



Linee guida per la procedura informativa “Scheda di Pronto Soccorso” (SPS)

A cura dell'Osservatorio per la Salute

Versione: ottobre 2011 (aggiornata il 05.06.2019)

(Delibera della G.P. n. 1626 del 24/10/2011)

LINEE GUIDA PER LA PROCEDURA INFORMATIVA “SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO” (SPS)

© Edito dalla:

Provincia Autonoma di Bolzano
Ripartizione Sanità
Osservatorio per la Salute

Copie disponibili presso:

Ripartizione Sanità – Osservatorio per la Salute
Via Canonico Michael Gamper, 1 – 39100 BOLZANO
Tel. 0471 – 41.80.40
e-mail: osservatoriosalute@provincia.bz.it

Scaricabile dal sito internet:

<http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/>

INDICE

INTRODUZIONE	6
PARTE PRIMA	8
CARATTERISTICHE GENERALI DELLA PROCEDURA.....	8
INFORMATIVA “SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO”	8
1. OBIETTIVI DELLA PROCEDURA INFORMATIVA “SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO”	9
2. AMBITO E TERMINI DI APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA INFORMATIVA	9
2.1. AMBITO DI APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA	9
2.2. ENTRATA IN VIGORE DELLA PROCEDURA	10
3. UNITA’ DI RILEVAZIONE	10
4. PERCORSO DEL PAZIENTE CHE ACCEDE AL SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO	10
5. TRIAGE	13
6. APERTURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO (VERBALE DI PRONTO SOCCORSO)	14
7. REGISTRAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	14
8. TIPOLOGIE DI ACCESSO	17
8.1. ACCESSO DI PAZIENTE “INSTABILE”	17
8.2. ACCESSO DI PAZIENTE “STABILE” CHE SI PRESENTA SPONTANEAMENTE (SENZA RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE).....	17
8.2.1. Paziente che viene visitato dal medico di Pronto Soccorso	17
8.2.2. Paziente che viene inviato direttamente agli ambulatori/reparti/servizi	18
8.3. ACCESSO DI PAZIENTE “STABILE” CON RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	19
8.4. ACCESSO PER VISITE DI CONTROLLO E/O PER MEDICAZIONI	19
9. CHIUSURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO	25
10. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET)	25

11. RILEVAZIONE INCIDENTI IN MONTAGNA	26
12. DIAGNOSI DI PRONTO SOCCORSO E O.B.I.	26
13. INTERVENTI DI EMERGENZA.....	26
14. ACCESSI CHE ESITANO IN RICOVERO.....	27
15. ANONIMATO.....	27
16. RISPETTO DELLA PRIVACY	28
17. CONTROLLO DI QUALITA’ DEI DATI ED ASSEGNAZIONE CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO.....	28
18. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO	29
19. CONSERVAZIONE DEI DATI.....	29
20. COMPITI E RESPONSABILITA’	29
PARTE SECONDA	31
CONTENUTI INFORMATIVI DELLA PROCEDURA.....	31
1. LA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO	32
2. DEFINIZIONE E CONTENUTO DELLE VARIABILI.....	33
2.1. ARCHIVIO 1 – DATI ANAGRAFICI	33
2.2. ARCHIVIO 2 – DATI AMMINISTRATIVI	40
2.3. ARCHIVIO 2 – DATI DI TRIAGE	41
2.4 ARCHIVIO 2 – DATI DI ACCESSO.....	41
2.5. ARCHIVIO 2 –DATI INCIDENTI IN MONTAGNA	46
2.6. ARCHIVIO 2 – DATI DIAGNOSTICI E DI ESITO	48
2.7. ARCHIVIO 2 – DATI O.B.I.....	55
ALLEGATI.....	57
ALLEGATO 1: TRACCIATO RECORD PER IL CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI E L’ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO	58
ALLEGATO 2: NATURA DELLA LESIONE- PARTE DEL CORPO COINVOLTA	62
ALLEGATO 3: ELENCO DEI CONTROLLI AUTOMATICI	71
ALLEGATO 4: TRACCIATO INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE...	80

