

<b>Titolo</b>	Specifiche tecniche e controllo delle informazioni della nuova SDO della Regione Lazio
<b>Versione</b>	1.7.0
<b>Data</b>	24/05/2022



# Sommario

1.	Introduzione .....	5
1.1	Obiettivo del documento .....	5
1.2	Definizioni.....	5
1.3	Storia delle versioni .....	6
1.4	Descrizione dei dati e modalità di invio.....	15
2.	Tabelle descrittive delle sezioni XML.....	18
2.1	ASSISTITO.....	18
2.1.1	ANAGRAFICA.....	20
2.1.2	RESIDENZA .....	23
2.1.2.1	ASL .....	24
2.1.3	PROFESSIONE.....	25
2.1.4	MOBILITÀ INTERNAZIONALE.....	26
2.2	ACCETTAZIONE .....	28
2.2.1	STRUTTURA IRC .....	34
2.2.2	DIAGNOSI AMMISSIONE.....	36
2.2.2.1	PRINCIPALE .....	36
2.2.2.2	SECONDARIE .....	36
2.2.3	PROVENIENZA.....	37
2.2.3.1	STRUTTURA IRC .....	38
2.2.4	RICOVERO MADRE .....	39
2.3	DEGENZA .....	40
2.3.1	DIAGNOSI.....	41
2.3.1.1	PRINCIPALE .....	41
2.3.1.2	SECONDARIE .....	43
2.3.1.2.1	DIAGNOSI SECONDARIA .....	43
2.3.2	PROCEDURE ACCESSI.....	45
2.3.2.1	PRINCIPALE .....	46
2.3.2.1.1	CHIRURGO .....	49
2.3.2.2	SECONDARIE .....	49
2.3.2.2.1	PROCEDURA SECONDARIA .....	50
2.3.2.2.1.1	CHIRURGO .....	53
2.3.3	TRASFERIMENTI.....	53
2.3.3.1	TRASFERIMENTO .....	54
2.3.3.1.1	STRUTTURA IRC .....	55
2.3.4	FARMACI.....	57
2.3.4.1	FARMACO .....	57

2.3.5	GRAVIDANZA .....	58
2.3.5.1	STORIA OSTETRICA .....	59
2.3.5.2	GRAVIDANZA ATTUALE.....	61
2.3.5.3	PARTO .....	62
2.3.5.3.1	PADRE .....	65
2.3.5.3.1.1	PROFESSIONE .....	67
2.3.5.3.2	NEONATI.....	68
2.3.5.3.2.1	NEONATO .....	68
2.3.5.4	INTERRUZIONE GRAVIDANZA .....	71
2.3.5.4.1	IVG .....	73
2.3.5.4.2	ABORTO SPONTANEO.....	74
2.4	DIMISSIONE .....	75
2.4.1	STRUTTURA IRC .....	78
2.4.2	ESITI .....	80
2.4.2.1	IMA .....	81
2.4.2.2	BYPASS.....	82
2.4.2.3	VALVOLE CARDIACHE.....	83
2.4.2.4	FRATTURA FEMORE .....	86
2.4.2.5	PROTESI ANCA .....	87
2.4.2.6	ICTUS.....	88
2.4.3	TRAUMI SEVERI.....	89
3.	ALLEGATO A.....	96
4.	ALLEGATO B.....	99

# Specifiche tecniche e controllo delle informazioni della nuova SDO della Regione Lazio

## 1. Introduzione

### 1.1 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.

### 1.2 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
<i>tag</i>	Il <i>tag</i> è un elemento o un marcatore 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

### 1.3 Storia delle versioni

Versione	Data	Descrizione
1.0.0	27/03/2019	Definitiva
1.0.1	10/04/2019	Sez.2.3.2.1 e Sez.2.3.2.2.1 <ul style="list-style-type: none"> <li>- campi Data: Correzione errata codifica di <i>TipoDimissione</i> (da 5 a 6) nel controllo di congruità</li> <li>- campi Ora: Integrazione della descrizione</li> </ul> Sez.2.3.2.2.1 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campi <i>IdAnestesista</i>, <i>CheckListSO</i>, <i>Chirurgo</i>: sostituito "PRINCIPALE" con "SECONDARIO"</li> </ul>
1.1.0	20/05/2019	Sez.2.1 e Sez.2.2 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campi <i>TitoloStudio(Sez.2.1)</i> e <i>StatoCivile(Sez.2.1)</i> Aggiunte <b>note di compilazione</b> per la compilazione corretta nel caso di SDO riferita a neonato (<i>Tipologia=2</i>)</li> <li>- Campi <i>Professione(Sez.2.1)</i>, <i>Provenienza(Sez.2.2)</i> e <i>Modalità(Sez.2.2)</i>, introdotta la non obbligatorietà per le SDO riferite a neonati (<i>Tipologia=2</i>)</li> <li>- Campo <i>Tipologia(Sez.2.2)</i>, modificato criterio di <b>congruità</b>:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esteso il controllo per <i>Tipologia</i> = 1 anche a <i>Tipologia</i> = 3</li> <li>• Aggiunti in caso di <i>Tipologia=2</i> i controlli con i campi <i>TitoloStudio(Sez.2.1)</i>, <i>StatoCivile(Sez.2.1)</i>, <i>Professione(Sez.2.1)</i>, <i>Provenienza(Sez.2.2)</i> e <i>Modalità(Sez.2.2)</i>.</li> <li>• Rimosso controllo per <i>Tipologia</i> ≠ 2</li> </ul> </li> <li>- Campo <i>Residenza(Sez.2.1)</i>, modificato criterio di <b>obbligatorietà</b>: aggiunta eccezione per pazienti ANONIMI</li> <li>- Campo <i>Professione(Sez.2.1)</i>, modificato criterio di <b>obbligatorietà</b>: aggiunta eccezione per pazienti ANONIMI e IGNOTI</li> </ul> Sez.2.1.1 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>Cognome(Sez.2.1.1)</i>, modificato criterio di <b>obbligatorietà</b>: aggiunta eccezione per pazienti ANONIMI e IGNOTI</li> <li>- Campo <i>Nome(Sez.2.1.1)</i>, modificato criterio di <b>obbligatorietà</b>: aggiunta eccezione per pazienti ANONIMI e IGNOTI</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>CodiceFiscale</i>(Sez.2.1.1) Modificato criterio di controllo <b>formato</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggiunto formato per la codifica dei pazienti aventi diritto all’anonimato</li> <li>• Aggiunto formato per la codifica dei pazienti IGNOTI</li> <li>• Aggiunta codifica “ALTROATTESTATO” per codificare i casi che non rientrino nelle altre casistiche previste per il campo</li> </ul> </li> <li>Aggiunto controllo di <b>congruità</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserito il controllo per la corretta codifica di paziente “ANONIMO”</li> <li>• Inserito controllo per la codifica “ALTROATTESTATO”</li> </ul> </li> <li>- Campo <i>DataNascita</i>(Sez.2.1.1), aggiunte <b>note di compilazione</b> per la corretta compilazione in caso di paziente ANONIMO o IGNOTO</li> </ul> <p>Sez.2.3.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>Principale</i>(Sez.2.3.2), modificato criterio di <b>obbligatorietà</b> da OBBLIGATORIO a NON OBBLIGATORIO</li> </ul> <p>Sez.2.3.2.1 e Sez.2.3.2.2.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>idAnestesista</i>, modificato il criterio di <b>obbligatorietà</b> da OBBLIGATORIO a NON OBBLIGATORIO in entrambe le sezioni</li> <li>- Campo <i>CheckListSO</i>, aggiunto al <b>dominio</b> il codice 9 (non applicabile) in entrambe le sezioni</li> <li>- Campo <i>Ora</i>, ristretto il criterio di <b>obbligatorietà</b> 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</li> </ul> <p>Sez.2.3.5.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>DataUltimoParto</i>, modificato l’operatore relazionale nel controllo di <b>congruità</b> da “≥” a “&gt;”</li> </ul> <p>Sez.2.4.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campi <i>CodificaIRC</i>, <i>Stabilimento</i> e <i>RepartoDimissioneHSP12</i>, modificato il criterio di <b>obbligatorietà</b></li> </ul>
1.2.0	31/05/2019	<p>Sez.2.3.2.1 e Sez.2.3.2.2.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campi <i>Data</i>, modificato criterio di <b>congruità</b> al fine di circoscrivere il controllo dell’ora alle sole prestazioni per le quali l’ora risulti obbligatoria</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campi <i>Ora</i>, esteso il controllo di <b>obbligatorietà</b> alle prestazioni riconducibili a PTCA</li> </ul> <p>Sez.2.4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo complesso <i>Esiti</i>, modificato il criterio di <b>obbligatorietà</b> in OBBLIGATORIO per renderlo congruo con le condizioni degli elementi interni alla sezione</li> </ul>
1.3.0	10/06/2019	<p>Sez.2.1.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>Codice Fiscale</i>, modificato il <b>formato</b> 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</li> </ul> <p>Sez.2.3.2.1 e Sez.2.3.2.2.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campi <i>Data</i> di entrambe le sezioni, modificato controllo di <b>congruità</b>: aggiunti i codici prestazione 39.72 e 39.74 al controllo per le prestazioni effettuabili nelle 24h precedenti l'ora di ricovero</li> </ul> <p>Sez.2.4.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>CodificaIRC</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggiunta <b>nota di compilazione</b> per indicare la corretta compilazione del campo, al fine di acquisire il codice della struttura di destinazione nei casi di trasferimento</li> <li>• Aggiunto controllo di <b>congruità</b> nel caso di dimissione per trasferimento</li> </ul> </li> </ul>
1.3.1	09/07/2019	<p>Sez.2.4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>TipoDimissione</i>, modificata descrizione del <b>dominio</b> al fine di ricondurre alla codifica 3 le dimissioni per trasferimento presso strutture di lungodegenza medica</li> </ul>
1.3.2	16/07/2019	<p>Sez. 2.4.3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>GravitaLesioniSecondarie</i>, introdotta la codifica "0" per indicare l'assenza di lesioni secondarie</li> <li>- Campo <i>CondPrincipaleRespDecesso</i>, introdotta la codifica "00" (non applicabile) in caso di paziente non deceduto</li> </ul>
1.3.3	02/10/2019	<p>Sez. 2.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>Trauma</i>, modificati i controlli di <b>obbligatorietà</b> e <b>congruità</b> al fine di limitare il controllo alle diagnosi di dimissione e ristretto l'intervallo dei codici diagnosi da 995.x a 995.89</li> </ul> <p>Sez. 2.3.1.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>StadiazioneCondensata</i>, modificato controllo di <b>congruità</b> specificando che il codice diagnosi è riferito alla sola diagnosi principale</li> </ul>

		<p>Sez. 2.3.1.2.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>StadiazioneCondensata</i>, modificato controllo di <b>congruità</b> specificando che il codice diagnosi è riferito alla corrispondente diagnosi secondaria</li> </ul> <p>Sez. 2.4.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campo <i>RepartoDimissioneHSP12</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitata l'<b>obbligatorietà</b> ai <i>TipoDimissione</i> ≠ 2 e 3</li> <li>• Modificato il controllo di <b>congruità</b> in caso di assenza di trasferimenti interni</li> </ul> </li> </ul>
1.3.4	10/10/2019	<p>Sez. 2.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>CausaEsterna</i>, modificati i controlli di <b>obbligatorietà</b> e <b>congruità</b> al fine di limitare il controllo alle diagnosi di dimissione e ristretto l'intervallo dei codici diagnosi da 995.x a 995.89</li> </ul> <p>Sez. 2.3.3.1.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Stabilimento</i>, modificata la <b>descrizione</b>: è stato specificato che il campo si riferisce al codice dello stabilimento della struttura dove viene effettuato il service.</li> <li>- <i>RepartoHSP12</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• modificata <b>descrizione</b>: è stato specificato che il campo si riferisce ai soli trasferimenti interni</li> <li>• modificato il controllo di <b>validità</b>: è stato specificato che il codice specialità+reparto viene verificato sulla tabella di riferimento NSIS dell'istituto di ricovero</li> </ul> </li> </ul> <p>Sez. 2.4.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Stabilimento</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificata <b>descrizione</b> per indicare che il campo deve contenere i codici dello stabilimento anche in caso di dimissione per trasferimento</li> <li>• Aggiunto controllo di <b>congruità</b>: verifica della corrispondenza del codice inserito con quanto presente su NSIS per l'istituto identificato nel campo "CodificaIRC" (Sez.2.4.1)</li> <li>• Aggiunta alle <b>note di compilazione</b> l'indicazione alla codifica del campo in caso di dimissione per trasferimento ad altro IRC (<i>TipoDimissione</i> = 2 o 3)</li> </ul> </li> <li>- <i>RepartoDimissioneHSP12</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Annullata</u> la limitazione introdotta con la versione 1.3.3. Il campo è OBBLIGATORIO per tutti i <i>TipoDimissione</i></li> <li>• <b>Validità</b>, integrata la descrizione del controllo</li> </ul> </li> </ul>

