/pneumotorace	4
Torace	gabbia toracica	fratture > di 3 coste in ognuno dei due lati, con gabbia toracica stabile	4
Torace	gabbia toracica	frattura con emo-/pneumotorace	5
Torace	gabbia toracica	frattura aperta/lussata/communata (≥di 1 costa)	3
Torace	gabbia toracica	frattura aperta/lussata/communata con emo-/pneumotorace	4
Torace	gabbia toracica	lembo parietale (flail chest; instabilità della parete toracica) NMS	4
Torace	gabbia toracica	lembo parietale senza contusione polmonare	3
Torace	gabbia toracica	lembo parietale con contusione polmonare	4
Torace	gabbia toracica	lembo parietale bilaterale	5
Torace	gabbia toracica	Avulsione parete toracica inclusa di costole	4
Torace	gabbia toracica	Avulsione parete toracica inclusa di costole minore; ≤15%	4
Torace	gabbia toracica	Avulsione parete toracica inclusa di costole maggiore > 15%	5
Torace	sterno	Sterno NMS	1
Torace	sterno	contusione	1
Torace	sterno	frattura	2
Torace	midollo contusione	NMS (inclusa la diagnosi di compressione documentata)	3
Torace	midollo contusione	contusione con segni neurologici transitori (parestesie) NMS	3
Torace	midollo contusione	contusione senza frattura o lussazione	3
Torace	midollo contusione	contusione con frattura	3
Torace	midollo contusione	contusione con lussazione	3
Torace	midollo contusione	contusione con frattura e lussazione	3
Torace	midollo sindrome incompleta	NMS (qualche funzione motoria e sensitiva preservata; comprese sindromi del midollo anteriore, centrale e laterale (sindrome di Brown-Sequard))	4
Torace	midollo sindrome incompleta	senza frattura o lussazione	4
Torace	midollo sindrome incompleta	con frattura	4
Torace	midollo sindrome incompleta	con lussazione	4
Torace	midollo sindrome incompleta	con frattura e lussazione	4
Torace	midollo sindrome completa	sindrome completa del midollo NMS (paraplegia senza sensibilità)	5
Torace	midollo sindrome completa	senza frattura o lussazione	5
Torace	midollo sindrome completa	con frattura	5
Torace	midollo sindrome completa	con lussazione	5
Torace	midollo sindrome completa	con frattura e lussazione	5
Torace	midollo sindrome completa	NMS (paraplegia senza funzione motoria e sensitiva)	5
Torace	midollo sindrome completa	senza frattura e lussazione	5
Torace	midollo sindrome completa	con frattura	5
Torace	midollo sindrome completa	con lussazione	5
Torace	midollo sindrome completa	con frattura e lussazione	5
Torace	midollo lacerazione	NMS (inclusa la sezione e lo schiacciamento)	5
Torace	midollo lacerazione	incompleta (qualche funzione sensitiva e motoria preservata) NMS	5
Torace	midollo lacerazione	senza frattura o lussazione	5
Torace	midollo lacerazione	con frattura	5

Torace	midollo lacerazione	con lussazione	5
Torace	midollo lacerazione	con frattura e lussazione	5
Torace	colonna lesione del disco	NMS	2
Torace	colonna lesione del disco	ernia NMS	2
Torace	colonna lesione del disco	senza danno della radice nervosa (radicolopatia)	2
Torace	colonna lesione del disco	con danno della radice nervosa (radicolopatia); rottura del disco	3
Torace	colonna dislocazione	Dislocazione (sublussazione) senza frattura, contusione del midollo o lacerazione del midollo NMS	2
Torace	colonna dislocazione	faccetta NMS	2
Torace	colonna dislocazione	unilaterale	3
Torace	colonna dislocazione	bilaterale	3
Torace	colonna frattura	senza contusione o lacerazione del midollo con o senza lussazione NMS	2
Torace	colonna frattura	processo spinoso	2
Torace	colonna frattura	processo trasverso	2
Torace	colonna frattura	faccetta	2
Torace	colonna frattura	lamina	2
Torace	colonna frattura	peduncolo	2
Torace	colonna frattura	corpo vertebrale NMS	2
Torace	colonna frattura	compressione minore (diminuzione ≤ 20% dell'altezza anteriore)	2
Torace	colonna frattura	compressione maggiore (diminuzione > del 20% altezza)	3
Torace	Colonna radice nervosa	Radice nervosa, singola o multipla NMS	2
Torace	Colonna radice nervosa	contusione (stiramento)	2
Torace	Colonna radice nervosa	lacerazione NMS	2
Torace	Colonna radice nervosa	singola	2
Torace	Colonna radice nervosa	multipla	3
Torace	Colonna radice nervosa	avulsione (rottura)	2
Torace	Colonna radice nervosa	singola	2
Torace	Colonna radice nervosa	multipla	3
Torace	Colonna radice nervosa	Strappo acuto senza frattura o lussazione	1
Addome	intera area	lesione penetrante NMS	1
Addome	intera area	lesione penetrante superficiale (minore)	1
Addome	intera area	lesione penetrante con perdita di sostanza > 100cm ² ma con perdita di sangue < 20% del volume	1
Addome	intera area	con perdita di sangue > 20% del volume	3
Addome	intera area	lesione cute NMS	1
Addome	intera area	abrasione	1
Addome	intera area	contusione (ematoma)	1
Addome	intera area	lacerazione	1
Addome	intera area	ferita minore (superficiale)	1
Addome	intera area	ferita maggiore (> di 20cm di lunghezza e nell'ambito del tessuto sottocutaneo)	2
Addome	intera area	ferita con perdita di sangue > 20% del volume	3
Addome	intera area	avulsione NMS	1
Addome	intera area	avulsione superficiale (minore; < 100 cm ²)	1
Addome	intera area	avulsione maggiore (> di 100 cm ² ma con perdita di sangue < del 20% del volume)	2
Addome	intera area	avulsione con perdita di sangue > 20% del volume	3
Addome	intera area	rottura muscoli retti NFS	2
Addome	intera area	transezione del dorso	6
Addome	vasi aorta	Aorta addominale NMS	4
Addome	vasi aorta	lesioni dell'intima, senza distruzione	4
Addome	vasi aorta	lacerazione (perforazione) NMS	4
Addome	vasi aorta	lacerazione minore	4
Addome	vasi aorta	lacerazione maggiore	5
Addome	vasi vena cava inferiore	Vena cava inferiore NMS	3