ALLEGATO 5: TABELLA DI TRANSCODIFICA TRA CODICI ESENZIONE TICKET (CD_ESENZ) E POSIZIONE TICKET (POS_TICK).....	85
ALLEGATO 6: TERMINI DI INVIO	90

INTRODUZIONE

A livello nazionale è stato definito un programma di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi di emergenza-urgenza sanitaria. Al fine di garantire una risposta sanitaria tempestiva ed interventi assistenziali efficaci ed efficienti a fronte di situazioni improvvise di rischio per la salute del cittadino, sono state approvate le Linee Guida per l'organizzazione sul territorio nazionale di un vero e proprio "sistema di emergenza sanitaria" per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza da parte del Pronto Soccorso e del 118.

Tenuto conto della complessità gestionale che caratterizza tale sistema di emergenza e anche dell'obiettivo di definire strumenti in grado di poter garantire la disponibilità e lo scambio di informazioni, risulta fondamentale uno sviluppo di un'adeguata rete di informatizzazione.

La procedura informativa è stata definita al fine di raccogliere informazioni sul paziente, sulle prestazioni a cui è stato sottoposto e sulle caratteristiche del servizio di emergenza erogate.

Il presente documento contiene le Linee Guida per la rilevazione degli accessi di Pronto Soccorso, attraverso la procedura informativa della "Scheda di Pronto Soccorso", aggiornate in base al decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito della assistenza sanitaria in emergenza-urgenza", e vanno a sostituire le precedenti (G.P. n. 3642 del 06/10/2008). Rispetto alla versione precedente sono state aggiunte nuove variabili (diagnosi, prestazioni, ecc.) e modificate alcune variabili già esistenti (triade, modalità di arrivo, causa di accesso, esito)

La prima direttiva provinciale per la regolamentazione della procedura informativa per la rilevazione degli accessi di Pronto Soccorso è stata approvata con deliberazione della Giunta provinciale n. 4824 del 18/12/2006 ed è entrata in vigore il 1° febbraio 2007. Nel 2009, le Linee Guida sono state aggiornate in occasione dell'introduzione della nuova forma di assistenza "Osservazione Breve Intensiva" (O.B.I.) prevista con deliberazione della G.P. n. 3642 del 06/10/2008. Nella scheda di Pronto Soccorso vengono registrate le informazioni relative all'accesso, come la diagnosi, le cause di accesso ed alle modalità di accesso, nonché nel caso di incidenti sciistici, la descrizione dell'incidente.

Al fine di avere un quadro del trattamento ricevuto da parte di un utente in Pronto Soccorso è necessario collegare il flusso del Pronto Soccorso (SPS) con il flusso della specialistica ambulatoriale (flusso SPA, deliberato in G.P. del 23/03/1998, n.1071 e successive modifiche) in cui vengono registrate tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale e quindi anche le prestazioni erogate al paziente dal servizio di Pronto Soccorso nell'ambito del medesimo accesso.

Le "Linee guida per la rilevazione delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (118)" definiscono una serie di informazioni che la centrale operativa 118 deve acquisire e gestire durante la missione di soccorso, con l'obiettivo di defini-

re gli strumenti per la valutazione dell’attività assistenziale nei sistemi di emergenza sanitaria territoriale.

Linkando quindi i flussi di 118 e di Specialistica ambulatoriale con quello di Pronto Soccorso, è possibile fornire indicazioni precise su tutto il percorso di assistenza sanitaria in emergenza- urgenza ricevuto da un paziente.

Con le presenti Linee guida si intende fornire ai servizi di Pronto Soccorso tutte le indicazioni necessarie per una corretta ed uniforme trasmissione delle informazioni richieste dall’Assessorato alla Sanità della Provincia Autonoma di Bolzano.

Le linee guida sono articolate in due parti:

- nella prima vengono presentate le caratteristiche generali della procedura “Scheda di Pronto Soccorso”;
- la seconda parte illustra i contenuti informativi della procedura, il tracciato record per la trasmissione dei dati e i controlli di qualità sulle informazioni raccolte.