		<p>Sez. 2.4.2.3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aggiunte <b>note di compilazione</b> per i campi:  <i>AreaValvolareAorticaPreoperatoria,</i>  <i>CreatininaPreoperatoria,</i>  <i>GradienteMedioTransaorticoPreoperatorio,</i>  <i>AreaValvolareMitralicaPreoperatoria,</i>  <i>GradienteMedioTransmitralicoPreoperatorio,</i>  <i>FrazioneEiezioneVentricolare e STSScore.</i></li> </ul> <p>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</p>
1.3.5	08/11/2019	<p>Sez. 2.1.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>CodiceFiscale</i>, modificato criterio di <b>validità</b>: escluso il controllo con l’anagrafica regionale integrata con i sistemi nazionali per la tipologia di ricovero relativa ai neonati (<i>Tipologia = 2</i>)</li> </ul> <p>Sez. 2.1.4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>TipologiaAttestato</i>, <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggiunta la codifica “AE” alle <b>note di compilazione</b></li> <li>• Aggiunti al <b>dominio</b> i codici “S1” e “S2”</li> </ul> </li> </ul> <p>Sez. 2.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>DataPrenotazione</i>, modificato criterio di <b>congruità</b>: la data di prenotazione può coincidere con la data di ricovero</li> </ul> <p>Sez. 2.4.2.6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>PunteggioNIHSSDimissione</i>, modificato criterio di <b>obbligatorietà</b>: campo non obbligatorio in caso di decesso, <i>TipoDimissione</i>(Sez.2.4) = 5</li> <li>- <i>MRankingScaleDimissione</i>, modificato criterio di <b>obbligatorietà</b>: campo non obbligatorio in caso di decesso, <i>TipoDimissione</i>(Sez.2.4) = 5</li> </ul> <p>Sez. 2.4.3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>PressioneArtSist,</i>  <i>FreqRespiratoria,</i>  <i>GlasgowComaScale,</i>  <i>DeficitBasiArterioso,</i>  <i>Lattati,</i>  <i>INR,</i>  <i>Fibrinogeno,</i>  <i>PFRatio,</i>  <i>GiorniVentilazMeccanica,</i>  inserite <b>note di compilazione</b>: definito il valore da utilizzare in caso di informazione non nota</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>ProcedDmgCtrlToraceEseguita</i>, <i>ProcedDmgCtrlAddomeEseguita</i>, <i>ProcedPackExtraPeritFissEst</i>, <i>ProcedRadioInterventiEseguita</i>, <i>ProcedCraniotomiaEseguita</i>, <i>ProcedMisPressIntracrEseguita</i>, <i>ProcedTrattNonOperEseguita</i>, modificato il <b>dominio</b>: inserita la codifica “9 - Non nota”</li> <li>- <i>GlasgowOutcomeScale</i>, modificato il <b>dominio</b>: inserita la codifica “09 – Non nota”</li> </ul>
1.3.6	10/12/2019	<p>Sez. 2.2.3.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Stabilimento</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificato criterio di <b>validità</b>: escluso il controllo per gli istituti fuori regione</li> <li>• Aggiunta alle <b>note di compilazione</b> l’indicazione alla codifica del campo in caso di provenienza da IRC di altra regione</li> </ul> </li> </ul> <p>Sez. 2.3.5.3.2.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>PresentazioneFeto</i></li> <li>- <i>GenitaliEsterni</i></li> <li>- <i>PesoNascita</i></li> <li>- <i>CirconferenzaCranica</i></li> <li>- <i>MalformazioneNascita</i></li> </ul> <p>Ristretto il criterio di <b>obbligatorietà</b> a VITALITA uguale a 1 o 3</p> <p>Sez. 2.4.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>CodificaIRC</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggiunta al <b>dominio</b> per i trasferiti fuori regione la codifica CODICE REGIONE + “000”</li> <li>• Modificato criterio di <b>validità</b>: introdotto il controllo dell’esistenza del codice regione per i trasferimenti a IRC fuori regione</li> <li>• Aggiunta alle <b>note di compilazione</b> l’indicazione alla codifica del campo in caso di trasferimento a IRC di altra regione</li> </ul> </li> <li>- <i>Stabilimento</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificato criterio di <b>validità</b>: escluso il controllo per gli istituti fuori regione</li> <li>• Aggiunta alle <b>note di compilazione</b> l’indicazione alla codifica del campo in caso di trasferimento a IRC di altra regione</li> </ul> </li> </ul>

1.3.7	12/02/2020	<p>Sez. 2.3.2.2.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ora</i>, modificato criterio di <b>obbligatorietà</b>: campo obbligatorio se CODICE PROCEDURA SECONDARIA è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ o assume uno dei valori: 3606, 3607</li> </ul> <p>Sez. 2.3.3.1.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Stabilimento</i>, modificato criterio di <b>obbligatorietà</b>: estesa obbligatorio se IN SERVICE = 0 e sono presenti trasferimenti tra stabilimenti dello stesso polo</li> <li>- <i>InService</i>, aggiunto controllo di <b>congruità</b>: In caso di trasferimenti tra stabilimenti dello stesso polo codificare esclusivamente il campo stabilimento</li> </ul> <p>Sez. 2.3.5.4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>DataIntervento</i>, ristretto criterio di obbligatorio a TipoIntervento≠9</li> </ul> <p>Sez. 2.4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>NumeroAccessiDH</i>, modificato criterio di <b>obbligatorietà</b>: estesa obbligatorio se REGIME = 3</li> <li>- <i>NumeroAccessiDH</i>, aggiunto controllo di <b>congruità</b> a REGIME = 3</li> </ul>
1.3.8	07/05/2020	<p>Sez. 2.3.5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Parto</i>, modificato criterio di <b>congruità</b> : aggiunto controllo su diagnosi Principale, in caso di parto deve essere compresa nel range 641xx-676xx</li> </ul> <p>Sez. 2.3.1.1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Codice</i>, aggiunta <b>nota di compilazione</b> per corretta codifica della diagnosi principale in caso di Parto e Parto con complicanze</li> </ul>
1.3.9	14/09/2020	<p>Sez. 2.3.1.1 (Diagnosi Principale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Codice</i>, rimossa <b>nota di compilazione</b></li> </ul> <p>Sez. 2.3.1.1 e Sez. 2.3.1.2.1 (Diagnosi Principale e Secondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Codice</i>, aggiunto <b>controllo di congruità</b> con il campo Tipologia(sez.2.2) per diagnosi che identificano SDO di parto</li> </ul> <p>Sez. 2.3.5 (Gravidanza)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Parto</i>, modificato criterio di <b>congruità</b>. Se la sezione è presente, le diagnosi devono identificare una SDO di Parto</li> <li>- <i>Parto</i>, modificato criterio di <b>obbligatorietà</b>. La sezione diventa obbligatoria in caso di diagnosi che identifichino una SDO di parto</li> </ul> <p>Sez. 2.4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>NumeroAccessiDH</i>, integrati i criteri di <b>congruità e obbligatorietà</b> al fine di permettere la valorizzazione per Regime = 4</li> </ul>

1.3.10	10/12/2020	<p>Sez. 2.3.5.3.2.1(Neonato)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>PesoNascita</i>, reso obbligatorio l’inserimento di almeno 3 caratteri numerici per uniformarlo a quanto richiesto dal Ministero della Salute.</li> </ul>
1.4.0	18/01/2021	<p>Sez. 2.3.2.1(Principale) e Sez. 2.3.2.2.1(Procedura Secondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esterno, aggiunta modalità 2 (Equipe esterna) e controllo di congruità</li> </ul> <p>Sez. 2.3.3.1.1 (Struttura IRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>CodificaIRC</i>, Modificata descrizione e modifica criterio di obbligatorietà</li> <li>- <i>Stabilimento</i>, modificata descrizione e modifica criterio di obbligatorietà</li> <li>- INSERVICE, aggiunta modalità 2 (Equipe esterna) , modificato controllo di congruità</li> </ul>
1.5.0	17/05/2021	<p>Sez. 2.3.5. (Gravidanza)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>InterruzioneGravidanza</i>, modificata criterio di obbligatorietà</li> </ul> <p>Sez. 2.3.5.4 (Interruzione Gravidanza)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>TipolInterruzione</i>, modificato controllo di congruità</li> </ul>
1.6.0	25/01/2022	<p>Sez. 2.3.2.1(Principale) e Sez. 2.3.2.2.1(Procedura Secondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Campi <i>Data</i> di entrambe le sezioni, modificato controllo di <b>congruità</b>: aggiunti i codici prestazione 899X al controllo per le prestazioni effettuabili nei due giorni successivi la data di dimissione</li> </ul> <p>Sez. 2.2.1 (StrutturaIRC ) Codice IRC di ricovero</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>CodificaIRC</i>, modificato criterio di validità</li> <li>- <i>Stabilimento</i>, modificato criterio di validità</li> <li>- <i>RepartoAmmissioneHSP12</i>, modificato criterio di validità e Note di compilazione</li> </ul> <p>Sez. 2.2.3.1(StrutturaIRC) Codice IRC di provenienza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>CodificaIRC</i>, modificato criterio di validità</li> </ul> <p>Sez. 2.3.3.1.1 (StrutturaIRC) Codice IRC di Trasferimento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>CodificaIRC</i>, modificato criterio di validità</li> <li>- <i>Stabilimento</i>, modificato criterio di validità</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>RepartoHSP12</i>, modificato criterio di validità e Note di compilazione</li> </ul> <p>Sez. 2.4.1(StrutturaIRC) Codice IRC di Dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>CodificaIRC</i>, modificati criteri di validità e congruità</li> <li>- <i>Stabilimento</i>, modificato criterio di validità</li> <li>- <i>RepartoDimissioneHSP12</i>, eliminato criterio di validità e modificato il criterio di congruità e le note di compilazione</li> </ul>
1.6.1	28/01/2022	<p>Sez. 2.4.1(StrutturaIRC) Codice IRC di Dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>CodificaIRC</i>, modificato criterio di obbligatorietà</li> <li>- <i>Stabilimento</i>, modificato criterio di obbligatorietà</li> </ul>
1.6.2	04/02/2022	<p>Sez. 2.4.1(StrutturaIRC) Codice IRC di Dimissione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>RepartoDimissioneHSP12</i>, correzione refuso sul criterio di obbligatorietà</li> </ul>
1.7.0	24/05/2022	<p>Sez. 2.2(Acettazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Modalita</i>, aggiunte due nuove codifiche (6, 7)</li> <li>- <i>Modalita</i>, modificato criterio di congruità</li> <li>- <i>DataPrenotazione</i>, modificato criterio di obbligatorietà</li> <li>- <i>ClassePriorità</i>, modificato criterio di obbligatorietà</li> </ul> <p>Sez. 2.3.2.1(Principale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Data</i>, modificato criterio di congruità</li> </ul> <p>Sez. 2.3.2.2.1(ProceduraSecondaria)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Data</i>, modificato criterio di congruità</li> </ul>

## 1.4 Descrizione dei dati e modalità di invio

L'invio del nuovo flusso SDO avverrà 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 si descrivono i dati che saranno oggetto dell'invio in formato tabellare che riprende e amplia lo schema definito nel succitato allegato A.

Ogni tabella si riferisce ad una specifica sezione del messaggio XML, i campi di queste tabelle forniscono tutte le informazioni per una la corretta identificazione del dato da inviare, la compilazione, i controlli e i vincoli ad esso associati.

I campi delle tabelle descrittive sono i seguenti:

### 1. NOME CAMPO

È il nome del tag xml da utilizzare per inviare l'informazione.

### 2. TIPO

Il campo TIPO fornisce le informazioni generali sulla tipologia di dato trattato, vengono differenziati in questo modo solo per dare una indicazione del contenuto ma in realtà nel formato XML tutti i dati vengono trasmessi in formato stringa.

Questo campo inoltre permette di distinguere i dati semplici dagli elementi complessi (sottosezioni XML), e quindi permette di definire i controlli e i vincoli su intere parti del tracciato.

Le modalità di valorizzazione del campo TIPO sono le seguenti:

TIPO	Descrizione
A	Alfabetico
N	Numerico, il campo può contenere solamente caratteri numerici
AN	Alfanumerico, il campo può contenere caratteri numerici, alfabetici e caratteri speciali. Il formato e i caratteri aggiuntivi che saranno ammessi saranno esplicitati chiaramente
D	Data, nel formato YYYYMMDD
H	Ora, nel formato HH:MI
C	Tipo Complesso, identifica una intera sezione XML del tracciato, ovvero un intero blocco di informazioni

### 3. LIMITE/OCCORRENZA

Indica i limiti di lunghezza minima e massima che il campo deve rispettare per superare il controllo formale. Ove non specificato la lunghezza minima consentita è di un carattere. Nel caso di campo TIPO= "C", ovvero campo complesso, è indicato il numero delle occorrenze consentite.

#### 4. CONTROLLI

In questo campo sono riportate tutte le informazioni riguardanti il dato oggetto del controllo: il formato da utilizzare nella trasmissione, il dominio, l'obbligatorietà e tutti i controlli di coerenza/congruità a cui sarà sottoposta l'informazione registrata. È la parte centrale del documento in cui vengono definite le regole di compilazione e di accettazione del dato.

**Se non specificato diversamente la mancata soddisfazione di tutti i criteri definiti in questo campo comporta lo scarto della SDO inviata, in tutte le sue parti.**

Per una corretta interpretazione i criteri sono stati classificati nel modo seguente:

CRITERI	Descrizione
<i>Definizione del dato</i>	Descrizione sintetica al fine della corretta individuazione dell'informazione da inserire
<i>Formato</i>	<p>Specifiche del formato che dovrà essere rispettato nella codifica dell'informazione.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- N, carattere numerico compreso nell'intervallo 0-9</li><li>- A, carattere alfabetico compreso nell'intervallo A-Z</li><li>- AN, carattere alfanumerico comprensivo di caratteri speciali</li><li>- [] le parentesi quadre che racchiudono uno o più caratteri indicano che quei caratteri sono opzionali</li><li>- DD, giorni del mese</li><li>- MM, mese nell'anno</li><li>- YYYY, anno</li><li>- HH, ore in formato 00-23</li><li>- MI, minuti in un'ora 00-59</li></ul> <p>I formati di dati che esulano dalle categorie sopraelencate sono accompagnati da una descrizione specifica. I formati di lunghezza superiore ai sei caratteri sono segnalati con la notazione: CARATTERE x NUMERO DELLE OCCORRENZE (ad es. Nx10 identifica un campo costituito da 10 caratteri numerici)</p>
<i>Obbligatorietà</i>	<p>Indica le condizioni di obbligatorietà del campo o della sezione XML.</p> <p>In caso di non obbligatorietà il tag XML relativo a quel campo <u>può</u> essere omissso, <u>non sono ammessi valori nulli</u>.</p>

<i>Dominio</i>	Controllo della corrispondenza tra il contenuto del campo ed il corrispondente dominio di riferimento.
<i>Validità</i>	Verifica il contenuto dell'informazione registrata in funzione di parametri esterni al tracciato
<i>Congruità</i>	Verifica la congruità fra alcune informazioni registrate in campi correlati del tracciato

## 2. Tabelle descrittive delle sezioni XML

### 2.1 ASSISTITO

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
Anagrafica (Sez. 2.1.1)	C	1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni anagrafiche dell'assistito <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
Residenza (Sez. 2.1.2)	C	1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni di residenza dell'assistito <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se il <i>CodiceFiscale(Sez.2.1.1)</i> identifica paziente ≠ da ANONIMO o IGNOTO
Cittadinanza	N	3	<b>Descrizione:</b> Cittadinanza dell'assistito al momento del ricovero <b>Formato:</b> NNN <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> Codice delle unità territoriali estere come definito dall'ISTAT. "100" per cittadinanza italiana <b>Validità:</b> Controllo con i codici delle unità territoriali ISTAT
StatoCivile	N	1	<b>Descrizione:</b> Stato civile al momento del ricovero <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1 = Celibe/nubile 2 = Coniugato/a 3 = Separato/a 4 = Divorziato/a 5 = Vedovo/a 6 = Convivente 9 = Non noto <b>Note di compilazione:</b> Per TIPOLOGIA(Sez.2.2) = 2 deve essere valorizzato a 1