Addome	vasi vena cava inferiore	lacerazione (perforazione) NMS	3
Addome	vasi vena cava inferiore	lacerazione minore con o senza trombosi	3
Addome	vasi vena cava inferiore	lacerazione maggiore	4
Addome	vasi arteria celiaca	Arteria celiaca NMS	3
Addome	vasi arteria celiaca	lesione dell'intima, senza interruzione	3
Addome	vasi arteria celiaca	lacerazione (perforazione) NMS	3
Addome	vasi arteria celiaca	lacerazione minore	4
Addome	vasi arteria celiaca	lacerazione maggiore	5
Addome	vasi arteria iliaca	Arteria iliaca (comune, interna e d esterna) NMS	3
Addome	vasi arteria iliaca	lesione dell'intima, senza interruzione	3
Addome	vasi arteria iliaca	lacerazione (perforazione) NMS	3
Addome	vasi arteria iliaca	lacerazione minore	3
Addome	vasi arteria iliaca	lacerazione maggiore	4
Addome	vasi arteria iliaca	lesione bilaterale arteria iliaca comune	4
Addome	vasi vena iliaca	Vena iliaca (comune) NMS	3
Addome	vasi vena iliaca	lacerazione (perforazione) NMS	3
Addome	vasi vena iliaca	lacerazione minore con o senza trombosi	3
Addome	vasi vena iliaca	lacerazione maggiore	4
Addome	vasi vena iliaca	Vena iliaca (interna ed esterna) NMS	2
Addome	vasi vena iliaca	lacerazione (perforazione) NMS	2
Addome	vasi vena iliaca	lacerazione minore con o senza trombosi	2
Addome	vasi vena iliaca	lacerazione maggiore	3
Addome	vasi altre arterie	Altre arterie NMS (per es.: epatica, renale, splenica, mesenterica superiore)	3
Addome	vasi altre arterie	lesione dell'intima, senza interruzione	3
Addome	vasi altre arterie	lacerazione (perforazione) NMS	3
Addome	vasi altre arterie	lacerazione minore	3
Addome	vasi altre arterie	lacerazione maggiore	4
Addome	vasi altre vene	Altre vene NMS (p.es.: porta, renale, splenica, mesenterica superiore)	3
Addome	vasi altre vene	lacerazione (perforazione) NMS	3
Addome	vasi altre vene	lacerazione minore con o senza trombosi	3
Addome	vasi altre vene	lacerazione maggiore	4
Addome	omento	Omento NMS	2
Addome	omento	contusione (ematoma)	2
Addome	omento	lacerazione NMS	2
Addome	omento	lacerazione minore (superficiale)	2
Addome	omento	lacerazione maggiore (perdita del sangue > 20%)	3
Addome	stomaco	Stomaco NMS	2
Addome	stomaco	contusione (ematoma)	2
Addome	stomaco	lacerazione NMS	2
Addome	stomaco	lacerazione senza perforazione (non a tutto spessore)	2
Addome	stomaco	perforazione (a tutto spessore)	3
Addome	stomaco	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura; perdita di sostanza)	4
Addome	stomaco	lesioni dello stomaco da ingestione, NFS	3
Addome	stomaco	lesioni dello stomaco da ingestione necrosi non a tutto spessore	3
Addome	stomaco	lesioni dello stomaco da ingestione necrosi a tutto spessore	4
Addome	duodeno	Duodeno NMS	2
Addome	duodeno	contusione (ematoma)	2
Addome	duodeno	contusione con ostruzione	2
Addome	duodeno	lacerazione NMS	3
Addome	duodeno	lacerazione senza perforazione (non a tutto spessore)	3
Addome	duodeno	perforazione (a tutto spessore ma senza sezione completa)	4
Addome	duodeno	perforazione (a tutto spessore ma senza sezione completa) interessante la testa del pancreas, il dotto, l'ampolla)	5

Addome	duodeno	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura; perdita di sostanza; contaminazione fecale)	5
Addome	ileo	Ileo NMS	2
Addome	ileo	contusione (ematoma)	2
Addome	ileo	lacerazione NMS	2
Addome	ileo	lacerazione senza perforazione (non a tutto spessore)	3
Addome	ileo	perforazione (a tutto spessore ma senza sezione completa)	3
Addome	ileo	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura; perdita di sostanza)	4
Addome	colon	Colon NMS	2
Addome	colon	contusione (ematoma)	2
Addome	colon	lacerazione NMS	2
Addome	colon	lacerazione senza perforazione (non a tutto spessore)	2
Addome	colon	perforazione (a tutto spessore ma senza sezione completa)	3
Addome	colon	lacerazione extraperitoneale ≤2cm OIS II	2
Addome	colon	lacerazione intraperitoneale >2cm OIS IV	3
Addome	colon	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura; perdita di sostanza; contaminazione fecale)	4
Addome	mesentere	Mesentere NMS	2
Addome	mesentere	contusione (ematoma)	2
Addome	mesentere	lacerazione NMS	2
Addome	mesentere	lacerazione minore (superficiale)	2
Addome	mesentere	lacerazione maggiore (perdita del sangue > 20%)	3
Addome	mesentere	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura; perdita di sostanza)	4
Addome	retto	Retto NMS	2
Addome	retto	contusione (ematoma)	2
Addome	retto	lacerazione NMS	2
Addome	retto	lacerazione senza perforazione a tutto spessore	2
Addome	retto	lacerazione con perforazione a tutto spessore	3
Addome	retto	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura; perdita di sostanza; contaminazione fecale dello spazio pelvico)	5
Addome	ano	Ano NMS	1
Addome	ano	contusione (ematoma)	1
Addome	ano	lacerazione NMS	1
Addome	ano	lacerazione senza perforazione (non a tutto spessore)	2
Addome	ano	lacerazione perforazione (a tutto spessore ma senza sezione completa)	3
Addome	ano	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura; perdita di sostanza)	4
Addome	fegato	Fegato NMS	2
Addome	fegato	contusione (ematoma) NMS	2
Addome	fegato	contusione minore (superficiale; sottocapsulare, ≤ del 50% della superficie; non sconfinante; intraparenchimale < 2 cm di diametro)	2
Addome	fegato	contusione maggiore (sottocapsulare, > 50% della superficie o sconfinante; intraparenchimale > di 2 cm o sconfinante; perdita di sangue > 20% del volume)	3
Addome	fegato	lacerazione NMS	2
Addome	fegato	lacerazione minore (superficiale, profondità < 3 cm, lesioni semplici della capsula; perdita di sangue ≤ 20% del volume)	2
Addome	fegato	lacerazione moderata (profondità > 3 cm, con interessamento del dotto maggiore; perdita di sangue > 20% del volume)	3
Addome	fegato	lesione maggiore (distruzione del parenchima epatico < 50% ; lacerazioni multiple di profondità > 3 cm,)	4
Addome	fegato	lesione massiva, complessa (distruzione del 50% del sistema vascolare centrale epatico con interessamento della vena cava retroepatica/della vena epatica/dell'arteria epatica/ della vena porta/ del dotto maggiore)	5
Addome	fegato	rottura NMS	4
Addome	fegato	avulsione epatica	6
Addome	Colecisti e Dotto cistico	Colecisti NMS	2
Addome	Colecisti e Dotto cistico	contusione (ematoma)	2
Addome	Colecisti e Dotto cistico	lacerazione (perforazione)NMS	2
Addome	Colecisti e Dotto cistico	lacerazione minore (superficiale)	2