PARTE PRIMA

Caratteristiche generali della procedura informativa “Scheda di Pronto Soccorso”

1. OBIETTIVI DELLA PROCEDURA INFORMATIVA “SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO”

La procedura informativa “Scheda di Pronto Soccorso (SPS)” costituisce lo strumento ordinario di raccolta di un dataset minimo di informazioni utile per documentare l’assistenza prestata agli utenti che accedono ai servizi di Pronto Soccorso e che successivamente possono essere trattati in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.). I dati raccolti attraverso tale procedura vengono utilizzati a fini conoscitivi e valutativi dei servizi di Pronto Soccorso nell’ambito della programmazione sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.

I dati raccolti sono relativi al seguente set di informazioni legate alle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria di emergenza-urgenza da parte degli ospedali:

- identificazione della struttura erogatrice;
- dati relativi all’accesso ed alla dimissione;
- identificazione dell’assistito;
- dati relativi alle diagnosi ed alle prestazioni erogate;
- dati relativi alla valorizzazione economica dell’accesso.

2. AMBITO E TERMINI DI APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA INFORMATIVA

2.1. AMBITO DI APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA

L’ambito di adozione della “Scheda di Pronto Soccorso” si estende a tutti i Pronto Soccorso presenti negli ospedali pubblici della Provincia di Bolzano:

Comprensorio di Bolzano	► Pronto Soccorso di Bolzano
Comprensorio di Merano	► Pronto Soccorso di Merano
	► Pronto Soccorso di Silandro
Comprensorio di Bressanone	► Pronto Soccorso di Bressanone
	► Pronto Soccorso di Vipiteno
Comprensorio di Brunico	► Pronto Soccorso di Brunico
	► Pronto Soccorso di San Candido

2.2. ENTRATA IN VIGORE DELLA PROCEDURA

La procedura informativa della “Scheda di Pronto Soccorso” è entrata in vigore il 1° febbraio 2007, con il 1° gennaio 2009 è stata integrata con le informazioni relative all’Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) e **dal 1° gennaio 2012** modificata secondo il disciplinare tecnico “*Sistema informativo delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza-urgenza*” contenente le specifiche funzionali dei tracciati 118 e Pronto Soccorso redatte dal Ministero della Salute, in quanto l’invio dei dati al NSIS- Nuovo Sistema Informativo Sanitario è divenuto obbligatorio (DM 17/12/2008).

3. UNITA’ DI RILEVAZIONE

Come indicato nell’atto del Ministero della Sanità del 17 maggio 1996 in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992, i servizi di Pronto Soccorso e di accettazione svolgono:

1. attività di accettazione per i casi elettivi e programmati;
2. attività di accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza;
3. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza differibile;
4. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza indifferibile;
5. attività di accettazione di soggetti in condizioni di emergenza.

La procedura informativa “Scheda di Pronto Soccorso” deve essere compilata per tutti i pazienti ***presi in carico*** dal servizio di Pronto Soccorso.

Costituisce **unità di rilevazione** il singolo utente che accede in Pronto Soccorso e che viene ***preso in carico*** dal servizio, esclusi gli accessi programmati per visite di controllo e/o medicazioni successive al primo accesso.

4. PERCORSO DEL PAZIENTE CHE ACCEDE AL SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO

Il percorso assistenziale di un paziente che accede al servizio di Pronto Soccorso è costituito da tre fasi distinte (figura 1):

FASE DI ACCOGLIENZA/ACCETTAZIONE

Corrisponde all’accesso in Pronto Soccorso del paziente. Questa fase comprende l’accettazione del paziente e la valutazione della sua gravità.

In alcuni servizi è prevista la ***procedura di invio diretto*** del paziente agli ambulatori specialistici o ai reparti senza valutazione da parte del medico di Pronto Soccorso. Tale procedura organizzativa è in genere attivata in situazioni di continuo affollamento del Pronto Soccorso, al fine di erogare una risposta sanitaria tempestiva ed appropriata.