TitoloStudio	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Titolo di studio dell'assistito al momento de ricovero</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Dominio:</b></p> <p>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</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Per TIPOLOGIA = 2 deve essere valorizzato a 0</p>
Professione (sez. 2.1.3)	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni riguardo la condizione professionale dell'assistito</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO per TIPOLOGIA(Sez.2.2) ≠ 2 o se il <i>CodiceFiscale(Sez.2.1.1)</i> identifica paziente ≠ da ANONIMO o IGNOTO</p>
MobInternazionale (sez. 2.1.4)	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni riguardo la condizione mobilità internazionale</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se ONERE DEGENZA(Sez. 2.2) assume uno dei seguenti valori: A, B, C, D, E</p>

## 2.1.1 ANAGRAFICA

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
Cognome	A	2..80	<b>Descrizione:</b> Cognome del paziente <b>Formato:</b> Caratteri alfabetici; La lunghezza minima consentita è di due caratteri <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se il <i>CodiceFiscale</i> identifica paziente ≠ da ANONIMO o IGNOTO
Nome	A	2..80	<b>Descrizione:</b> Nome del paziente <b>Formato:</b> Caratteri alfabetici; La lunghezza minima consentita è di due caratteri <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se il <i>CodiceFiscale</i> identifica paziente ≠ da ANONIMO o IGNOTO
Sesso	N	1	<b>Descrizione:</b> Sesso del paziente <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1=Maschio, 2=Femmina, 9=Non definito
CodiceFiscale	AN	20	<b>Descrizione:</b> Codice identificativo del paziente <b>Formato:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i codici fiscali si fa riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte</li> <li>- Per i codici 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</li> <li>- Per i codici 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</li> <li>- Per i codici dei richiedenti protezione internazionale, 11 caratteri numerici</li> <li>- Per i pazienti cui è riconosciuto il diritto all'anonimato si considera valido il codice "ANONIMO" + codice numerico di 3 caratteri dell'istituto di cura + codice numerico progressivo di 6 caratteri allineato a destra e completato con gli zero a sinistra</li> <li>- 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 gli zero a sinistra</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 gli zero a sinistra</li> </ul> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Validità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i codici fiscali, i codici ENI e gli STP della Regione Lazio, il codice viene verificato con l'anagrafica regionale integrata con i sistemi nazionali, esclusi i codici fiscali dei neonati <i>Tipologia(sez.2..2) = 2</i></li> </ul> <p><b>Congruità:</b></p> <p>Se codice = "ANONIMO" allora deve essere verificata una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosi principale o secondaria = 042 o V08 o 303.xx o 304.xx o 635.xx</li> <li>- Tipologia = 3</li> </ul> <p>Se codice = "ALTROATT" allora <i>TipologiaAttestato(Sez.2.1.4)</i> deve assumere uno dei seguenti valori: UE, XT, SA,S1, S2</p>
ComuneNascita	N	6	<p><b>Descrizione:</b> Codice ISTAT del comune di nascita del paziente</p> <p><b>Formato:</b> NNNNNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se il <i>CodiceFiscale</i> identifica paziente diverso da ANONIMO o IGNOTO</p> <p><b>Dominio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i comuni italiani il campo dovrà essere valorizzato con il codice a sei cifre delle unità territoriali italiane, come definito dall'ISTAT.</li> <li>- Per gli stati esteri, il campo dovrà essere valorizzato concatenando la stringa "999" con il codice delle unità territoriali estere come definito dall'ISTAT.</li> </ul> <p><b>Validità:</b> Verifica dell'esistenza del codice nelle tabelle di riferimento ISTAT</p>

DataNascita	D	8	<p><b>Descrizione:</b> Data di nascita del paziente</p> <p><b>Formato:</b> YYYYMMDD</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Validità:</b> Valido se la differenza tra DATA DI ACCETTAZIONE (DATA Sez.2.2) e DATA DI NASCITA è minore di 125 anni</p> <p><b>Congruità:</b> Congruo se DATA DI NASCITA è minore o uguale a DATA DI ACCETTAZIONE (DATA Sez.2.2), nel caso di TIPOLOGIA=2(neonato) la DATA DI NASCITA deve corrispondere alla DATA DI ACCETTAZIONE (DATA Sez.2.2)</p> <p><b>Note di compilazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se il <i>CodiceFiscale</i> 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"</li> <li>- Se il <i>CodiceFiscale</i> 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"</li> </ul>
-------------	---	---	--

## 2.1.2 RESIDENZA

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
Regione	N	3	<p><b>Descrizione:</b> Regione di residenza  <b>Formato:</b> NNN  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 010, 020, 030, 041, 042, 050, 060, 070, 080, 090, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 999</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Codice della Regione o della provincia autonoma, per residenti all'estero o apolidi indicare 999</p>
Comune	N	6	<p><b>Descrizione:</b> Comune di residenza del paziente al momento del ricovero  <b>Formato:</b> NNNNNN  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b>            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.  <b>Validità:</b> Verifica dell'esistenza del codice ISTAT con i codici comune o con i codici degli stati esteri attivi al momento del ricovero.  <b>Congruità:</b> Verifica con il codice REGIONE</p>
ASL	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sulla ASL di residenza del paziente al momento del ricovero  <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se residente Italia (REGIONE ≠ 999) e il <i>CodiceFiscale(Sez.2.1.1)</i> identifica paziente ≠ da ANONIMO</p>

### 2.1.2.1 ASL

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
Codice	N	3	<p><b>Descrizione:</b> Codice ASL di residenza del paziente al momento del ricovero</p> <p><b>Formato:</b> NNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per le ASL della regione Lazio il campo deve essere compreso nell'elenco: 201, 202, 203, 204, 205, 206, 109, 110, 111, 112</li> <li>- Per le restanti regioni Italiane il campo deve essere compilato con i codici ASL definiti dal ministero</li> </ul> <p><b>Congruità:</b> Verifica della correlazione tra il CODICE e il comune definito in COMUNE(sez.2.1.2)</p>
Municipio	N	2	<p><b>Descrizione:</b> Municipio di residenza al momento di ricovero per i pazienti residenti nel comune di Roma</p> <p><b>Formato:</b> NN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se CODICE ASL nell'elenco: 201, 202, 203</p> <p><b>Dominio:</b> 01, 02, 03 ,04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15</p> <p><b>Congruità:</b> Verifica corrispondenza tra codice MUNICIPIO con campo CODICE ASL, secondo i raggruppamenti seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ASL = 201: 01,02,03,13,14,15</li> <li>- Se ASL = 202: 04,05,06,07,08,09</li> <li>- Se ASL = 203: 10,11,12</li> </ul>

### 2.1.3 PROFESSIONE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
CondizioneProfessionale	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Condizione professionale al momento del ricovero</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se TIPOLOGIA ≠ 2</p> <p><b>Dominio:</b> 1=Occupato, 2=Disoccupato, 3=In cerca di prima occupazione, 4=Studente, 5=Casalinga, 6=Ritirato dal lavoro/Inabile</p>
Posizione	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Posizione ricoperta nella professione</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se CONDIZIONE PROFESSIONALE = 1</p> <p><b>Dominio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 = Imprenditore/Libero professionista</li> <li>2 = Altro lavoratore autonomo</li> <li>3 = Lavoratore dipendente= Dirigente/Direttivo</li> <li>4 = Lavoratore dipendente, impiegato</li> <li>5 = Lavoratore dipendente, operaio</li> <li>6 = Lavoratore dipendente-altro (apprendista, lav. a domicilio, etc.)</li> </ul> <p><b>Congruità:</b> Controllo se CONDIZIONE PROFESSIONALE = 1</p>
RamoAttivitaEconomica	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Ramo di attività economica</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se CONDIZIONE PROFESSIONALE = 1</p> <p><b>Dominio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 = Agricoltura, caccia e pesca</li> <li>2 = Industria</li> <li>3 = Commercio, pubblici servizi e alberghiero</li> <li>4 = Pubblica amministrazione</li> <li>5 = Altri servizi privati</li> </ul> <p><b>Congruità:</b> Controllo se CONDIZIONE PROFESSIONALE = 1</p>

## 2.1.4 MOBILITÀ INTERNAZIONALE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
TipologiaAttestato	A	2	<p><b>Descrizione:</b> Tipologia attestato di diritto  <b>Formato:</b> AA  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> IT, UE, AE, TP, XT, SA, EN, S1, S2</p> <p><b>Note di compilazione:</b>  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)</p>
CodiceCassaIstituzioneEsteraCompetente	AN	10	<p><b>Descrizione:</b> Codice cassa istituzione estera competente  <b>Formato:</b> ANx10  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se TIPOLOGIA ATTESTATO ≠ TP, SA, EN  <b>Note di compilazione:</b> Per gli attestati TEAM/EHIC va inserito il campo 7 riportato sulla tessera</p>
SiglaPaeseIstituzioneEsteraCompetente	A	3	<p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se TIPOLOGIA ATTESTATO ≠ TP, SA, EN  <b>Formato:</b> [A]AA  <b>Validità:</b> Corrispondenza codici nazioni secondo standard ISO 3166-1 Alpha2 o Alpha3</p>

CodiceQualificaBeneficiario	N	2	<b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO <b>Formato:</b> [N]N <b>Dominio:</b> 1 = Lavoratore Subordinato 2 = Lavoratore Autonomo 9 = Lavoratore Frontaliero(Subordinato) 10 = Lavoratore Frontaliero(Autonomo) 11 = Lavoratore Disoccupato 12 = Pensionato
CodiceAttestato	AN	5	<b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Formato:</b> ANx5 <b>Dominio:</b> 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
DataInizioValidita	D	8	<b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Formato:</b> YYYYMMDD
DataFineValidita	D	8	<b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Formato:</b> YYYYMMDD
NumeroTessera	AN	20	<b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se TIPOLOGIA ATTESTATO ≠ TP, SA, EN
IdentificativoUtente	AN	20	<b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se TIPOLOGIA ATTESTATO ≠ TP, SA, EN

## 2.2 ACCETTAZIONE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
CodiceNosograficoRegionale	N	11	<p><b>Descrizione:</b> Codice nosografico generato a livello regionale durante l'invocazione dei servizi di integrazione ADT</p> <p><b>Formato:</b> Nx11</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO</p> <p><b>Validità:</b> Quando inserito, il codice nosografico verrà controllato con i codici nosografici precedentemente generati tramite i servizi di integrazione ADT</p>
ProgressivoRicovero	N	6	<p><b>Descrizione:</b> Numero progressivo di ricovero assegnato dall'ospedale corrispondente al numero identificativo della cartella clinica</p> <p><b>Formato:</b> NNNNNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 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.</p> <p><b>Validità:</b> Il progressivo di ricovero dovrà essere univoco per anno di ricovero per singolo istituto</p>
StrutturaIRC (Sez.2.2.1)	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sull'Istituto di ricovero</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p>

Tipologia	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Tipologia dell'assistenza</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b></p> <p>1=Acuti 2=Neonati 3=Esiti di gravidanza 4=Lungodegenza</p> <p><b>Congruità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per TIPOLOGIA = 1 o 3 la specialità di ricovero individuata nei primi due caratteri del campo REPARTO AMMISSIONE(sez.2.2.1) deve essere diversa dai valori: 28, 56, 75, 60 e 31</li> <li>- Per TIPOLOGIA = 2 il REGIME di ricovero deve essere necessariamente ordinario, ossia valorizzato a 1.</li> <li>- Per TIPOLOGIA = 2 il campo TITOLO DI STUDIO(Sez.2.1) deve essere valorizzato con il codice 0</li> <li>- Per TIPOLOGIA = 2 il campo STATO CIVILE deve essere valorizzato con il codice 1</li> <li>- Per TIPOLOGIA = 2 il campo MODALITA', PROFESSIONE e PROVENIENZA non devono essere valorizzati</li> <li>- Per TIPOLOGIA = 4 dovranno essere valorizzati REGIME = 1 e MODALITA = 1 ed inoltre le specialità di ricovero e dimissione, primi due caratteri dei campi REPARTO AMMISSIONE(sez.2.2.1) e REPARTO DIMISSIONE(sez.2.4.1) = 60</li> </ul>
Data	D	8	<p><b>Descrizione:</b> Data di ricovero nell'istituto</p> <p><b>Formato:</b> YYYYMMDD</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p>
Ora	H	5	<p><b>Descrizione:</b> Ora di accettazione nel reparto di ammissione</p> <p><b>Formato:</b> HH:MI</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p>

Modalita	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Indica la modalità di ricovero</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO per TIPOLOGIA ≠ 2</p> <p><b>Dominio:</b></p> <p>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</p> <p><b>Congruità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se MODALITÀ = 1, 4, 6, 7 allora CODICE di PROVENIENZA(sez.2.2.3) ≠6 e ≠ 9.</li> <li>- Se MODALITÀ = 2 o 3 allora CODICE di PROVENIENZA(sez.2.2.3) ≠4.</li> <li>- Se MODALITÀ = 2 o 5 allora REGIME = 1</li> </ul>
DataPrenotazione	D	8	<p><b>Descrizione:</b> Indica la 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.</p> <p><b>Formato:</b> YYYYMMDD</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO per ONERE DEGENZA ≠ 3 e ≠,4 e REGIME = 2 o 4 e per ONERE DEGENZA ≠ 3 e ≠ 4 REGIME = 1 e MODALITA = 1,4, 6, 7</p> <p><b>Congruità:</b> DATA PRENOTAZIONE ≤ DATA ACCETTAZIONE</p>
ClassePriorita	A	1	<p><b>Descrizione:</b></p> <p><b>Formato:</b> A</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO per ONERE DEGENZA ≠ 3 e ≠,4 e REGIME = 2 o 4 e per ONERE DEGENZA ≠ 3 e ≠,4 REGIME = 1 e MODALITA = 1,4, 6, 7</p> <p><b>Dominio:</b></p> <p>A = Ricovero entro 30 giorni  B = Ricovero entro 60 giorni  C = Ricovero entro 180 giorni  D = Senza attesa massima definita</p>

CausaEsterna	AN	5	<p><b>Descrizione:</b> Causa esterna  <b>Formato:</b> "E"+NNNN  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO per REGIME = 1 e almeno un codice diagnosi di dimissione (campi <i>Codice Sez.2.3.1.1</i> e <i>Codice Sez.2.3.1.2.1</i>) compreso negli intervalli 800-904 o 910-995.89 e la specialità di ricovero individuata nei primi due caratteri del campo REPARTO AMMISSIONE(sez.2.2.1) ≠ 60</p> <p><b>Congruità:</b> REGIME = 1 e almeno un codice diagnosi di dimissione (campi <i>Codice Sez.2.3.1.1</i> e <i>Codice Sez.2.3.1.2.1</i>) compreso negli intervalli 800-904 o 910-995.89</p>
DiagnosiAmmissione (Sez.2.2.2)	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sulla diagnosi al momento dell'ammissione  <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Inserire le diagnosi presenti al momento dell'ammissione, preesistenti al ricovero, pur se rilevate o diagnosticate in momenti successivi</p>
Provenienza (Sez.2.2.3)	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sulla provenienza dell'assistito  <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO per TIPOLOGIA(Sez.2.2) ≠ 2</p>
MotivoDH	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Motivo del day-hospital  <b>Formato:</b> N  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO per REGIME =2 o 4</p> <p><b>Dominio:</b>  1 = Terapeutico  2 = Diagnostico  3 = Chirurgico</p> <p><b>Congruità:</b> REGIME = 2 o 4</p>