Addome	Colecisti e Dotto cistico	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura; perdita di sostanza)	3
Addome	Colecisti e Dotto cistico	lacerazione con sezione del dotto biliare comune o epatico	4
Addome	milza	Milza NMS	2
Addome	milza	contusione (ematoma) NMS	2
Addome	milza	contusione minore (superficiale; ≤ 50% della superficie; intraparenchimale, non espansiva, diametro > 2 cm)	2
Addome	milza	contusione maggiore (subcapsulare > 50% dell'area della superficie o espansiva; intraparenchimale diametro > 2 cm o espansiva)	3
Addome	milza	lacerazione (rottura) NMS	2
Addome	milza	lacerazione minore (superficiale; rottura capsulare semplice profondità < 3 cm; senza interessamento dei vasi maggiori)	2
Addome	milza	lacerazione moderata (senza distruzione segmentaria dell'ilo o del parenchima; profondità > 3 cm; con interessamento di vasi maggiori)	3
Addome	milza	lesione maggiore (con distruzione segmentaria del parenchima senza interessamento dell'ilo)	6
Addome	milza	lesione massiva (con distruzione dell'ilo; perdita di sostanza; avulsione; radiata)	5
Addome	milza	rottura NMS	3
Addome	retroperitoneo	Retroperitoneo emorragia o ematoma	2
Addome	pancreas	Pancreas NMS	2
Addome	pancreas	contusione (ematoma)	2
Addome	pancreas	contusione minore (superficiale senza interessamento dei dotti)	2
Addome	pancreas	contusione maggiore (estesa con interessamento dei dotti)	3
Addome	pancreas	lacerazione NMS	2
Addome	pancreas	lacerazione minore (superficiale senza interessamento dei dotti)	2
Addome	pancreas	lacerazione moderata (con interessamento dei vasi e dei dotti maggiori)	3
Addome	pancreas	lesione se interessata la testa del pancreas	4
Addome	pancreas	lesione maggiore (lacerazioni multiple)	4
Addome	pancreas	lesione se interessata la testa del pancreas	4
Addome	pancreas	lesione massiva (avulsione, complessa; rottura; radiata; perdita di sostanza)	5
Addome	surrene	Ghiandola surrenale NMS	1
Addome	surrene	contusione (ematoma) NMS	1
Addome	surrene	contusione minore	1
Addome	surrene	contusione maggiore	2
Addome	surrene	lacerazione NMS	1
Addome	surrene	lacerazione minore (superficiale)	1
Addome	surrene	lacerazione maggiore (lacerazioni multiple)	2
Addome	surrene	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura; perdita di sostanza; perdita di sangue > del 20% del volume)	3
Addome	rene	Rene NMS	2
Addome	rene	contusione (ematoma) NMS	2
Addome	rene	contusione minore (superficiale; sottocapsulare, confinata al retroperitoneo renale)	2
Addome	rene	contusione maggiore (estesa; sottocapsulare, > del 50% della superficie o sconfinante)	2
Addome	rene	lacerazione NMS	2
Addome	rene	lacerazione minore (superficiale, < 1 cm, senza perdita di urina)	2
Addome	rene	lacerazione moderata (> 1 cm ma senza interessamento della sostanza corticale o stravaso di urina)	3
Addome	rene	lesione maggiore (estesa alla corticale renale, alla midollare e ai dotti collettori; interessamento dei principali vasi renali)	4
Addome	rene	avulsione dell'ilo; totale distruzione dell'organo e del suo sistema vascolare	5
Addome	rene	rottura NMS	4
Addome	uretere	Uretevere NMS	2
Addome	uretere	contusione (ematoma)	2
Addome	uretere	lacerazione NMS	2
Addome	uretere	laceazione senza perforazione (non a tutto spessore)	2
Addome	uretere	perforazione (a tutto spessore)	3
Addome	uretere	lesione massiva (avulsione, complessa, rottura; perdita di sostanza)	3