FASE DIAGNOSTICA/TERAPEUTICA

Corrisponde all’analisi della sintomatologia e delle condizioni cliniche del paziente e all’erogazione delle prestazioni necessarie.

In questa fase, una volta preso in carico il paziente, il medico del Pronto Soccorso valuta la necessità di trasferire il paziente in Osservazione Breve Intensiva.

L’O.B.I. si pone come obiettivo l’osservazione longitudinale del paziente in modo da garantire un adeguato approfondimento diagnostico-terapeutico e, quindi, una maggiore sicurezza dell’assistenza erogata in Pronto Soccorso. Essa si configura come un insieme di prestazioni diagnostiche e terapeutiche che hanno come finalità un rapido inquadramento clinico del paziente e presuppone un’alta intensità di cure in termini di impegno di personale ed accertamenti strumentali utilizzati in forma concentrata nel tempo (vedi deliberazione della G.P. n. 3642 del 06/10/2008).

ESITO INTERVENTO

Corrisponde alla fase di dimissione dell’utente dal Pronto Soccorso.

Nel caso in cui il paziente sia trattato in O.B.I., la dimissione dall’O.B.I. coinciderà con la dimissione dal Pronto Soccorso.

PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CHE ACCEDE AL SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO

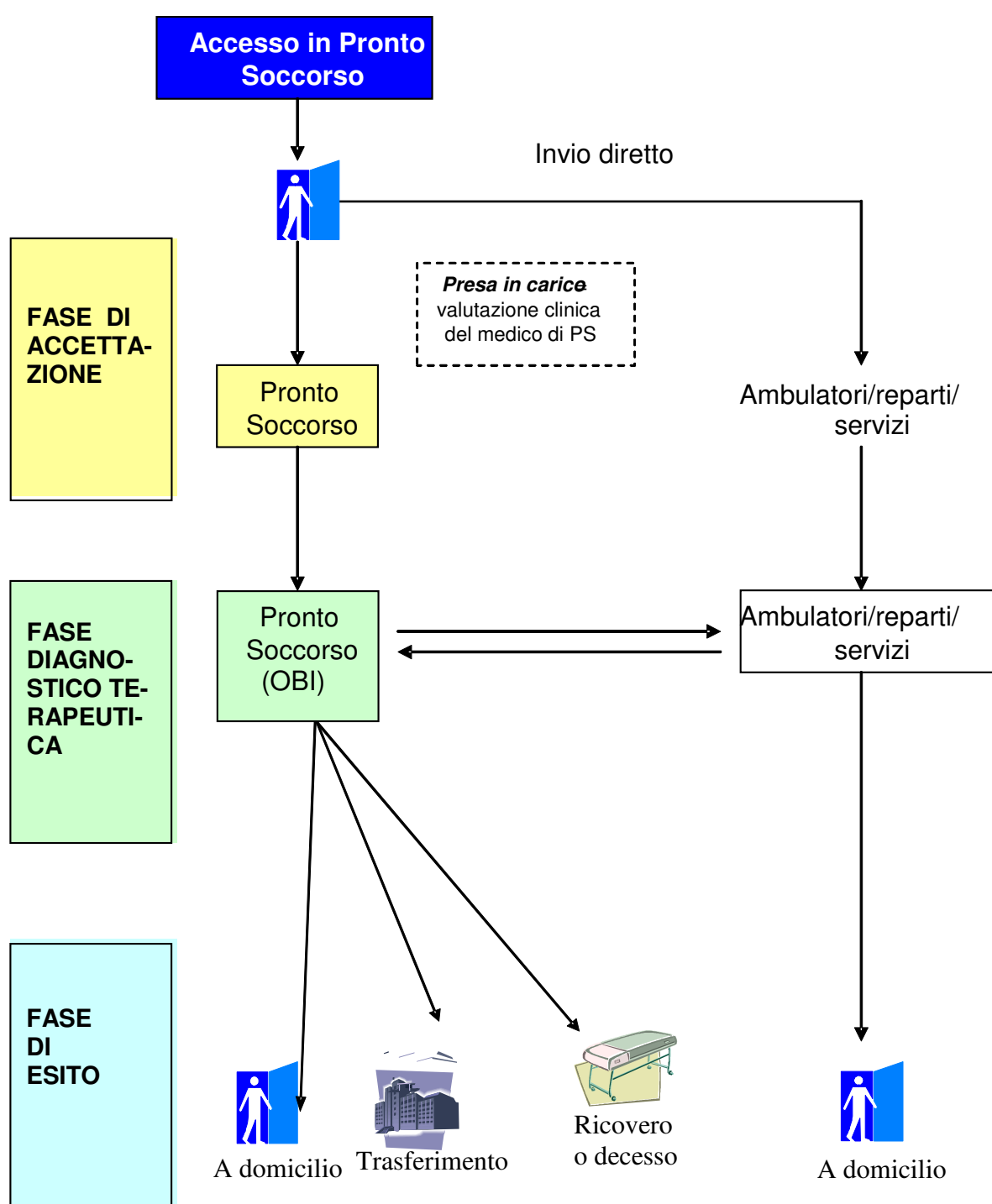


Figura 1

5. TRIAGE

La valutazione degli accessi al Pronto Soccorso attraverso la priorità-gravità attribuita all'accoglienza, rappresenta uno strumento indispensabile per la gestione dei pazienti e per garantire la risposta tempestiva ed adeguata in base alle problematiche cliniche in situazioni in cui possono generarsi lunghe liste di attesa.

Il triage deve avere la funzione di primo momento di accoglienza e di selezione dei pazienti. Deve essere effettuato da personale infermieristico adeguatamente formato al primo contatto con il paziente.

I codici di priorità di intervento assegnati dal Pronto Soccorso a ciascun utente previsti dal Manchester Triage System¹ (MTS) sono così costituiti:

- **“B”** codice blu = definisce uno stato non critico del paziente e prevede un intervento non urgente
- **“V”** codice verde = definisce uno stato poco critico del paziente e prevede un intervento differibile