Trauma	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Codice trauma</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO per REGIME = 1 e almeno un codice diagnosi di dimissione (campi <i>Codice</i> Sez.2.3.1.1 e <i>Codice</i> Sez.2.3.1.2.1) compreso negli intervalli 800-904 o 910-995.89</p> <p><b>Dominio:</b></p> <p>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</p> <p><b>Congruità:</b></p> <p>REGIME = 1 e almeno un codice diagnosi di dimissione (campi <i>Codice</i> Sez.2.3.1.1 e <i>Codice</i> Sez.2.3.1.2.1) compreso negli intervalli 800-904 o 910-995.89 e la specialità di ricovero individuata nei primi due caratteri del campo REPARTO AMMISSIONE(sez.2.2.1) ≠ 60</p>
RicoveroMadre (Sez.2.2.4)	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sul ricovero della madre per le SDO relative a neonati</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO per TIPOLOGIA =2</p> <p><b>Congruità:</b> TIPOLOGIA = 2</p>
Regime	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Regime di ricovero</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b></p> <p>1 = Ordinario  2 = Day Hospital  3 = Ospedalizzazione domiciliare  4 = Day-surgery con pernottamento</p>

			<p><b>Congruità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per REGIME = 2, 3 o 4 MODALITA' ≠ da 2(Urgente)</li> <li>- Per REGIME = 2 o 4 i primi due caratteri dei campi REPARTO AMMISSIONE (Sez. 2.2.1) e REPARTO DIMISSIONE (Sez. 2.4.1) devono essere uguali tra loro e ≠ da: 49, 50, 51, 60, 73, 28, 56, 75, 31</li> </ul> <p><b>Note di compilazione:</b> 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</p>
OnereDegenza	AN	1	<p><b>Descrizione:</b> Onere della degenza  <b>Formato:</b> Un carattere alfanumerico  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b>  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)  <b>Validità:</b> per ONERE=5 l'Istituto di ricovero non deve essere una Casa di Cura</p>

## 2.2.1 STRUTTURA IRC

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
CodificaIRC	N	6	<p><b>Descrizione:</b> Codice dell'istituto di ricovero  <b>Formato:</b> NNNNNN  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> Codici previsti nel modello HSP11</p> <p><b>Validità:</b> Controllo della presenza nella tabella di riferimento e dello stato di attività alla data di ricovero</p>
Stabilimento	N	2	<p><b>Descrizione:</b> Codice dello stabilimento  <b>Formato:</b> NN  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> "00" e Codici previsti nel modello HSP11 bis</p> <p><b>Validità:</b> Controllo della presenza nella tabella di riferimento e dello stato di attività alla data di ricovero</p> <p><b>Note di compilazione:</b> 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.</p>
RepartoAmmissioneHSP12	N	4	<p><b>Descrizione:</b> Codice della specialità e del reparto di ammissione  <b>Formato:</b> NNNN  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> Il campo deve essere valorizzato con i codici ministeriali previsti dai modelli HSP12 e HSP13</p>

			<p><b>Validità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per le strutture pubbliche: controllo esistenza codice specialità e reparto su tabelle di riferimento alla data di ricovero</li> <li>• Per le strutture private: controllo di esistenza del solo codice di specialità su tabelle di riferimento alla data di ricovero</li> </ul> <p><b>Congruità:</b> Se la specialità di ammissione (primi due caratteri del campo) è uguale a 31 allora TIPOLOGIA (Sez. 2.2) = 2</p> <p><b>Note di compilazione:</b></p> <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"> <li>- Per le strutture pubbliche ed equiparate i codici specialità e reparto fanno riferimento ai dati del modello HSP12.</li> <li>- 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</li> </ul>
--	--	--	---

## 2.2.2 DIAGNOSI AMMISSIONE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Principale (Sez. 2.2.2.1)	C	1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente la diagnosi principale presente al momento dell'ammissione <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
Secondarie (Sez. 2.2.2.2)	C	0..n	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le diagnosi secondarie presenti al momento dell'ammissione <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO

### 2.2.2.1 PRINCIPALE

CAMPO	TIPO CAMPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Codice	AN	5	<b>Descrizione:</b> Codice della diagnosi principale presente al momento dell'ammissione <b>Formato:</b> NNNNN <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Validità:</b> Deve appartenere all'elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio

### 2.2.2.2 SECONDARIE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Codice	AN	5	<b>Descrizione:</b> Codice della diagnosi secondaria presente al momento dell'ammissione <b>Formato:</b> NNNNN <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Validità:</b> Deve appartenere all'elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio

## 2.2.3 PROVENIENZA

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Codice	AN	1	<p><b>Descrizione:</b> Provenienza del paziente</p> <p><b>Formato:</b> AN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b></p> <p>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</p> <p>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>
StrutturaIRC (Sez. 2.2.3.1)	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni della struttura di provenienza del paziente</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se CODICE PROVENIENZA = 5 o 9</p>
NumeroPS	N	6	<p><b>Descrizione:</b> Numero progressivo di accesso in pronto soccorso dello stesso istituto</p> <p><b>Formato:</b> NNNNNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se CODICE PROVENIENZA = 6</p> <p><b>Congruità:</b> Congruo con CODICE PROVENIENZA = 6</p>

### 2.2.3.1 STRUTTURA IRC

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
CodificaIRC	N	6	<p><b>Descrizione:</b> Codice dell'istituto di ricovero  <b>Formato:</b> NNNNNN  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 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"</p> <p><b>Validità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per gli IRC della Regione Lazio (primi 3 caratteri di CodiceIRC = 120) controllo della presenza nella tabella di riferimento</li> <li>• Per gli IRC di regioni diverse della Regione Lazio (primi 3 caratteri di CodiceIRC ≠ 120) verifica della validità di CODICE REGIONE</li> </ul>
Stabilimento	N	2	<p><b>Descrizione:</b> Codice dello stabilimento  <b>Formato:</b> NN  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> "00" e Codici previsti nel modello HSP11 bis</p> <p><b>Validità:</b> Per i poli ospedalieri controllo dell'esistenza del codice stabilimento nell'anagrafica degli istituti. Il controllo è escluso per CodificaIRC (sez.2.2.3.1) = CODICE REGIONE (dove codice regione ≠120) + "000".</p> <p><b>Note di compilazione:</b> 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.</p>

## 2.2.4 RICOVERO MADRE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
ProgressivoRicovero	AN	6	<p><b>Descrizione:</b> Numero progressivo di ricovero della cartella clinica assegnato dall'ospedale alla madre del bambino.</p> <p><b>Formato:</b> NNNNNN o "NR" + NNNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> Numerico progressivo, dove inferiore a sei caratteri dovrà essere completato riempiendo a sinistra i caratteri mancanti con "0" fino al raggiungimento della lunghezza stabilita. In caso di madre che non riconosce il figlio i primi due caratteri vengono sostituiti con la stringa "NR" e a seguire, i 4 caratteri restanti, vengono popolati con un progressivo creato ad hoc per questi casi.</p>
AnnoRicovero	N	4	<p><b>Descrizione:</b> Anno di ricovero della madre</p> <p><b>Formato:</b> NNNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p>

## 2.3 DEGENZA

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Diagnosi (Sez. 2.3.1)	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le diagnosi al momento della dimissione</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Diagnosi alla dimissione</p>
ProcedureAccessi (Sez. 2.3.2)	C	0..1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le procedure</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO</p>
Trasferimenti (Sez. 2.3.3)	C	0..1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sui trasferimenti interni e esterni (in service) effettuati nel corso della degenza</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO</p>
Farmaci (Sez. 2.3.4)	C	0..1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente i farmaci chemioterapici somministrati nei DH per chemioterapia</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO</p> <p><b>Congruità:</b> La sezione dovrà essere presente solo se REGIME(sez.2.2)=2 e almeno un CODICE DI PROCEDURA uguale a 99.25</p>
Gravidanza (Sez. 2.3.5)	C	0..1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sugli esiti di gravidanza</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se TIPOLOGIA(sez.2.2) = 3</p>

## 2.3.1 DIAGNOSI

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Principale (Sez. 2.3.1.1)	C	1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente la diagnosi principale alla dimissione <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
Secondarie (Sez. 2.3.1.2)	C	0..1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le diagnosi secondarie alla dimissione <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO

### 2.3.1.1 PRINCIPALE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Codice	AN	5	<b>Descrizione:</b> Codice della diagnosi principale presente al momento della dimissione <b>Formato:</b> Alfanumerico di 5 caratteri <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Validità:</b> Deve appartenere all'elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio <b>Congruità:</b> Il campo <i>Tipologia</i> (Sez.2.2) deve essere uguale a 3 se si verifica almeno uno nei seguenti casi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Per <i>Codice</i> che assume valori nell'intervallo 640xy-649xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2</li> <li>2. Per <i>Codice</i> che assume valore 650</li> <li>3. Per <i>Codice</i> che assume valori nell'intervallo 651xy-676xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2</li> <li>4. Per <i>Codice</i> che assume valore v27x</li> </ol>

PresenteAmmissione	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Indica la presenza all'ammissione della diagnosi</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b>  0 = No  1 = Si  2 = Documentazione insufficiente a determinare se la condizione era presente all'ammissione  3 = Non applicabile</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Fare riferimento all'allegato A</p>
Lateralita	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Specifica il lato del corpo od organo a cui si riferisce la diagnosi</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b>  1 = Destra  2 = Sinistra  3 = Bilaterale  4 = Non applicabile</p>
StadiazioneCondensata	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Indica lo stadio di neoplasia maligna</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO in presenza di uno dei codici ICD-9-CM compreso negli intervalli 140.0-190.9 o 193-199.1 nel CODICE DIAGNOSI PRINCIPALE (campo Codice sez.2.3.1.1)</p> <p><b>Dominio:</b>  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</p>

### 2.3.1.2 SECONDARIE

NOME CAMPO	TIPO CAMPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
DiagnosiSecondaria	C	1..n	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le diagnosi secondarie alla dimissione <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIA almeno una diagnosi secondaria se presente la sezione SECONDARIE(sez.2.3.1)

#### 2.3.1.2.1 DIAGNOSI SECONDARIA

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Ordine	N	2	<b>Descrizione:</b> Codice numerico progressivo che identifica l'ordine di compilazione <b>Formato:</b> [N]N  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
Codice	AN	5	<b>Descrizione:</b> Codice della diagnosi secondaria presente al momento della dimissione <b>Formato:</b> Alfanumerico di 5 caratteri  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO

			<p><b>Validità:</b> Deve appartenere all'elenco delle diagnosi attualmente in vigore nella Regione Lazio</p> <p><b>Congruità:</b> Il campo <i>Tipologia</i>(Sez.2.2) deve essere uguale a 3 se si verifica almeno uno nei seguenti casi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Per <i>Codice</i> che assume valori nell'intervallo 640xy-649xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2</li> <li>2. Per <i>Codice</i> che assume valore 650</li> <li>3. Per <i>Codice</i> che assume valori nell'intervallo 651xy-676xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2</li> <li>4. Per <i>Codice</i> che assume valore v27x</li> </ol>
PresenteAmmissione	N	1	<p><b>Descrizione:</b></p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 0 = No 1 = Si 2 = Documentazione insufficiente a determinare se la condizione era presente all'ammissione 3 = Non applicabile</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Fare riferimento all'allegato A</p>
Lateralita	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Specifica il lato del corpo od organo a cui si riferisce la diagnosi</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 1=Destra, 2=Sinistra, 3=Bilaterale, 4=Non applicabile</p>
StadiazioneCondensata	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Indica lo stadio di neoplasia maligna</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO in presenza di uno dei codici ICD-9-CM compreso negli intervalli 140.0-190.9 o 193-199.1 nel CODICE DIAGNOSI (campo Codice sez.2.3.1.2.1)</p>

			<p><b>Dominio:</b></p> <p>1 = Tumore localizzato, confinato all'organo di origine</p> <p>2 = Infiltrazione locale extraorgano</p> <p>3 = Metastasi ai linfonodi regionali</p> <p>4 = Infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali</p> <p>5 = Metastasi a distanza</p> <p>6 = Metastasi ai linfonodi non regionali</p> <p>7 = Non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è (2, 3, 4, 5, 6)</p> <p>8 = Nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è (1, 2, 3, 4)</p> <p>9 = Ignoto</p>
--	--	--	---

### 2.3.2 PROCEDURE ACCESSI

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Principale (Sez. 2.3.2.1)	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente la procedura principale</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO</p>
Secondarie (Sez. 2.3.2.2)	C	0..1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le procedure secondarie</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO</p> <p><b>Congruità:</b> Presenza della sezione PRINCIPALE</p>