Addome	vescica	Vescica NMS	2
Addome	vescica	contusione (ematoma)	1
Addome	vescica	lacerazione NMS	2
Addome	vescica	lacerazione senza perforazione (non a tutto spessore)	2
Addome	vescica	perforazione (a tutto spessore ma senza sezione completa)	4
Addome	uretra	contusione (ematoma)	2
Addome	uretra	lacerazione NMS	2
Addome	uretra	senza perforazione (non a tutto spessore)	2
Addome	uretra	perforazione (a tutto spessore)	2
Addome	uretra	lesione massiva (avulsione, complessa, rottura; perdita di sostanza)	2
Addome	uretra	lesione con perdita di tessuto posteriore	3
Addome	uretra	lesione da strappamento OIS II	2
Addome	uretra	Uretra NMS	2
Addome	annessi	Tuba ovarica (di Falloppio) lacerazione	2
Addome	annessi	Ovaia NMS	1
Addome	annessi	contusione (ematoma)	1
Addome	annessi	lacerazione (perforazione) NMS	1
Addome	annessi	lacerazione minore (superficiale)	1
Addome	annessi	lacerazione ovaio , perforazione >.5 cm; OIS III	2
Addome	annessi	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura profonda)	2
Addome	pene	Pene NMS	1
Addome	pene	contusione (ematoma)	1
Addome	pene	lacerazione (perforazione) NMS	1
Addome	pene	lacerazione minore (superficiale)	1
Addome	pene	lacerazione maggiore	2
Addome	pene	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura;)	2
Addome	perineo	Perineo NMS	1
Addome	perineo	contusione (ematoma)	1
Addome	perineo	lacerazione (perforazione) NMS	1
Addome	perineo	lacerazione minore (superficiale)	1
Addome	perineo	lacerazione maggiore	2
Addome	perineo	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura;)	3
Addome	placenta	Placenta NMS	3
Addome	placenta	perdita di sangue > 20% del volume	4
Addome	utero	Utero NMS	1
Addome	utero	contusione (ematoma)	1
Addome	utero	lacerazione (perforazione)	2
Addome	utero	lacerazione minore	2
Addome	utero	lacerazione minore se al 2°- 3° trimestre di gravidanza	4
Addome	utero	lacerazione, perforazione utero, rottura utero, rottura completa di placenta	5
Addome	utero	lesione maggiore	3
Addome	utero	lesione maggiore se al 2° trimestre di gravidanza	3
Addome	utero	lesione maggiore se al 3° trimestre di gravidanza	4
Addome	utero	lesione massiva	3
Addome	utero	lesione massiva se al 2° trimestre di gravidanza	4
Addome	utero	lesione massiva se al 3° trimestre di gravidanza	5
Addome	vagina	Vagina NMS	1
Addome	vagina	contusione (ematoma)	1
Addome	vagina	lacerazione (perforazione) NMS	1
Addome	vagina	lacerazione minore (superficiale)	1
Addome	vagina	lacerazione maggiore (profondo)	2
Addome	vagina	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura;)	3
Addome	vulva	Vulva NMS	1

Addome	vulva	contusione (ematoma)	1
Addome	vulva	lacerazione (perforazione) NMS	1
Addome	vulva	lacerazione minore (superficiale)	1
Addome	vulva	lacerazione maggiore	2
Addome	vulva	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura;)	3
Addome	testicoli	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura;)	2
Addome	prostata	lesione della prostata NFS	1
Addome	prostata	contusione (ematoma)	1
Addome	prostata	lacerazione (perforazione) NMS	2
Addome	prostata	lacerazione prostata coinvolgente l'uretra	3
Addome	scroto	Scroto NMS	1
Addome	scroto	contusione (ematoma)	1
Addome	scroto	lacerazione (perforazione) NMS	1
Addome	scroto	lacerazione minore (superficiale)	1
Addome	scroto	lesione massiva (avulsione; complessa; rottura;)	2
Addome	testicoli	Testicoli NMS	1
Addome	testicoli	contusione (ematoma)	1
Addome	testicoli	lacerazione NMS	1
Addome	testicoli	lacerazione minore (superficiale)	1
Addome	Cauda equina	contusione NMS	3
Addome	Cauda equina	con segni neurologici transitori (parestesia) NMS	3
Addome	Cauda equina	senza frattura o lussazione	3
Addome	Cauda equina	con frattura	3
Addome	Cauda equina	con lussazione	3
Addome	Cauda equina	con frattura e lussazione	3
Addome	Sindrome incompleta cauda equina	NMS	3
Addome	Sindrome incompleta cauda equina	senza frattura o lussazione	3
Addome	Sindrome incompleta cauda equina	con frattura	3
Addome	Sindrome incompleta cauda equina	con lussazione	3
Addome	Sindrome incompleta cauda equina	con frattura e lussazione	3
Addome	Sindrome completa cauda equina	sindrome completa cauda equina NMS	4
Addome	Sindrome completa cauda equina	senza frattura o lussazione	4
Addome	Sindrome completa cauda equina	con frattura	4
Addome	Sindrome completa cauda equina	con lussazione	4
Addome	Sindrome completa cauda equina	con frattura e lussazione	4
Addome	Midollo contusione	NMS (inclusa la diagnosi di compressione, documentata con raggi X, TAC, mielografia o autopsia)	3
Addome	Midollo contusione	con segni neurologici transitori NMS	3
Addome	Midollo contusione	senza frattura o lussazione	3
Addome	Midollo contusione	con frattura	3
Addome	Midollo contusione	con lussazione	3
Addome	Midollo contusione	con frattura e lussazione	3
Addome	Sindrome incompleta cauda equina	NMS (qualche funzione motoria e sensitiva preservata; comprese sindromi del midollo anteriore, centrale e laterale (sindrome di Brown-Sequard))	4
Addome	Sindrome incompleta cauda equina	senza frattura o lussazione	4
Addome	Sindrome incompleta cauda equina	con frattura	4
Addome	Sindrome incompleta cauda equina	con lussazione	4
Addome	Sindrome incompleta cauda equina	con frattura e lussazione	4

Addome	Sindrome completa cauda equina	sindrome completa del midollo (paraplegia senza funzione motorie e sensitive) NMS	5
Addome	Sindrome completa cauda equina	senza frattura o lussazione	5
Addome	Sindrome completa cauda equina	con frattura	5
Addome	Sindrome completa cauda equina	con lussazione	5
Addome	Sindrome completa cauda equina	con frattura e lussazione	5
Addome	Sindrome completa cauda equina	sindrome completa del midollo (paraplegia senza sensibilità) NMS	5
Addome	Sindrome completa cauda equina	senza frattura o lussazione	5
Addome	Sindrome completa cauda equina	con frattura	5
Addome	Sindrome completa cauda equina	con lussazione	5
Addome	Sindrome completa cauda equina	con frattura e lussazione	5
Addome	midollo lacerazione	NMS (inclusa la sezione e lo schiacciamento)	5
Addome	midollo lacerazione	incompleta (qualche funzione motoria e sensitiva preservata) NMS	5
Addome	midollo lacerazione	senza frattura o lussazione	5
Addome	midollo lacerazione	con frattura	5
Addome	midollo lacerazione	con lussazione	5
Addome	midollo lacerazione	con frattura e lussazione	5
Addome	Colonna lesione disco	NMS	2
Addome	Colonna lesione disco	ernia NMS	2
Addome	Colonna lesione disco	senza interessamento della radice nervosa (radicolopatia)	2
Addome	Colonna lesione disco	con interessamento della radice nervosa (radicolopatia); rottura del disco	3
Addome	Colonna dislocazione	Dislocazione (sublussazione) senza frattura, contusione del midollo o lacerazione del midollo NMS [codificare come una lesione ed assegnare alla vertebra superiore]	2
Addome	Colonna dislocazione	faccetta NMS	2
Addome	Colonna dislocazione	unilaterale	2
Addome	Colonna dislocazione	bilaterale	3
Addome	Colonna frattura	Frattura senza contusione o lacerazione del midollo con o senza lussazione NMS [codificare ogni vertebra separatamente]	2
Addome	Colonna frattura	processo spinoso	2
Addome	Colonna frattura	processo trasverso	2
Addome	Colonna frattura	faccetta	2
Addome	Colonna frattura	lamina	2
Addome	Colonna frattura	peduncolo	2
Addome	Colonna frattura	corpo vertebrale NMS	2
Addome	Colonna frattura	compressione minore (diminuzione ≤ 20% dell'altezza anteriore)	2
Addome	Colonna frattura	compressione maggiore (diminuzione > del 20% dell'altezza)	4
Addome	Colonna radice nervosa	Radice nervosa o Plesso sacrale, singola o multipla NMS	2
Addome	Colonna radice nervosa	contusione (stiramento)	2
Addome	Colonna radice nervosa	lacerazione NMS	2
Addome	Colonna radice nervosa	singola	2
Addome	Colonna radice nervosa	multipla	3
Addome	Colonna radice nervosa	avulsione (rottura) NMS	2
Addome	Colonna radice nervosa	singola	2
Addome	Colonna radice nervosa	multipla	3
Addome	Colonna radice nervosa	Strappo acuto senza frattura o dislocazione	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	Amputazione (traumatica) in ogni zona dell'estremità escluse le dita	3
Arti e Bacino	arto superiore intera area	amputazione parziale o completa alla spalla	4
Arti e Bacino	arto superiore intera area	amputazione parziale o completa sotto la spalla e sopra il gomito	4