### 2.3.2.1 PRINCIPALE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Codice	AN	4	<p><b>Descrizione:</b> Codice della procedura principale  <b>Formato:</b> Alfanumerico di 4 caratteri  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Validità:</b> Deve appartenere all'elenco delle procedure attualmente in vigore nella Regione Lazio</p>
Lateralita	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Specifica il lato del corpo od organo a cui si riferisce la procedura  <b>Formato:</b> N  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b>            1 = Destra, 2 = Sinistra, 3 = Bilaterale, 4 = Non applicabile</p>
Data	D	8	<p><b>Descrizione:</b> Data in cui è stato eseguito l'intervento principale  <b>Formato:</b> YYYYMMDD  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Congruità:</b></p> <p><i>Controllo congruità con Data Accettazione(Sez.2.2):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i casi in cui è prevista l'obbligatorietà della compilazione del campo <i>Ora</i> (vedi controllo <b>Obbligatorietà</b> del campo <i>Ora</i>):           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per <i>Codice Prestazione</i> che assume uno dei valori: 0066, 3606, 3607, 39.72, 39.74:                Data Prestazione + Ora Prestazione &gt;= Data Accettazione(Sez.2.2) + Ora accettazione(Sez.2.2) - <b>24h</b></li> <li>• Altrimenti per <i>Modalità</i>(Sez.2.2) = 4 o 7:                Data Prestazione &gt;= Data Accettazione(Sez.2.2) - <b>30gg</b></li> <li>• Per tutti gli altri casi:                Data Prestazione + Ora Prestazione &gt;= Data Accettazione(Sez.2.2) + Ora accettazione(Sez.2.2)</li> </ul> </li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i casi in cui non è prevista l'obbligatorietà del campo <i>Ora</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per <i>Modalità</i>(Sez.2.2) = 4 o 7: Data Prestazione &gt;= Data Accettazione(Sez.2.2) - <b>30gg</b></li> <li>• Per tutti gli altri casi: Data Prestazione &gt;= Data Accettazione(Sez.2.2)</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Controllo congruità con Data Dimissione(Sez.2.2):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per <i>TipoDimissione</i> (Sez.2.4) che assume uno dei valori: 6, 8 Data Prestazione &lt;= Data Dimissione(Sez.2.4) + <b>30gg</b></li> <li>• Per <i>Codice Prestazione</i> che assume uno dei valori: 8991, 8992, 8993, 8994, 8995, 8996, 8997, 8999: Data Prestazione &lt;= Data Dimissione(Sez.2.4) + <b>2gg</b></li> <li>• <i>Per tutti gli altri casi:</i> Data Prestazione &lt;= Data Dimissione(Sez.2.4)</li> </ul>
Ora	H	5	<p><b>Descrizione:</b> Ora di inizio dell'intervento principale  <b>Formato:</b> HH:MI  <b>Obbligatorietà:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OBBLIGATORIO se CODICE PROCEDURA PRINCIPALE è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ o assume uno dei valori: 3606, 3607</li> <li>- OBBLIGATORIO in presenza di almeno una diagnosi che assume i valori: 430, 431, 432, 433.x1, 434.x1, 436 e se CODICE PROCEDURA PRINCIPALE assume i valori: 87.03, 88.91, 88.93, 88.96 e 88.97</li> </ul> <p><b>Note di compilazione:</b> ORA definita come:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Momento chirurgico che inizia con l'incisione (Circolare MS 900.2/2.7   117 del 14/3/1996).</li> <li>- Momento di infissione dell'ago (cardiologia ed interventistica vascolare ed extravascolare)</li> <li>- Momento del primo gonfiaggio del palloncino (PTCA)</li> <li>- Momento di introduzione dello strumento endoscopico (endoscopie digestive, urologiche, pneumologiche)</li> </ul>

Esterno	N	1	<p><b>Descrizione:</b> 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</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 0=No, 1=In Service, 2=Equipe esterna</p> <p><b>Congruità:</b> Se = 2 deve esistere un Trasferimento(Sez2.3.3.1) avente valorizzati i campi INSERVICE=2 e Data di trasferimento = Data esecuzione intervento</p>
IdAnestesista	AN	16	<p><b>Descrizione:</b> Codice fiscale dell'anestesista dell'intervento principale</p> <p><b>Formato:</b> Fare riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO</p>
CheckListSO	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se CODICE INTERVENTO PRINCIPALE è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ</p> <p><b>Dominio:</b> 0 = No 1 = Si 9 = Non applicabile (per intervento non eseguito in sala operatoria)</p>
Chirurgo (Sez.2.3.2.1.1)	C	0..3	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sui chirurghi responsabili dell'intervento principale</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se CODICE INTERVENTO PRINCIPALE è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ</p>

### 2.3.2.1.1 CHIRURGO

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Ordine	N	1	<b>Descrizione:</b> Numero d'ordine <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
Chirurgo	AN	16	<b>Descrizione:</b> Codice fiscale del chirurgo <b>Formato:</b> Fare riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO

### 2.3.2.2 SECONDARIE

MOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
ProceduraSecondaria (Sez. 2.3.2.2.1)	C	1..n	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente la procedura secondaria <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO

2.3.2.2.1 PROCEDURA SECONDARIA

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
Ordine	N	2	<p><b>Descrizione:</b> Codice numerico che identifica l'ordine di esecuzione dell'intervento</p> <p><b>Formato:</b> [N]N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p>
Codice	AN	4	<p><b>Descrizione:</b> Codice della procedura secondaria</p> <p><b>Formato:</b> Alfanumerico di 4 caratteri</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Validità:</b> Deve appartenere all'elenco delle procedure attualmente in vigore nella Regione Lazio</p>
Lateralita	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Specifica il lato del corpo od organo a cui si riferisce la procedura</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 1 = Destra, 2 = Sinistra, 3 = Bilaterale, 4 = Non applicabile</p>
Data	D	8	<p><b>Descrizione:</b> Data in cui è stato eseguito l'intervento secondario</p> <p><b>Formato:</b> YYYYMMDD</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Congruità:</b></p> <p><i>Controllo congruità con Data Accettazione(Sez.2.2):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i casi in cui è prevista l'obbligatorietà della compilazione del campo <i>Ora</i> (vedi controllo <b>Obbligatorietà</b> del campo <i>Ora</i>): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per <i>Codice Prestazione</i> che assume uno dei valori: 0066, 3606, 3607, 39.72, 39.74: Data Prestazione + Ora Prestazione &gt;= Data Accettazione(Sez.2.2) + Ora accettazione(Sez.2.2) - <b>24h</b></li> </ul> </li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>Altrimenti per <i>Modalità</i>(Sez.2.2) = 4 o 7: Data Prestazione &gt;= Data Accettazione(Sez.2.2) - <b>30gg</b></li> <li>Per tutti gli altri casi: Data Prestazione + Ora Prestazione &gt;= Data Accettazione(Sez.2.2) + Ora accettazione(Sez.2.2)</li> </ul> <p>- Per i casi in cui non è prevista l'obbligatorietà del campo <i>Ora</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Per <i>Modalità</i>(Sez.2.2) = 4 o 7: Data Prestazione &gt;= Data Accettazione(Sez.2.2) - <b>30gg</b></li> <li>Per tutti gli altri casi: Data Prestazione &gt;= Data Accettazione(Sez.2.2)</li> </ul> <p><i>Controllo congruità con Data Dimissione(Sez.2.2):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Per <i>TipoDimissione</i> (Sez.2.4) che assume uno dei valori: 6, 8 Data Prestazione &lt;= Data Dimissione(Sez.2.4) + <b>30gg</b></li> <li>Per <i>Codice Prestazione</i> che assume uno dei valori: 8991, 8992, 8993, 8994, 8995, 8996, 8997, 8999: Data Prestazione &lt;= Data Dimissione(Sez.2.4) + <b>2gg</b></li> <li>Per tutti gli altri casi: Data Prestazione &lt;= Data Dimissione(Sez.2.4)</li> </ul>
Ora	H	5	<p><b>Descrizione:</b> Ora di inizio dell'intervento secondario  <b>Formato:</b> HH:MI  <b>Obbligatorietà:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>OBBLIGATORIO se CODICE PROCEDURA SECONDARIA è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ o assume uno dei valori: 3606, 3607</li> <li>OBBLIGATORIO in presenza di almeno una diagnosi che assume i valori: 430, 431, 432, 433.x1, 434.x1, 436 e se CODICE PROCEDURA SECONDARIA assume i valori: 87.03, 88.91, 88.93, 88.96 e 88.97</li> </ul>

			<p><b>Note di compilazione:</b> ORA definita come:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Momento chirurgico che inizia con l'incisione (Circolare MS 900.2/2.7   117 del 14/3/1996).</li> <li>- Momento di infissione dell'ago (cardiologia ed interventistica vascolare ed extravascolare)</li> <li>- Momento del primo gonfiaggio del palloncino (PTCA)</li> <li>- Momento di introduzione dello strumento endoscopico (endoscopie digestive, urologiche, pneumologiche)</li> </ul>
Esterno	N	1	<p><b>Descrizione:</b> 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</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 0=No, 1=In Service, 2=Equipe esterna</p> <p><b>Congruità:</b> Se = 2 deve esistere un Trasferimento(Sez 2.3.3.1) avente valorizzati i campi INSERVICE=2 e Data di trasferimento = Data esecuzione intervento</p>
IdAnestesista	AN	16	<p><b>Descrizione:</b> Codice fiscale o codice identificativo dell'anestesista dell'intervento secondario</p> <p><b>Formato:</b></p> <p>Fare riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO</p>
CheckListSO	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Indica se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se CODICE INTERVENTO SECONDARIO è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ</p> <p><b>Dominio:</b></p> <p>0 = No</p> <p>1 = Si</p> <p>9 = Non applicabile (per intervento non eseguito in sala operatoria)</p>
Chirurgo (Sez.2.3.2.2.1.1)	C	0..3	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sui chirurghi responsabili dell'intervento secondario</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se CODICE INTERVENTO SECONDARIO è un codice appartenente alla classificazione 4 AHRQ</p>

### 2.3.2.2.1.1 CHIRURGO

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Ordine	N	1	<b>Descrizione:</b> Numero d'ordine <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
Chirurgo	AN	16	<b>Descrizione:</b> Codice fiscale del chirurgo <b>Formato:</b> In caso di codice fiscale si fa riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO

### 2.3.3 TRASFERIMENTI

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Trasferimento (Sez. 2.3.3.1)	C	1..n	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sui trasferimenti <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO

### 2.3.3.1 TRASFERIMENTO

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Ordine	N	2	<b>Descrizione:</b> Ordine temporale e progressivo del trasferimento <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
Data	D	8	<b>Descrizione:</b> Data di trasferimento <b>Formato:</b> YYYYMMDD <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Congruità:</b> DATA TRASFERIMENTO ≥ DATA ACCETTAZIONE(sez.2.2) e DATA TRASFERIMENTO ≤ DATA DIMISSIONE(sez.2.4)
Ora	H	5	<b>Descrizione:</b> Ora di trasferimento <b>Formato:</b> HH:MI <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
StrutturaIRC (sez. 2.3.3.1.1)	C	1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sulla destinazione del trasferimento <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO

2.3.3.1.1 STRUTTURA IRC

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
CodificaIRC	N	6	<p><b>Descrizione:</b> Codice dell'istituto di trasferimento, o in caso di INSERVICE=2 dell'istituto di provenienza dell'equipe esterna</p> <p><b>Formato:</b> NNNNNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se IN SERVICE = 1 o IN SERVICE = 2</p> <p><b>Dominio:</b> Codici previsti nel modello HSP11</p> <p><b>Validità:</b> Controllo della presenza nella tabella di riferimento e dello stato di attività alla data di trasferimento</p>
Stabilimento	N	2	<p><b>Descrizione:</b> Codice dello stabilimento di trasferimento, o in caso di INSERVICE=2 dello stabilimento dell'istituto di provenienza dell'equipe esterna</p> <p><b>Formato:</b> NN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se IN SERVICE = 1, OBBLIGATORIO se IN SERVICE = 0 e sono presenti trasferimenti tra stabilimenti dello stesso polo, OBBLIGATORIO se IN SERVICE = 2</p> <p><b>Dominio:</b> "00" e Codici previsti nel modello HSP11 bis</p> <p><b>Validità:</b> Controllo della presenza nella tabella di riferimento e dello stato di attività alla data di trasferimento</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Se l'istituto di cura si compone di un'unica sede utilizzare il codice "00", altrimenti inserire il numero dello stabilimento.</p>
RepartoHSP12	N	4	<p><b>Descrizione:</b> Codice della specialità e del reparto di trasferimento interno</p> <p><b>Formato:</b> NNNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se IN SERVICE = 0</p> <p><b>Dominio:</b> Il campo deve essere valorizzato con i codici ministeriali previsti dai modelli HSP12 e HSP13</p> <p><b>Validità:</b></p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per le strutture pubbliche: controllo esistenza codice specialità e reparto su tabelle di riferimento alla data di trasferimento</li> <li>• Per le strutture private: controllo di esistenza del solo codice di specialità su tabelle di riferimento alla data di trasferimento</li> </ul> <p><b>Note di compilazione:</b>  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"> <li>- Per le strutture pubbliche ed equiparate i codici di specialità clinica e reparto fanno riferimento ai dati del modello HSP12.</li> <li>- 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</li> </ul>
InService	N	1	<p><b>Descrizione:</b> 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</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 0=No, 1=In Service, 2=Equipe esterna</p> <p><b>Congruità:</b>  Se IN SERVICE = 0 Codifica IRC e Stabilimento non devono essere codificati  In caso di trasferimenti interni (stabilimenti dello stesso polo) codificare esclusivamente il campo stabilimento  Se IN SERVICE = 1 Reparto HSP12 non deve essere codificato  Se IN SERVICE = 2 Deve esistere una procedura (Principale o Secondaria) con il campo "Esterno"=2 e <i>Data di esecuzione = Data di trasferimento</i></p>

## 2.3.4 FARMACI

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
Farmaco (Sez. 2.3.4.1)	C	1..n	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sul farmaco somministrato <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO

### 2.3.4.1 FARMACO

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
CodiceAic	AN	9	<b>Descrizione:</b> Codice AIC farmaco somministrato per chemioterapia <b>Formato:</b> ANx9 <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
UnitaPosologiche	N	3	<b>Descrizione:</b> Unità posologiche somministrate <b>Formato:</b> [NN]N <b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO
CostoUnitaPosologiche	N	12	<b>Descrizione:</b> Prezzo di acquisto del farmaco in euro, al netto dell'IVA, riportato alle unità posologiche consumate <b>Formato:</b> [NNNNNNNN]N,NN <b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO

## 2.3.5 GRAVIDANZA

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE / OCC	CONTROLLI
StoriaOstetrica (Sez. 2.3.5.1)	C	1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sulla storia ostetrica <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
GravidanzaAttuale (Sez.2.3.5.2)	C	1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sulla gravidanza in corso <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
Parto (Sez.2.3.5.3)	C	0..1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sul parto <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se almeno uno tra Codice Diagnosi Principale ( <i>Codice sez.2.3.1.1</i> ) o Codice Diagnosi Secondaria ( <i>Codice sez.2.3.1.2.1</i> ) assume uno dei valori definiti di seguito: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valori nell'intervallo 640xy-649xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2</li> <li>2. Valorizzato con codice 650</li> <li>3. Valori nell'intervallo 651xy-676xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2</li> <li>4. Valorizzato con codice v27x</li> </ol> <b>Congruità:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutuamente esclusivo con la sezione INTERRUZIONE GRAVIDANZA</li> <li>• Se la sezione <i>Parto</i> è presente allora almeno uno tra Codice Diagnosi Principale (<i>Codice sez.2.3.1.1</i>) o Codice Diagnosi Secondaria (<i>Codice sez.2.3.1.2.1</i>) deve assumere uno dei valori definiti di seguito:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valori nell'intervallo 640xy-649xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2</li> <li>2. Valorizzato con codice 650</li> <li>3. Valori nell'intervallo 651xy-676xy avendo la quinta cifra "y" uguale a 1 o 2</li> <li>4. Valorizzato con codice v27x</li> </ol> </li> </ul>

InterruzioneGravidanza (Sez.2.3.5.4)	C	0..1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sulla interruzione di gravidanza <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se almeno uno tra Codice Diagnosi Principale ( <i>Codice sez.2.3.1.1</i> ) o Codice Diagnosi Secondaria ( <i>Codice sez.2.3.1.2.1</i> ) assume il valore 635xx e NON i valori V641, V642, V643  <b>Congruità:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutuamente esclusivo con la sezione PARTO</li> </ul>
---	---	------	--

### 2.3.5.1 STORIA OSTETRICA

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
DataUltimoParto	D	8	<b>Descrizione:</b> Data dell'ultimo parto <b>Formato:</b> YYYYMMDD <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se PARTI PRECEDENTI > 0
TotaleGravidanzePrecedenti	N	2	<b>Descrizione:</b> Numero gravidanze precedenti <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Congruità:</b> TOTALE GRAVIDANZE PRECEDENTI = ABORTI SPONTANEI PRECEDENTI + IVG PRECEDENTI + PARTI PRECEDENTI
NumeroTagliCesariPrecedenti	N	2	<b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..99

NumeroAbortiSpontaneiPrecedenti	N	2	<b>Descrizione:</b> Numero di aborti spontanei precedenti <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..99
NumeroIVGPrecedenti	N	2	<b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..99
NumeroPartiRecedenti	N	2	<b>Descrizione:</b> Numero di parti precedenti <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..99  <b>Congruità:</b> PARTI PRECEDENTI = NUMERO NATI VIVI + NUM NATI MORTI
NumeroNatiVivi	N	2	<b>Descrizione:</b> Numero dei nati vivi parti precedenti <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..99
NumeroNatiMorti	N	2	<b>Descrizione:</b> Numero dei nati morti parti precedenti <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..99

### 2.3.5.2 GRAVIDANZA ATTUALE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
DataUltimaMestruazione	D	8	<b>Descrizione:</b> Data ultima mestruazione <b>Formato:</b> YYYYMMDD <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
SettimanaEtaGestazionale	N	2	<b>Descrizione:</b> Settimane di gestazione compiute <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1..45
SettimanaPrimaVisita	N	2	<b>Descrizione:</b> <b>Settimana di prima visita</b> <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1..45
AccertamentiSocialistici	N	1	<b>Descrizione:</b> Tipo di accertamento specialistico <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1 = Nessuno 2 = Amniocentesi 3 = Villi coriali 4 = Altro
NumeroEcografie	N	1	<b>Descrizione:</b> Numero totale di ecografie effettuate nell'arco della gravidanza <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..9, se maggiori di 9 indicare 9

ProcreazioneAssistita	N	1	<b>Descrizione:</b> Metodo di procreazione assistita utilizzato <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 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 Falloppio, 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
-----------------------	---	---	--

### 2.3.5.3 PARTO

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
NumeroNati	N	2	<b>Descrizione:</b> <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Note di compilazione:</b> Numero dei nati sia vivi che morti
Padre (Sez.2.3.5.3.1)	C	0..1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente i dati del padre <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO
Monitoraggio	N	1	<b>Descrizione:</b> Tipo di monitoraggio <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO

			<b>Dominio:</b> 1 = Nessuno 2 = Auscultazione intermittente 3 = Mon. Cardiotocografico
AnestesiaParto	N	1	<b>Descrizione:</b> Tipo di anestesia somministrata <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1 = Nessuna 2 = Anestesia generale 3 = Anestesia locale 4 = Peridurale/Spinale
Neonati (Sez.2.3.5.3.2)	C	1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenenti le informazioni sui neonati <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
PresenzaOstetrica	N	1	<b>Descrizione:</b> Presenza ostetrica in sala parto <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si
PresenzaGinecologo	N	1	<b>Descrizione:</b> Presenza ginecologo in sala parto <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si

PresenzaPedNeo	N	1	<b>Descrizione:</b> Presenza pediatra o neonatologo in sala parto <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si
PresenzaAnestesista	N	1	<b>Descrizione:</b> Presenza anestesista in sala parto <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si
PresenzaAltroSan	N	1	<b>Descrizione:</b> Presenza di altro personale sanitario in sala parto <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si
PresenzaSalaParto	N	1	<b>Descrizione:</b> Presenza familiari/persona di fiducia in sala parto <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0 = Nessuno 1 = Padre Neonato 2 = Altra persona di famiglia della partoriente 3 = Altra persona di fiducia della partoriente
ModalitaTravaglio	N	1	<b>Descrizione:</b> <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0 = Senza travaglio 1 = Travaglio spontaneo 2 = Travaglio indotto con metodo farmacologico 3 = Travaglio indotto con amnioressi

ModalitaParto	N	1	<b>Descrizione:</b> Modalità del parto <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 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
---------------	---	---	--

#### 2.3.5.3.1 PADRE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
Cognome	A	80	<b>Descrizione:</b> Cognome del padre <b>Formato:</b> Caratteri alfabetici; La lunghezza minima consentita è di due caratteri <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
Nome	A	80	<b>Descrizione:</b> Nome del padre <b>Formato:</b> Caratteri alfabetici; La lunghezza minima consentita è di due caratteri <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
DataNascita	D	8	<b>Descrizione:</b> Data di nascita del padre <b>Formato:</b> YYYYMMDD <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO

CodiceFiscale	AN	20	<p><b>Descrizione:</b> Codice identificativo del padre</p> <p><b>Formato:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i codici fiscali si fa riferimento al DM 23/12/1976 e a tutte le casistiche descritte</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- Per i codici dei richiedenti protezione internazionale 11 caratteri numerici</li> <li>-</li> </ul> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p>
ComuneResidenza	N	6	<p><b>Descrizione:</b> Comune di residenza del padre al momento del ricovero</p> <p><b>Formato:</b> NNNNNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i comuni italiani il campo dovrà essere valorizzato con il codice a sei cifre delle unità territoriali italiane, come definito dall'ISTAT.</li> <li>- Per gli stati esteri, il campo dovrà essere valorizzato concatenando la stringa "999" con il codice delle unità territoriali estere come definito dall'ISTAT.</li> <li>-</li> </ul> <p><b>Validità:</b> Verifica dell'esistenza del codice ISTAT con i codici comune o con i codici degli stati esteri attivi al momento del ricovero.</p>
Cittadinanza	N	3	<p><b>Descrizione:</b> Cittadinanza del padre al momento del ricovero</p> <p><b>Formato:</b> NNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> Codice delle unità territoriali estere come definito dall'ISTAT. Per cittadinanza italiana inserire 100</p>
TitoloStudio	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Titolo di studio del padre al momento del parto</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Dominio:</b></p> <p>0 = Nessun titolo</p> <p>1 = Licenza elementare</p>

			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
Professione (Sez.2.3.5.3.1.1)	C	1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni riguardo la condizione professionale del padre <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO

#### 2.3.5.3.1.1 PROFESSIONE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
CondizioneProfessionale	N	1	<b>Descrizione:</b> Condizione professionale al momento del ricovero <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1=Occupato, 2=Disoccupato, 3=In cerca di prima occupazione, 4=Studente, 5=Casalinga, 6=Ritirato dal lavoro/Inabile
Posizione	N	1	<b>Descrizione:</b> Posizione ricoperta nella professione <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se CONDIZIONE PROFESSIONALE = 1 <b>Dominio:</b> 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.) <b>Congruità:</b> Controllo se CONDIZIONE PROFESSIONALE = 1

RamoAttivitaEconomica	N	1	<b>Descrizione:</b> Ramo di attività economica <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se CONDIZIONE PROFESSIONALE = 1 <b>Dominio:</b> 1 = Agricoltura, caccia e pesca 2 = Industria 3 = Commercio, pubblici servizi e alberghiero 4 = Pubblica amministrazione 5 = Altri servizi privati <b>Congruità:</b> Controllo se CONDIZIONE PROFESSIONALE = 1
-----------------------	---	---	--

#### 2.3.5.3.2 NEONATI

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
Neonato (Sez. 2.3.5.3.2.1)	C	1..n	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sul neonato e la sua nascita <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Congruità:</b> Le occorrenze di questa sezione devono corrispondere al campo NUMERO NATI della sezione 2.3.5.3

#### 2.3.5.3.2.1 NEONATO

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
Data	D	8	<b>Descrizione:</b> Data di nascita del neonato <b>Formato:</b> YYYYMMDD <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Congruità:</b> DATA ≥ DATA ACCETTAZIONE(sez.2.2) e DATA ≤ DATA DIMISSIONE(sez.2.4)

Ora	H	5	<b>Descrizione:</b> Ora di nascita del neonato <b>Formato:</b> HH:MI <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
Ordine	N	2	<b>Descrizione:</b> Ordine di nascita in caso di parti plurimi <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1..99 <b>Congruità:</b> ORDINE ≤ NUMERO NATI(sez. 2.3.5.3 ) e ORDINE univoco all'interno dell'intera sezione NEONATI
RiconoscimentoLegale	N	1	<b>Descrizione:</b> Riconoscimento legale <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1 = Legittimo 2 = Riconosciuto da entrambi i genitori 3 = Riconosciuto da uno solo dei genitori 4 = Non riconosciuto
PresentazioneFeto	N	1	<b>Descrizione:</b> Presentazione del feto al momento del parto <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se VITALITA = 1 o 3 <b>Dominio:</b> 1=Vertice, 2=Podice, 3=Spalla, 4=Faccia, 5=Fronte, 6=Bregma, 7=Altre
GenitaliEsterni	N	1	<b>Descrizione:</b> Genitali esterni <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se VITALITA = 1 o 3 <b>Dominio:</b> 1=Maschili, 2=Femminili, 3=Non definiti
PesoNascita	N	4	<b>Descrizione:</b> Peso alla nascita in grammi <b>Formato:</b> [N]NNN <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se VITALITA = 1 o 3 <b>Dominio:</b> 000..9999

Lunghezza	N	2	<b>Descrizione:</b> Lunghezza del neonato in cm <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se VITALITA = 1 o 3 <b>Dominio:</b> 0..99
CirconferenzaCranica	N	2	<b>Descrizione:</b> Circonferenza cranica in cm <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se VITALITA = 1 o 3 <b>Dominio:</b> 0..99
Vitalita	N	1	<b>Descrizione:</b> Stato vitale alla nascita <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1=Vivo, 2=Morto, 3=Morto in travaglio
Rianimazione	N	1	<b>Descrizione:</b> <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO solo se VITALITA = 1 <b>Dominio:</b> 1=Nessuna, 2=Ossigeno, 3=Intubato
APGAR	N	2	<b>Descrizione:</b> Punteggio di vitalità alla nascita <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO solo se VITALITA = 1 <b>Dominio:</b> 0..10
MalformazioneNascita	N	1	<b>Descrizione:</b> Presenza di malformazioni alla nascita <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se VITALITA = 1 o 3 <b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si
PelleAPelle	N	1	<b>Descrizione:</b> Contatto pelle a pelle con la mamma subito dopo il parto <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO solo se VITALITA = 1 <b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si

EmoPostPartum	N	1	<b>Descrizione:</b> Emorragia post partum maggiore di 1000ml <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si
---------------	---	---	--

#### 2.3.5.4 INTERRUZIONE GRAVIDANZA

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
DataIntervento	D	8	<b>Descrizione:</b> Data di intervento di interruzione o prima somministrazione del farmaco <b>Formato:</b> YYYYMMDD <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se TipoIntervento ≠ 9 <b>Congruità:</b> DATA INTERVENTO ≥ DATA ACCETTAZIONE(sez.2.2) e DATA INTERVENTO ≤ DATA DIMISSIONE(sez.2.4)
TipoIntervento	N	1	<b>Descrizione:</b> Tipologia di intervento <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1 = Raschiamento 2 = Karman 3 = Altra Isterosuzione 4 = Solo Mifepristone 5 = Mifepristone Prostaglandina 6 = Solo Prostaglandina 7 = Altro 9 = Nessuno

Tipointerruzione	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Tipo interruzione</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 1=Aborto spontaneo, 2=Interruzione volontaria</p> <p><b>Congruità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se Tipointerruzione (Sez. 2.3.5.4) = 2 allora Codice Diagnosi Principale (<i>Codice sez.2.3.1.1</i>) o Codice Diagnosi Secondaria (<i>Codice sez.2.3.1.2.1</i>) = 635 e ≠ V641, V642, V643</li> </ul>
Complicazioni	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Complicazioni sopraggiunte durante il ricovero</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 0=Nessuna, 1=Emorragia, 2=Infezione, 3=Altro, 5=Mancato o incompleto aborto seguito da intervento chirurgico</p>
AnestesiaInterruzione	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Anestesia durante l'intervento</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 1=Nessuna, 2=Anestesia generale, 3=Anestesia locale, 4=Peridurale/Spinale , 5=Sedazione Profonda</p>
IVG (Sez.2.3.5.4.1)	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sulla interruzione volontaria</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se TIPO INTERRUZIONE = 2</p> <p><b>Congruità:</b> Mutuamente esclusivo con la sezione ABORTO SPONTANEO</p>
AbortoSpontaneo (Sez.2.3.5.4.2)	C	1	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni sull'aborto spontaneo</p> <p><b>Formato:</b> Tipo di dato complesso</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se TIPO INTERRUZIONE = 1</p> <p><b>Congruità:</b> Mutuamente esclusivo con la sezione IVG</p>

## 2.3.5.4.1 IVG

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
Urgenza	N	1	<b>Descrizione:</b> Urgenza dell'intervento <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 1=Urgente, 2=Non urgente
EnteCertificante	N	1	<b>Descrizione:</b> Ente certificante <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 1 = Consultorio 2 = Medico 3 = Servizio Ost-Gin 4 = Altra struttura 5 = Mancante per pericolo di vita
DataCertificazione	D	8	<b>Descrizione:</b> Data di rilascio della certificazione <b>Formato:</b> YYYYMMDD <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
CondizioniParticolari	N	1	<b>Descrizione:</b> Condizioni particolari <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> NON OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1 = Grave pericolo di vita per la donna 2 = Anomalie – Malformazioni fetali

AssensoMinore	N	1	<b>Descrizione:</b> Assenso minore <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se (DATA INTERVENTO – DATA NASCITA) < 18 anni  <b>Dominio:</b> 1 = Genitori 2 = Giudice tutelare 3 = Mancante per urgenza 4 = Mancante per pericolo di vita
---------------	---	---	--

#### 2.3.5.4.2 ABORTO SPONTANEO

NOME CAMPO	TIPO CAMPO	LIMITE/OCC	CONTROLLI
Causa	N	2	<b>Descrizione:</b> Codice della causa di aborto come indicato nel modello D11 dell'ISTAT <b>Formato:</b> NN <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 01..36
TecnicheRiproduttive	N	1	<b>Descrizione:</b> Tecnica di procreazione medico-assistita (PMA) <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0 = Nessuna 1 = Trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione 2 = IUI (Inseminazione intrauterina) 3 = GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) 4 = FIVET (Fertilitation in Vitro and Embryo Transfer) 5 = ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection); 6 = Altro (specificare)