Arti e Bacino	arto superiore intera area	amputazione parziale o completa della mano	2
Arti e Bacino	arto superiore intera area	amputazione delle dita singole o multiple	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	sindrome compartimentale con perdita muscolare	3
Arti e Bacino	arto superiore intera area	(Schiacciamento) Distruzione massiva delle ossa , dei muscoli, dei nervi, del sistema vascolare, di tutto o parte dell'estremità	3
Arti e Bacino	arto superiore intera area	crush alla spalla	4
Arti e Bacino	arto superiore intera area	crush sotto la spalla sopra il gomito	4
Arti e Bacino	arto superiore intera area	crush parziale o completa della mano	2
Arti e Bacino	arto superiore intera area	crush delle dita	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	Scuoimento braccio ed avambraccio	2
Arti e Bacino	arto superiore intera area	scuoimento mano e polso	2
Arti e Bacino	arto superiore intera area	Scuoimento solo dita, singole o multiple	2
Arti e Bacino	arto superiore intera area	Scuoimento mano, palmo	3
Arti e Bacino	arto superiore intera area	lesioni penetranti	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	lesioni penetranti superficiale (minore)	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	lesioni penetranti con perdita di sostanza > di 25 cm ²	2
Arti e Bacino	arto superiore intera area	con perdita di sangue > del 20% del volume	3
Arti e Bacino	arto superiore intera area	lesione cutanea NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	abrasione	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	contusione (ematoma)	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	lacerazione NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	lacerazione minore (superficiale)	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	lacerazione maggiore (lunghezza > 10 cm sulla mano o > 20 cm sull'intera estremità ed anche nell'ambito del tessuto sottocutaneo)	2
Arti e Bacino	arto superiore intera area	lacerazione maggiore perdita di sangue > 20% del volume	3
Arti e Bacino	arto superiore intera area	avulsione NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	avulsione superficiale (< 25 cm ² sulla mano o di 100cm ² sull' estremità)	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	avulsione maggiore (> di 25 cm ² sulla mano o 100 cm ² sull'intera estremità)	2
Arti e Bacino	arto superiore intera area	avulsione con perdita di sangue > 20% del volume	3
Arti e Bacino	arto superiore vasi arteria ascellare	Arteria ascellare NMS	2
Arti e Bacino	arto superiore vasi arteria ascellare	lesioni dell'intima, senza interruzione	2
Arti e Bacino	arto superiore vasi arteria ascellare	lacerazione (perforazione) NMS	2
Arti e Bacino	arto superiore vasi arteria ascellare	lacerazione minore	2
Arti e Bacino	arto superiore vasi arteria ascellare	lacerazione maggiore	3
Arti e Bacino	arto superiore vasi vena ascellare	Vena ascellare NMS	2
Arti e Bacino	arto superiore vasi vena ascellare	lacerazione (perforazione) NMS	2
Arti e Bacino	arto superiore vasi vena ascellare	lacerazione minore	2
Arti e Bacino	arto superiore vasi vena ascellare	lacerazione maggiore	2
Arti e Bacino	arto superiore vasi arteria brachiale	Arteria brachiale NMS	2

Arti e Bacino	arto superiore vasi arteria brachiale	lesioni dell'intima, senza interruzione	2
Arti e Bacino	arto superiore vasi arteria brachiale	lacerazione (perforazione) NMS	2
Arti e Bacino	arto superiore vasi arteria brachiale	lacerazione minore	2
Arti e Bacino	arto superiore vasi arteria brachiale	lacerazione maggiore	3
Arti e Bacino	arto superiore vasi vena brachiale	Vena brachiale NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore vasi vena brachiale	lacerazione (perforazione) NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore vasi vena brachiale	lacerazione minore	1
Arti e Bacino	arto superiore vasi vena brachiale	lacerazione maggiore	3
Arti e Bacino	arto superiore vasi altre arterie	Altre arterie NMS (p.es.: della regione distale al gomito o le piccole arterie dell'estremità)	1
Arti e Bacino	arto superiore vasi altre arterie	lesioni dell'intima, senza interruzione	1
Arti e Bacino	arto superiore vasi altre arterie	lacerazione (perforazione) NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore vasi altre arterie	lacerazione minore	1
Arti e Bacino	arto superiore vasi altre arterie	lacerazione maggiore	3
Arti e Bacino	arto superiore vasi altre vene	Altre vene NMS (p.es.: della regione distale al gomito o le piccole vene delle estremità)	1
Arti e Bacino	arto superiore vasi altre vene	lacerazione (perforazione) NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore vasi altre vene	lacerazione minore	1
Arti e Bacino	arto superiore vasi altre vene	lacerazione maggiore	3
Arti e Bacino	arto superiore nervi	lacerazione NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore nervi	lacerazione di nervo singolo	2
Arti e Bacino	arto superiore nervi	lacerazione di nervi multipli	2
Arti e Bacino	arto superiore nervi	lacerazione con perdita della fuzione motoria	2
Arti e Bacino	arto superiore nervi	Nervo mediano, radiale ed ulnare NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore nervi	lacerazione avulsione del nervo mediano	2
Arti e Bacino	arto superiore nervi	lacerazione avulsione del nervo radiale	2
Arti e Bacino	arto superiore nervi	lacerazione avulsione del nervo ulnare	2
Arti e Bacino	arto superiore nervi	contusione	1
Arti e Bacino	arto superiore nervi	Nervo digitale NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore nervi	contusione	1
Arti e Bacino	arto superiore nervi	lacerazione	1
Arti e Bacino	arto superiore tendini e muscoli	lacerazione (rottura, lesione) NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore tendini e muscoli	lacerazione di più tendini (nella mano)	1
Arti e Bacino	arto superiore tendini e muscoli	lacerazione di più tendini (esclusi quelli della mano)	1
Arti e Bacino	arto superiore tendini e muscoli	Muscoli lacerazione (rottura, lesione, avulsione)	1
Arti e Bacino	arto superiore tendini e muscoli	Capsula articolare lacerazione (rottura, lesione, avulsione)	1
Arti e Bacino	arto superiore art. sternoclaveare	Articolazione sternoclavicolare NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore art. sternoclaveare	contusione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. sternoclaveare	distorsione	1