## 2.4 DIMISSIONE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
Data	D	8	<b>Descrizione:</b> Data di dimissione del paziente <b>Formato:</b> YYYYMMDD <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Congruità:</b> DATA ≥ ACCETTAZIONE.DATA
Ora	H	5	<b>Descrizione:</b> Ora di dimissione del paziente <b>Formato:</b> HH:MI <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
Dolore	N	1	<b>Descrizione:</b> Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si
StrutturaIRC (Sez.2.4.1)	C	1	<b>Descrizione:</b> 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 <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO

TipoDimissione	AN	1	<p><b>Descrizione:</b> Tipologia di dimissione  <b>Formato:</b> Alfanumerico di un carattere  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b>  0 = Domicilio  1 = Dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (es. residenze socio-residenziali, hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex. Art.26 L.833/1978)  2 = Trasferimento ad altro Istituto di cura, pubblico o privato, per acuti  3 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione o lungodegenza medica  4 = Volontario  5 = Decesso  6 = Dimissione protetta  7 = Dimissione presso lo stesso IRC ad altro regime o altra tipologia dell'assistenza  8 = Dimissione a domicilio in attesa di completamento dell'iter diagnostico  9 = Dimissione a domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare  A = Lungodegenti presenti al 31/12</p>
RiscontroAutoptico	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Riscontro autoptico  <b>Formato:</b> N  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se TIPO DIMISSIONE = 5  <b>Dominio:</b>  1=Effettuato  2= Non effettuato</p> <p><b>Congruità:</b> Se 1 allora TIPO DIMISSIONE = 5</p>
NumeroAccessiDH	N	4	<p><b>Descrizione:</b> Numero di accessi in Day-hospital  <b>Formato:</b> [NNN]N  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se REGIME(sez.2.2) = 2, 3 o 4  <b>Dominio:</b> 1..9999  <b>Congruità:</b> Se valorizzato verificare che REGIME(sez.2.2) = 2, 3 o 4</p>

<p>Esiti (Sez.2.4.2)</p>	<p>C</p>	<p>0..1</p>	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente i dati relativi agli esiti  <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se è verificata una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Almeno una DIAGNOSI assume valore 410.xx</li> <li>- Almeno una PROCEDURA assume valore 36.1x</li> <li>- Almeno una PROCEDURA assume i valori 35.1x o 35.2x</li> <li>- Almeno una DIAGNOSI assume valore 820xx</li> <li>- Almeno una PROCEDURA assume i valori 81.51 o 81.52</li> </ul>
<p>TraumiSeveri (Sez.2.4.3)</p>	<p>C</p>	<p>1</p>	<p><b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente i dati relativi ai traumi severi  <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso  <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se REGIME(sez.2.2) = 1 e esiste almeno una diagnosi con codice tra 800-904 oppure tra 910 e 959.9</p>

## 2.4.1 STRUTTURA IRC

NOME CAMPO	TIPO CAMPO	LIMITE/OCC	CONTROLLI
CodificaIRC	N	6	<p><b>Descrizione:</b> Codice dell'istituto di dimissione o trasferimento</p> <p><b>Formato:</b> NNNNNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO per <i>TipoDimissione</i> ≠ 1</p> <p><b>Dominio:</b> 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"</p> <p><b>Validità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per gli IRC della Regione Lazio (primi 3 caratteri di CodiceIRC = 120) controllo della presenza nella tabella di riferimento</li> <li>• Per gli IRC di regioni diverse della Regione Lazio (primi 3 caratteri di CodiceIRC ≠ 120) verifica della validità di CODICE REGIONE</li> </ul> <p><b>Congruità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per <i>TipoDimissione</i> = 2 o 3 allora <i>CodificaIRC</i> ≠ <i>CodificaIRC</i> di accettazione(Sez.2.2.1)</li> <li>• Per <i>TipoDimissione</i> ≠ 1, 2 o 3 allora <i>CodificaIRC</i> = <i>CodificaIRC</i> di accettazione(Sez.2.2.1)</li> </ul> <p><b>Note di compilazione:</b> Per <i>TipoDimissione</i> = 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"</p>
Stabilimento	N	2	<p><b>Descrizione:</b> Codice dello stabilimento di dimissione o trasferimento</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO per <i>TipoDimissione</i> ≠ 1</p> <p><b>Formato:</b> NN</p> <p><b>Dominio:</b> "00" e Codici previsti nel modello HSP11bis</p> <p><b>Validità:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Per gli IRC della Regione Lazio (primi 3 caratteri di CodiceIRC = 120) controllo della presenza nella tabella di riferimento</li> <li>• Per CODICE REGIONE (primi 3 caratteri di CodiceIRC) ≠120 verifica della valorizzazione a "00"</li> </ul>

			<p><b>Note di compilazione:</b> Se l'istituto di cura si compone di una unica utilizzare il codice "00". Altrimenti inserire il numero dello stabilimento.</p> <p>Per <i>TipoDimissione</i> = 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	N	4	<p><b>Descrizione:</b> Codice della specialità e del reparto di dimissione</p> <p><b>Formato:</b> NNNN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> Il campo deve essere valorizzato con i codici ministeriali previsti dai modelli HSP12 e HSP13</p> <p><b>Congruità:</b> Il codice deve coincidere con il codice <i>RepartoHSP12</i> (Sez.2.3.3.1.1) dell'ultimo trasferimento interno registrato o con il codice <i>RepartoAmmissioneHSP12</i> (Sez.2.2.1) in assenza di trasferimenti interni</p> <p><b>Note di compilazione:</b></p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per le strutture pubbliche ed equiparate i codici disciplina e divisione fanno riferimento ai dati del modello HSP12.</li> <li>- 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</li> </ul>

## 2.4.2 ESITI

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
IMA (Sez.2.4.2.1)	C	0..1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni aggiuntive in caso di infarto acuto del miocardio <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se esiste almeno una DIAGNOSI che assume valore 410.xx <b>Note di Compilazione:</b> Per la codifica fare riferimento alle linee guida per la codifica delle condizioni oggetto del RAD-ESITO
Bypass (Sez.2.4.2.2)	C	0..1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni aggiuntive nei casi di procedura di by-pass <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se esiste almeno una PROCEDURA che assume valore 36.1x <b>Note di Compilazione:</b> Per la codifica fare riferimento alle linee guida per la codifica delle condizioni oggetto del RAD-ESITO
ValvoleCardiache (Sez.2.4.2.3)	C	0..1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni di intervento sulle valvole cardiache <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se esiste almeno una PROCEDURA che assume i valori 35.1x o 35.2x
FratturaFemore (Sez.2.4.2.4)	C	0..1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni in caso di frattura del collo del femore <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se esiste almeno una DIAGNOSI che assume valore 820xx <b>Note di Compilazione:</b> Per la codifica fare riferimento alle linee guida per la codifica delle condizioni oggetto del RAD-ESITO
ProtesiAnca (Sez.2.4.2.5)	C	0..1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni in caso di <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se esiste almeno una PROCEDURA che assume i valori 81.51 o 81.52
ICTUS (Sez.2.4.2.6)	C	0..1	<b>Descrizione:</b> Sezione XML contenente le informazioni in caso di ictus ischemico <b>Formato:</b> Tipo di dato complesso <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se esiste almeno una diagnosi che assume i valori: 433.x1, 434.x1, 436

### 2.4.2.1 IMA

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
PressioneArrivo	N	3	<b>Descrizione:</b> Prima pressione sistolica arteriosa registrata <b>Formato:</b> [NN]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..999 <b>Note di compilazione:</b> 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 SIAS
PressionePreoperatoria	N	3	<b>Descrizione:</b> Pressione sistolica arteriosa più vicina all'intervento chirurgico <b>Formato:</b> [NN]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1..999
Trombolisi	N	1	<b>Descrizione:</b> Somministrazione per via sistemica di agenti trombolitici <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 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
DataInizioSintomi	D	8	<b>Descrizione:</b> Data di inizio sintomi <b>Formato:</b> YYYYMMDD <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO
OrainizioSintomi	H	5	<b>Descrizione:</b> Ora di inizio sintomi <b>Formato:</b> HH:MI <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO

### 2.4.2.2 BYPASS

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
CondizioniPaziente	N	1	<b>Descrizione:</b> Condizioni del paziente <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1 = No emergenza, no shock 2 = No emergenza, shock 3 = Emergenza, no shock 4 = Emergenza, shock
FrazioneEiezione	N	2	<b>Descrizione:</b> 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 <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 0..99
CreatininaPreoperatoria	N	5	<b>Descrizione:</b> 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 <b>Formato:</b> [N]N,NN <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0,00..99,99

### 2.4.2.3 VALVOLE CARDIACHE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
StenosiAortica	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Restringimento della valvola aortica che causa ostruzione al flusso sanguigno con conseguente ipertrofia della parete cardiaca</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si</p>
InsufficienzaAortica	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Incontinenza della valvola aortica che causa un flusso retrogrado dall'aorta al ventricolo sinistro durante la diastole</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si</p>
StenosiMitrale	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Restringimento della valvola mitrale, o mitralica, del cuore con conseguente compromissione del regolare flusso sanguigno tra atrio sinistro e ventricolo sinistro</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si</p>
InsufficienzaMitrale	N	1	<p><b>Descrizione:</b> 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</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO</p> <p><b>Dominio:</b> 0=No, 1=Si</p>

AreaValvolareAorticaPreoperatoria	N	4	<b>Descrizione:</b> Area dell'orifizio aortico calcolata per valutare la gravità della stenosi aortica; Unità di misura cm <sup>2</sup> <b>Formato:</b> [N]N,N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0,0..99,9 <b>Note di compilazione:</b> In caso di non applicabilità codificare con il valore 99,9
CreatininaPreoperatoria	N	5	<b>Descrizione:</b> Valore di creatinina misurata nel sangue immediatamente prima dell'intervento; Unità di misura mg/dl <b>Formato:</b> [N]N,NN <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0,00..99,99 <b>Note di compilazione:</b> In caso di non applicabilità codificare con il valore 99,99
GradienteMedioTransaorticoPreoperatorio	N	2	<b>Descrizione:</b> Valore medio del gradiente pressorio tra ventricolo sinistro ed aorta ascendente nella fase sistolica misurato immediatamente prima dell'intervento; Unità di misura mmHg <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..99 <b>Note di compilazione:</b> In caso di non applicabilità codificare con il valore 99
AreaValvolareMitraticaPreoperatoria	N	4	<b>Descrizione:</b> Area dell'orifizio mitralico misurato immediatamente prima dell'intervento; Unità di misura cm <sup>2</sup> <b>Formato:</b> [N]N,N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0,0..99,9 <b>Note di compilazione:</b> In caso di non applicabilità codificare con il valore 99,9
GradienteMedioTransmitralicoPreoperatorio	N	2	<b>Descrizione:</b> Valore medio del gradiente pressorio tra atrio sinistro e ventricolo sinistro nella fase diastolica misurato immediatamente prima dell'intervento; Unità di misura mmHg <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..99 <b>Note di compilazione:</b> In caso di non applicabilità codificare con il valore 99

FrazioneEiezioneVentricolare	N	2	<b>Descrizione:</b> Frazione o porzione di sangue che il cuore pompa (espelle) dal ventricolo sinistro misurato immediatamente prima dell'intervento; Unità di misura % <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..99 <b>Note di compilazione:</b> In caso di non applicabilità codificare con il valore 99
STSScore	N	2	<b>Descrizione:</b> Misura standardizzata del rischio di mortalità e morbosità dopo chirurgia cardiaca valutata immediatamente prima dell'intervento <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..99 <b>Note di compilazione:</b> In caso di non applicabilità codificare con il valore 99
TipolIntervento	N	1	<b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 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

#### 2.4.2.4 FRATTURA FEMORE

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
INR	N	3	<b>Descrizione:</b> International Normalised Ratio al momento del primo accesso dell'ospedale di ricovero <b>Formato:</b> N,N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0,0..9,9
CreatininaPreoperatoria	N	5	<b>Descrizione:</b> Indica il valore preoperatorio della creatinina rilevato nel tempo più vicino possibile all'intervento <b>Formato:</b> [N]N,NN <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 0,00..99,99
CreatininaArrivo	N	5	<b>Descrizione:</b> Indica il valore della creatinina rilevato all'arrivo <b>Formato:</b> [N]N,NN <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 0,00..99,99

#### 2.4.2.5 PROTESI ANCA

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
INR	N	3	<b>Descrizione:</b> International Normalised Ratio al momento del primo accesso dell'ospedale di ricovero <b>Formato:</b> N,N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 0,0..9,9
CreatininaPreOperatoria	N	5	<b>Descrizione:</b> Indica il valore preoperatorio della creatinina rilevato nel tempo più vicino possibile all'intervento <b>Formato:</b> [N]N,NN <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO  <b>Dominio:</b> 0,00..99,99

### 2.4.2.6 ICTUS

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC.	CONTROLLI
Trombolisi	N	1	<b>Descrizione:</b> Somministrazione per via sistemica di agenti trombolitici <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1 = Non eseguita 2 = Eseguita in altro PS 3 = Eseguita nel PS dell'ospedale di ricovero 4 = Eseguita in reparto dopo il ricovero
PunteggioNIHSSAmmissione	N	2	<b>Descrizione:</b> <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..42
PunteggioNIHSSDimissione	N	2	<b>Descrizione:</b> <b>Formato:</b> [N]N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se <i>TipoDimissione(Sez.2.4) ≠ 5</i> <b>Dominio:</b> 0..42
MRankingScalePrimaRicovero	N	1	<b>Descrizione:</b> <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 0..6
MRankingScaleDimissione	N	1	<b>Descrizione:</b> <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se <i>TipoDimissione(Sez.2.4) ≠ 5</i> <b>Dominio:</b> 0..6

### 2.4.3 TRAUMI SEVERI

NOME CAMPO	TIPO	LIMITE/ OCC	CONTROLLI
GravitaLesionePrincipale	N	1	<b>Descrizione:</b> Punteggio di gravità della lesione traumatica principale <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO <b>Dominio:</b> 1, 2, 3, 4, 5, 6 <b>Note di compilazione:</b> Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B
GravitaLesioniSecondarie	N	1	<b>Descrizione:</b> Punteggio di gravità della lesione traumatica secondaria <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 <b>Dominio:</b> 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 <b>Note di compilazione:</b> Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B
GravitaLesioneTestaCollo	N	1	<b>Descrizione:</b> Punteggio di gravità della lesione traumatica <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE >= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE >= 3 <b>Dominio:</b> 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 <b>Note di compilazione:</b> Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B
GravitaLesioneFaccia	N	1	<b>Descrizione:</b> Punteggio di gravità della lesione traumatica <b>Formato:</b> N <b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE >= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE >= 3 <b>Dominio:</b> 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 <b>Note di compilazione:</b> Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B

GravitaLesioneTorace	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Punteggio di gravità della lesione traumatica</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3</p> <p><b>Dominio:</b> 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B</p>
GravitaLesioneAddome	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Punteggio di gravità della lesione traumatica</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3</p> <p><b>Dominio:</b> 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B</p>
GravitaLesionePelviArti	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Punteggio di gravità della lesione traumatica</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3</p> <p><b>Dominio:</b> 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B</p>
GravitaLesioneEsterna	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Punteggio di gravità della lesione traumatica</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3</p> <p><b>Dominio:</b> 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Per l'attribuzione del punteggio di gravità fare riferimento all'allegato B</p>
PressioneArtSist	N	3	<p><b>Descrizione:</b> 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</p> <p><b>Formato:</b> [NN]N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0..999</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Utilizzare la codifica "999" per indicare che l'informazione non è nota</p>

FreqRespiratoria	N	2	<p><b>Descrizione:</b> 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</p> <p><b>Formato:</b> [N]N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0..99</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Utilizzare la codifica "99" per indicare che l'informazione non è nota</p>
GlasgowComaScale	N	2	<p><b>Descrizione:</b> 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</p> <p><b>Formato:</b> [N]N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 3..15, 99</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Utilizzare la codifica "99" per indicare che l'informazione non è nota</p>
DeficitBasiArterioso	N	5	<p><b>Descrizione:</b> 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</p> <p><b>Formato:</b> [±N]N,N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> -99,9..99,9</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Utilizzare la codifica "99,9" per indicare che l'informazione non è nota</p>
Lattati	N	4	<p><b>Descrizione:</b> 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</p> <p><b>Formato:</b> [N]N,N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0,0..99,9</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Utilizzare la codifica "99,9" per indicare che l'informazione non è nota</p>

INR	N	3	<p><b>Descrizione:</b> Primo valore di INR riportato in cartella clinica al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso</p> <p><b>Formato:</b> N,N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0,0..9,9</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Utilizzare la codifica "9,9" per indicare che l'informazione non è nota</p>
Fibrinogeno	N	3	<p><b>Descrizione:</b> Primo valore di Fibrinogeno riportato in cartella clinica al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso</p> <p><b>Formato:</b> [NN]N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0..999</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Utilizzare la codifica "999" per indicare che l'informazione non è nota</p>
PFRatio	N	3	<p><b>Descrizione:</b> 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</p> <p><b>Formato:</b> [NN]N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0..999</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Utilizzare la codifica "999" per indicare che l'informazione non è nota</p>
GlasgowOutcomeScale	N	2	<p><b>Descrizione:</b> Primo valore di Glasgow Outcome Scale riportato in cartella clinica al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso</p> <p><b>Formato:</b> NN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>01 = Deceduto</li> <li>02 = Stato Vegetativo</li> <li>03 = Disabilità Severa</li> <li>04 = Disabilità moderata</li> <li>05 = Buon Recupero</li> <li>09 = Non nota</li> </ul>

ProcedDmgCtrlToraceEseguita	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Procedura Damage Control Torace eseguita nelle prime 24h</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0 - Non eseguita, 1 – Eseguita, 9 – Non nota</p>
ProcedDmgCtrlAddomeEseguita	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Procedura Damage Control Addome eseguita nelle prime 24h</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0 - Non eseguita, 1 - Eseguita, 9 – Non nota</p>
ProcedPackExtraPeritFissEst	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Procedura Packing extraperitoneale e/o Fissazione esterna eseguita nelle prime 24h</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0 - Non eseguita, 1 - Eseguita, 9 – Non nota</p>
ProcedRadiolInterventiEseguita	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Procedura Radiologia interventistica eseguita nelle prime 24h</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0 - Non eseguita, 1 - Eseguita, 9 – Non nota</p>
ProcedCraniotomiaEseguita	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Procedura Craniotomia eseguita nelle prime 24h</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0 - Non eseguita, 1 - Eseguita, 9 – Non nota</p>

ProcedMisPressIntracrEseguita	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Procedura Device per la misurazione della pressione intracranica eseguita nelle prime 24h</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0 - Non eseguita, 1 - Eseguita, 9 – Non nota</p>
ProcedTrattNonOperEseguita	N	1	<p><b>Descrizione:</b> Procedura Trattamento non operativo eseguita nelle prime 24h</p> <p><b>Formato:</b> N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 0 - Non eseguita, 1 - Eseguita, 9 – Non nota</p>
GiorniVentilazMeccanica	N	3	<p><b>Descrizione:</b> Giorni di ventilazione meccanica</p> <p><b>Formato:</b> [NN]N</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> NNN</p> <p><b>Note di compilazione:</b> Utilizzare la codifica “999” per indicare che l’informazione non è nota</p>
CondPrincipaleRespDecesso	N	2	<p><b>Descrizione:</b> Condizione principale responsabile del decesso</p> <p><b>Formato:</b> NN</p> <p><b>Obbligatorietà:</b> OBBLIGATORIO se GRAVITA LESIONE PRINCIPALE &gt;= 4 oppure GRAVITA LESIONE PRINCIPALE = 3 e GRAVITA LESIONE SECONDARIE &gt;= 3 e PROVENIENZA IN 5, 6, 9</p> <p><b>Dominio:</b> 00 = Non Applicabile 01 = Shock Emorragico 02 = Cerebrale 03 = Insufficienza Cardiaca 04 = Insufficienza Respiratoria 05 = Insufficienza multiorgano 06 = Sepsi</p>



### 3. ALLEGATO A

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

#### Definizione del dominio:

0 = No

1 = Sì

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. No è possibile utilizzare la codifica 3 per condizioni non incluse nella lista. Segue l'elenco dei codici:

<b>Codice ICD-9-9CM</b>	<b>Descrizione</b>
137 - 139	POSTUMI DI MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE
268.1	RACHITISMO, POSTUMI
326	POSTUMI DI ASCESSO INTRACRANICO O DI INFEZIONE DA PIOGENI
412	INFARTO MIOCARDICO PREGRESSO
438	POSTUMI DELLE MALATTIE CEREBROVASCOLARI
650	PARTO NORMALE
660.7	APPLICAZIONE FALLITA DI FORCIPE 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 RISCOSE
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	COLLOCAZIONE E SISTEMAZIONE DI PROTESI
V53	COLLOCAZIONE 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 CHLAMYDIE
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

## 4. 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 ( $\leq 2$ 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 (lungh. $> 10$ cm e 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 cin ematoma $\leq 6$ mesi	2
Testa - collo	testa lesione esterna	$\leq 6$ 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 <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup> 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 anteriore lacerazione	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 posteriore lacerazione	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 Carotidea-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, interna 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 (incluse 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 ( $\leq 30$ cc negli adulti a ; spessore $\leq 1$ cm a; minimo, sottile, moderato)	3
Testa - collo	Cervelletto	grande ( $>30$ cc negli adulti b ; spessore $>1$ cm b; massivo; esteso)	5
Testa - collo	Cervelletto	intracerebellare inclusi quelli petecchiali e subcorticali NMS [dimensioni compreso edema perilesionale]	4
Testa - collo	Cervelletto	piccolo ( $\leq 15$ cc; $\leq 3$ cm di diametro)	4
Testa - collo	Cervelletto	grande ( $> 15$ cc; $> 3$ cm di diametro)	5
Testa - collo	Cervelletto	subdurale NMS	3
Testa - collo	Cervelletto	piccolo ( $\leq 30$ cc negli adulti <sup>a</sup> ; spessore $\leq 1$ cm <sup>a</sup> , minimo sottile, moderato)	3
Testa - collo	Cervelletto	grande ( $> 30$ cc negli adulti <sup>b</sup> ; spessore $>1$ cm <sup>b</sup> ; massivo; esteso)	5
Testa - collo	Cervelletto	lacerazione NFS	3
Testa - collo	Cervelletto	$\leq 2$ cm lunghezza e diametro	3
Testa - collo	Cervelletto	lesione penetrante Cerebellare NFS	3
Testa - collo	Cervelletto	lesione penetrante cerebellare $\leq 2$ 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 $<1$ cm di diametro	2
Testa - collo	cervello	piccola (superficiale; $\leq 30$ cc; diametro $\leq 4$ cm c ; scostamento dalla linea mediana $\leq 5$ mm)	3
Testa - collo	cervello	grande (profonda; 30-50cc; diametro $> 4$ cm d ; scostamento dalla linea mediana $>5$ mm)	4
Testa - collo	cervello	estesa (massiva; volume totale $>50$ cc e )	5
Testa - collo	cervello	multiple, dallo stesso lato ma NMS	3
Testa - collo	cervello	contusione cerebrale multipla $<1$ cm di diametro	2
Testa - collo	cervello	piccola (superficiale; volume totale $\leq 30$ cc <sup>c</sup> ; scostamento dalla linea mediana $\leq 5$ mm)	3
Testa - collo	cervello	grande (volume totale 30-50cc <sup>d</sup> ; scostamento dalla linea mediana $> 5$ mm)	4
Testa - collo	cervello	estesa (massiva; volume totale $>50$ cc <sup>e</sup> )	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 $<1$ cm di diametro	2
Testa - collo	cervello	piccola (superficiale; volume totale $\leq 30$ cc)	3
Testa - collo	cervello	grande (volume totale 30-50cc)	4
Testa - collo	cervello	estesa (massiva; volume totale $> 50$ 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 ( $\leq 50$ cc negli adulti, $\leq 25$ cc se di età fino a 10 anni; spessore $\leq 1$ cm; minimo; sottile; moderato)	4
Testa - collo	cervello	ematoma epidurale o extradurale bilaterale	5
Testa - collo	cervello	ematoma epidurale o extradurale grande ( $>50$ cc negli adulti, $>25$ cc se di età fino a 10 anni; spessore $> 1$ cm; massivo, esteso)	5
Testa - collo	cervello	ematoma intracerebrale NMS [dimensione compreso edema intorno]	3
Testa - collo	cervello	ematoma intracerebrale singola o multiplo $<1$ cm di diametro	2
Testa - collo	cervello	ematoma intracerebrale piccolo ( $\leq 30$ cc; diametro $\leq 4$ cm f)	2
Testa - collo	cervello	petecchie emorragiche	2
Testa - collo	cervello	petecchie emorragiche intracerebrali non associate a coma $>6$ 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 $> 6$ h	3
Testa - collo	cervello	ematoma intracerebrale grande ( $> 30$ cc; $> 4$ cm)	5
Testa - collo	cervello	ematoma subdurale NMS	3

Testa - collo	cervello	ematoma cerebrale subdurale <0.6cm	3
Testa - collo	cervello	ematoma subdurale piccolo ( $\leq 50$ cc negli adulti; $\leq 25$ cc se di età fino a 10 anni; spessore $\leq 1$ cm; minimo; sottile; moderato)	4
Testa - collo	cervello	ematoma subdurale bilaterale	4
Testa - collo	cervello	ematoma subdurale grande ( $> 50$ cc negli adulti, $> 25$ cc se di età fino a 10 anni; spessore $> 1$ 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 $>6$ 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 $>6$ h	5
Testa - collo	cervello	emorragia subaracnoidea	3
Testa - collo	cervello	emorragia subpiale	3
Testa - collo	cervello	lacerazione cerebrale $\leq 2$ cm unghezza o diametro	3
Testa - collo	cervello	lacerazione	3
Testa - collo	cervello	lesione penetrante cerebrale	3
Testa - collo	cervello	lesione penetrante cerebrale $\leq 2$ cm	3
Testa - collo	cervello	emorragia subaracnoidea cerebrale NFS	2
Testa - collo	cervello	emorragia subaracnoidea cerebrale non associata a coma $> 6$	2
Testa - collo	cervello	emorragia subpiale cerebrale NFS	2
Testa - collo	cervello	emorragia subpiale cerebrale non associata a coma $> 6$ h	2
Testa - collo	cervello	lesione Ipfisi	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; diastate; lineare)	2
Testa - collo	Lesione ossea	Frattura della Volta comminuta; esposta a (cioè aperta ma con dura intatta); depressa $\leq 2$ 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 $> 2$ cm)	4
Testa - collo	Lesione ossea	Osso 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	bilaterali	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 $\leq$ 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 <sup>2</sup>	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 cm2)	1
Faccia	les. Cutanea	avulsione maggiore (> 25 cm2 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, lacerazione NMS	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	zigomatico	frattura osso zigomatico	1
Faccia	zigomatico	frattura non disassiatata KNI	1
Faccia	zigomatico	frattura disassiatata NFS	1
Faccia	zigomatico	frattura disassiatata arco KN II	1
Faccia	zigomatico	frattura disassiatata del corpo	1
Faccia	zigomatico	frattura disassiatata del corpo KN III	1
Faccia	zigomatico	frattura disassiatata 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 <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> )	1
Torace	parete	avulsione maggiore > di 100 cm <sup>2</sup> 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 succlavia	Arteria succlavia NMS	3
Torace	vasi arteria succlavia	lesione dell'intima, senza interruzione	3

Torace	vasi arteria succlavia	lacerazione (perforazione) NMS	3
Torace	vasi arteria succlavia	lacerazione minore	3
Torace	vasi arteria succlavia	lacerazione maggiore	4
Torace	vasi vena succlavia	Vena succlavia NMS	3
Torace	vasi vena succlavia	lacerazione (perforazione) NMS	3
Torace	vasi vena succlavia	lacerazione minore	3
Torace	vasi vena succlavia	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 intracardiaca, 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/comminuta (≥di 1 costa)	3
Torace	gabbia toracica	frattura aperta/lussata/comminuta 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 $\leq$ 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 <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> )	1
Addome	intera area	avulsione maggiore ( $>$ di 100 cm <sup>2</sup> 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 retroperotoneo 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 stravasato 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	Uretere 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 (profodo)	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 <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup> sulla mano o di 100cm <sup>2</sup> sull' estremità)	1
Arti e Bacino	arto superiore intera area	avulsione maggiore (> di 25 cm <sup>2</sup> sulla mano o 100 cm <sup>2</sup> 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 funzione 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-omeroale) 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	scuoimento solo dita, singole o multiple	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	Scuoimento gamba, polpaccio	2
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	Scuoimento 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 <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup> )	1
Arti e Bacino	arto inferiore intera area	avulsione maggiore (> di 100 cm <sup>2</sup> )	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 (neuroprassia)	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 $\leq$ 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/comminuta	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/comminuta	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura malleolo posteriore	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura aperta/scomposta/comminuta	3
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	fratturadiafisi	2
Arti e Bacino	arto inferiore ossa tibia	frattura aperta/scomposta/comminuta	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/comminuta	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	schacciamento	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	Scuoiamento	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