Arti e Bacino	arto superiore art. sternoclaveare	lussazione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. sternoclaveare	lacerazione nell'ambito dell'articolazione	2
Arti e Bacino	arto superiore art. acromioclaveare	Articolazione acromioclavicolare NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore art. acromioclaveare	contusione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. acromioclaveare	distorsione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. acromioclaveare	lussazione (separazione)	1
Arti e Bacino	arto superiore art. acromioclaveare	lacerazione nell'ambito dell'articolazione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. spalla	Spalla (articolazione gleno-omerale) NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore art. spalla	contusione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. spalla	distorsione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. spalla	lussazione	2
Arti e Bacino	arto superiore art. spalla	lacerazione nell'ambito dell'articolazione	2
Arti e Bacino	arto superiore art. spalla	distruzione massiva di cartilagine ed osso (schiacciamento)	3
Arti e Bacino	arto superiore art. gomito	Articolazione del gomito NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore art. gomito	contusione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. gomito	distorsione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. gomito	lussazione con o senza interessamento del capitello radiale	1
Arti e Bacino	arto superiore art. gomito	lacerazione nell'ambito dell'articolazione	2
Arti e Bacino	arto superiore art. gomito	con interessamento del legamento	2
Arti e Bacino	arto superiore art. gomito	con lacerazione di un singolo nervo	2
Arti e Bacino	arto superiore art. gomito	con lacerazione di più nervi	2
Arti e Bacino	arto superiore art. gomito	distruzione massiva di cartilagine o ossa (schiacciamento)	3
Arti e Bacino	arto superiore art. polso	Articolazione del Polso (carpo) NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore art. polso	contusione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. polso	distorsione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. polso	lussazione radiocarpale, intercarpale e delle articolazione pericarpali	2
Arti e Bacino	arto superiore art. polso	lacerazione nell'ambito dell'articolazione	2
Arti e Bacino	arto superiore art. polso	distruzione massiva della cartilagine e delle ossa (schiacciamento)	3
Arti e Bacino	arto superiore art. carpo-metacarpale / metacarpo-falangea	Articolaz. carpo-metacarpale o metacarpo-falangea, incluso il pollice NMS	1
Arti e Bacino	arto superiore art. carpo-metacarpale / metacarpo-falangea	distorsione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. carpo-metacarpale / metacarpo-falangea	lussazione	1
Arti e Bacino	arto superiore art. interfalangea	Lussazione interfalangea	1
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa clavicola	frattura	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Acromion	frattura	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Scapola	Scapola, frattura	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Omero	frattura NMS	2

Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Omero	chiusa	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Omero	aperta/scomposta/comminuta	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Omero	con interessamento del nervo radiale	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Radio	Radio, fratture NMS con o senza processo stiloideo, incl. la frattura di Colles	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Radio	chiusa	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Radio	aperta/scomposta/comminuta	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Radio	con interessamento del nervo radiale	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa ulna	frattura NMS	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa ulna	chiusa	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa ulna	aperta/scomposta/comminuta	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa ulna	con interessamento del nervo ulnare	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Carpo e Metacarpo	Carpo e Metacarpo NMS	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Carpo e Metacarpo	frattura	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa Carpo e Metacarpo	distruzione massiva della cartilagine o delle ossa (schiacciamento)	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa dita	NMS	1
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa dita	amputazione	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa dita	frattura	2
Arti e Bacino	Arto superiore Ossa dita	distruzione massiva della cartilagine e delle ossa (schiacciamento)	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	Amputazione (traumatica) parziale o completa NMS	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	sotto il ginocchio; tutto il piede; calcagno	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	sopra il ginocchio	4
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	(Schiacciamento) Distruzione massiva delle ossa, dei muscoli, del sistema nervoso e vascolare NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	sotto il ginocchio; tutto il piede; calcagno	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	ginocchio o sopra	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	scuoiamento solo dita, singole o multiple	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	Scuoiamento gamba, polpaccio	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	Scuoiamento ginocchio, caviglia, pianta del piede, intera estremità	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	Lesione dell'estremità con sindrome compartimentale	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	lesione penetrante	1
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	lesione penetrante superficiale (minore)	1
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	lesione penetrante con perdita di sostanza > di 25 cm ²	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	lesione penetrante con perdita di sangue > 20% del volume	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	Cute NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	abrasione	1
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	contusione (ematoma)	1
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	lacerazione NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	lacerazione minore (superficiale)	1

Arti e Bacino	arto inferiore intera area	lacerazione maggiore (lunghezza > 20 cm e nell'ambito del tessuto sottocutaneo)	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	lacerazione maggiore con perdita di sangue > 20% del volume	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	avulsione NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	avulsione superficiale (minore; ≤ 100 cm ²)	1
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	avulsione maggiore (> di 100 cm ²)	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	perdita di sangue > 20% del volume	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	amputazione parziale o completa del piede	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	sindrome compartimentale coscia con perdita muscolare	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	sindrome compartimentale gamba con perdita muscolare	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	sindrome compartimentale piede con perdita muscolare	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	crush di tutto l'arto	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	crush anca	4
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	crush sotto l'anca sopra il ginocchio	4
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	crush sotto il ginocchio	3
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	scuoimento dell'arto	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi arteria femorale	Arteria femorale NMS	3
Arti e Bacino	arto inferiore vasi arteria femorale	lesione dell'intima, senza interruzione	3
Arti e Bacino	arto inferiore vasi arteria femorale	lacerazione (perforazione) NMS	3
Arti e Bacino	arto inferiore vasi arteria femorale	lacerazione minore	3
Arti e Bacino	arto inferiore vasi arteria femorale	lacerazione maggiore	4
Arti e Bacino	arto inferiore vasi vena femorale	Vena femorale NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi vena femorale	lesione dell'intima, senza interruzione	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi vena femorale	lacerazione (perforazione) NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi vena femorale	lacerazione minore	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi vena femorale	lacerazione maggiore	3
Arti e Bacino	arto inferiore vasi arteria poplitea	Arteria poplitea NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi arteria poplitea	lesione dell'intima, senza interruzione	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi arteria poplitea	lacerazione (perforazione) NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi arteria poplitea	lacerazione minore	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi arteria poplitea	lacerazione maggiore	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi vena poplitea	Vena poplitea NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi vena poplitea	lacerazione (perforazione) NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi vena poplitea	lacerazione minore	2
Arti e Bacino	arto inferiore vasi vena poplitea	lacerazione maggiore	3
Arti e Bacino	arto inferiore vasi altre arterie	Altre arterie NMS (p.es.: della regione distale al ginocchio o le piccole arterie periferiche)	1
Arti e Bacino	arto inferiore vasi altre arterie	lesione dell'intima, senza interruzione	1
Arti e Bacino	arto inferiore vasi altre arterie	lacerazione (perforazione) NMS	1

Arti e Bacino	arto inferiore vasi altre arterie	lacerazione minore	1
Arti e Bacino	arto inferiore vasi altre arterie	lacerazione maggiore	3
Arti e Bacino	arto inferiore vasi altre vene	Altre vene (p.es.:della regione distale al ginocchio o le piccole vene periferiche)	1
Arti e Bacino	arto inferiore vasi altre vene	lacerazione (perforazione) NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore vasi altre vene	lacerazione minore	1
Arti e Bacino	arto inferiore vasi altre vene	lacerazione maggiore	3
Arti e Bacino	arto inferiore nervo sciatico	Nervo sciatico NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore nervo sciatico	contusione (neuropressia)	2
Arti e Bacino	arto inferiore nervo sciatico	lacerazione NMS	3
Arti e Bacino	arto inferiore nervo sciatico	lacerazione incompleta	3
Arti e Bacino	arto inferiore nervo sciatico	lacerazione completa	3
Arti e Bacino	arto inferiore nervo femorale, peroneale, tibiale	Nervo femorale, tibiale, peroneale NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore nervo femorale, peroneale, tibiale	contusione	2
Arti e Bacino	arto inferiore nervo femorale, peroneale, tibiale	lacerazione NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore nervo femorale, peroneale, tibiale	lacerazione di nervo singolo	2
Arti e Bacino	arto inferiore nervo femorale, peroneale, tibiale	lacerazione di più nervi	2
Arti e Bacino	arto inferiore nervo femorale, peroneale, tibiale	con perdita di funzione motoria	2
Arti e Bacino	arto inferiore nervo digitale	Nervi digitali NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore nervo digitale	contusione	1
Arti e Bacino	arto inferiore nervo digitale	lacerazione lacerazione	1
Arti e Bacino	arto inferiore tendini e muscoli	Muscolo, lacerazione (rottura, lesione, avulsione)	1
Arti e Bacino	arto inferiore tendini e muscoli	Tendine, lacerazione (rottura, lesione)	2
Arti e Bacino	arto inferiore tendini e muscoli	lacerazione di più tendini	2
Arti e Bacino	arto inferiore tendini e muscoli	Ginocchio NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore tendini e muscoli	rottura completa del crociato posteriore	1
Arti e Bacino	arto inferiore tendini e muscoli	Tendine rotuleo, lacerazione (rottura, lesione)	2
Arti e Bacino	arto inferiore tendini e muscoli	Tendine rotuleo sezione totale	2
Arti e Bacino	arto inferiore tendini e muscoli	Caviglia	1
Arti e Bacino	arto inferiore tendini e muscoli	Tendine d'Achille, lacerazione (rottura, lesione) NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore tendini e muscoli	Tendine d'Achille, lacerazione incompleta	1
Arti e Bacino	arto inferiore tendini e muscoli	Tendine d'Achille, lacerazione completa	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. anca	Anca NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. anca	contusione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. anca	distorsione	1

Arti e Bacino	arto inferiore art. anca	lussazione NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. anca	senza interessamento della cartilagine articolare	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. anca	con interessamento della cartilagine articolare	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. anca	lacerazione nell'ambito dell'articolazione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. ginocchio	Ginocchio NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. ginocchio	contusione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. ginocchio	lussazione NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. ginocchio	senza interessamento della cartilagine articolare	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. ginocchio	con interessamento della cartilagine articolare	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. ginocchio	lacerazione nell'ambito dell'articolazione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. ginocchio	lesione del menisco	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. ginocchio	distorsione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. collo piede	Caviglia NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. collo piede	contusione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. collo piede	distorsione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. collo piede	lussazione NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. collo piede	senza interessamento della cartilagine articolare	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. collo piede	interessamento della cartilagine articolare	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. collo piede	Lacerazione nell'ambito dell'articolazione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. piede	Articolazioni del piede NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. piede	lussazione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. piede	distorsione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. sottoastragalica	Articolazione sotto-astragalica, del tarso e tarso-metatarsale NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. sottoastragalica	distorsione lussazione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. sottoastragalica	senza interessamento delle cartilagine articolare	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. sottoastragalica	con interessamento della cartilagine articolare	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. metatarsofalangea	Articolazione del metatarso, metatarso-falangea o interfalangea NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. metatarsofalangea	distorsione	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. metatarsofalangea	lussazione NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. metatarsofalangea	senza interessamento della cartilagine articolare	1
Arti e Bacino	arto inferiore art. metatarso-falangea	con interessamento della cartilagine articolare	1
Arti e Bacino	arto inferiore ossa pelvi	frattura con o senza lussazione di qualunque dei seguenti segmenti ossei o combinazione degli stessi: acetabolo, ilio, ischio, coccige, sacro o branca pubica	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa pelvi	chiusa	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa pelvi	aperta/scomposta/comminuta	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa pelvi	Deformazioni e scomposizione sostanziali con associati disturbi vascolari o con ematoma retroperitoneale importante NMS (Schiacciamento)	4
Arti e Bacino	arto inferiore ossa pelvi	perdita di sangue ≤ 20% del volume	4

Arti e Bacino	arto inferiore ossa pelvi	perdita di sangue > 20% del volume	5
Arti e Bacino	arto inferiore ossa pelvi	Sacro-iliaca, frattura con o senza lussazione	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa pelvi	Sinfisi pubica, separazione (frattura)	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa pelvi	frattura aperta della pelvi incompleta distruzione dell'arco posteriore	4
Arti e Bacino	arto inferiore ossa pelvi	frattura aperta della pelvi completa distruzione del pavimento posteriore	5
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	Femore, frattura NMS	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	NMS età < 12 anni	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	frattura condili	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	frattura condili età < 12 anni	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	frattura testa	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	frattura intertrocanterica	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	frattura collo	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	frattura diafisi	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	frattura diafisi età < 12 anni	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	frattura sottotrocanterica	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	frattura sottotrocanterica età < 12 anni	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	frattura sovracondiloidea	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa femore	frattura sovracondiloidea età < 12 anni	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa rotula	Rotula, frattura	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	Tibia NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	contusione	1
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura piatto tibiale	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura esposta/scomposta/communata	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura eminenza intercondiloidea	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura malleolo mediale	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura aperta/scomposta/communata	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura malleolo posteriore	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura aperta/scomposta/communata	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	fratturadiafisi	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura aperta/scomposta/communata	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa perone	Perone NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore ossa perone	contusione	1
Arti e Bacino	arto inferiore ossa perone	contusione con lesione del nervo peroneale (paralisi)	1
Arti e Bacino	arto inferiore ossa perone	frattura testa, collo, diafisi	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa perone	frattura malleolo laterale	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa perone	frattura aperto/scomposta/communata	2

Arti e Bacino	arto inferiore ossa perone	frattura bimalleolare, trimalleolare	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa piede	Piede, frattura NMS	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa calcagno	Calcagno, frattura	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa metatarso	Metatarso o tarso, frattura	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa astragalo	Astragalo, Frattura	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa dita	Dita NMS	1
Arti e Bacino	arto inferiore ossa dita	frattura	1
Arti e Bacino	arto inferiore ossa dita	amputazione	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa dita	schiacciamento	2
Area esterna	cute	Abrasione	1
Area esterna	cute	Contusione (ematoma)	1
Area esterna	cute	Lacerazione	1
Area esterna	cute	Avulsione	1
Area esterna	cute	Scuoimento	1
Area esterna	cute	Lesione penetrante	1
Area esterna	ustioni	non specificata	1
Area esterna	ustioni	1° età > 1 anno o STC ≤ 50% nei neonati (cioè ≤ 12 mesi)	1
Area esterna	ustioni	1° > 50% nei neonati - (cioè ≤ 12 mesi)	2
Area esterna	ustioni	2° < 10%	1
Area esterna	ustioni	3° < 10%	2
Area esterna	ustioni	3° interessamento volto/mani/genitali	3
Area esterna	ustioni	2° o 3° (o a tutto spessore) 10-19%	2
Area esterna	ustioni	2° o 3° (o a tutto spessore) 10-19% età < 5 anni	3
Area esterna	ustioni	2° o 3° (o a tutto spessore) 10-19% interessamento volto/mani/genitali	3
Area esterna	ustioni	2° o 3° (o a tutto spessore) 20-29%	3
Area esterna	ustioni	2° o 3° (o a tutto spessore) 20-29% età < 5 anni	4
Area esterna	ustioni	2° o 3° (o a tutto spessore) 20-29% interessamento volto/mani/genitali	4
Area esterna	ustioni	2° o 3° (o a tutto spessore) 30-39%	4
Area esterna	ustioni	2° o 3° (o a tutto spessore) 30-39% età < 5 anni	5
Area esterna	ustioni	2° o 3° (o a tutto spessore) 30-39% interessamento volto/mani/genitali	5
Area esterna	ustioni	2° o 3° (o a tutto spessore) 40-89%	5
Area esterna	ustioni	2° o 3° ≥ 90%	6
Area esterna	inalazione	minore (< 20mg % di carboemoglobina)	3
Area esterna	inalazione	moderata (20-40mg% di carboemoglobina)	4
Area esterna	inalazione	grave (> 40mg% di carboemoglobina)	5
Area esterna	elettricità	Lesioni da alto voltaggio elettrico	2
Area esterna	elettricità	con necrosi muscolare	3

Area esterna	elettricità	con arresto cardiaco	6
Area esterna	Ipotermia	ipotermia non valutata	1
Area esterna	Ipotermia	34 °C	1
Area esterna	Ipotermia	33-32 °C	2
Area esterna	Ipotermia	31-30 °C	3
Area esterna	Ipotermia	29-28 °C	4
Area esterna	Ipotermia	≤ 27 °C	5
Area esterna	congelamento	grado non valutato	1
Area esterna	congelamento	1° grado superficiale	1
Area esterna	congelamento	profonda a tutto spessore	2
Area esterna	congelamento	profonda a tutto spessore in sedi multiple	3
Area esterna	asfissia	Asfissia/soffocamento non valutato	3
Area esterna	asfissia	Asfissia/soffocamento senza deficit neurologici	3
Area esterna	asfissia	Asfissia/soffocamento con deficit neurologici	4
Area esterna	asfissia	Asfissia/soffocamento con arresto cardiaco	5
Area esterna	annegamento	Annegamento non valutato	3
Area esterna	annegamento	Annegamento senza deficit neurologici	3
Area esterna	annegamento	Annegamento con deficit neurologici	4
Area esterna	annegamento	Annegamento con arresto cardiaco	5
Area esterna	esplosione	esplosione interessante tutto il corpo non valutata	2
Area esterna	esplosione	esplosione interessante tutto il corpo con lesioni superficiali dei tessuti molli con o senza fratture minori	2
Area esterna	esplosione	esplosione interessante tutto il corpo con lesioni maggiori o estese (25%) dei tessuti molli con multiple fratture e/o multiple lesioni viscerali	4
Area esterna	esplosione	esplosione interessante tutto il corpo con lesioni massive a torace e/o addome con perdita di uno o più arti e/o decapitazione	6