- **“G”** codice giallo = definisce uno stato mediamente critico e prevede un intervento indifferibile
- **“A”** codice arancione = definisce uno stato critico e prevede un intervento indifferibile
- **“R”** codice rosso = definisce uno stato molto critico e prevede un intervento di emergenza
- **“N”** codice nero = il paziente è deceduto

Se per gli ospedali con più di 25.000 accessi all'anno (ospedali di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico) il modello organizzativo adottato dai rispettivi Servizi di Pronto Soccorso non prevede una vera e propria procedura di triage, per mancanza di risorse (strutturali e/o umane) o perché il personale che opera è in grado di assistere tutti gli utenti senza produrre tempi di attesa, deve essere comunque definito un **codice di gravità del paziente all'accesso** attraverso una valutazione sintetica del paziente da parte di personale sanitario (adeguatamente istruito).

Se gli accessi sono meno di 25.000, ovvero nei casi di Vipiteno, Silandro e San Candido la compilazione del Triage è facoltativa.

¹ A partire dal 01.03.2016, con comunicazione del direttore generale dell'Azienda Sanitaria (lettera del 04.01.2016 prot. 0000256-BZ).

6. APERTURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO (VERBALE DI PRONTO SOCCORSO)

Ogni accesso *non programmato (esclusi accessi per visite di controllo e/o medicazioni)* ai servizi di Pronto Soccorso che determina una valutazione clinica del paziente effettuata dal medico presente in Pronto Soccorso, rappresenta una **"presa in carico"** del paziente da parte del servizio.

- ➡ L'apertura di una "Scheda di Pronto Soccorso" deve avvenire ogni qualvolta si verifichi una presa in carico del paziente da parte del servizio di Pronto Soccorso.
- ➡ *"Aprire una scheda di Pronto Soccorso"* significa redigere un documento clinico firmato dal medico di Pronto Soccorso contenente un minimo dataset standardizzato di informazioni (variabili obbligatorie della "Scheda di Pronto Soccorso") valido per tutti i Pronto Soccorso e con valenza medico legale.

7. REGISTRAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Attualmente, ai fini del calcolo della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del paziente e della compensazione della mobilità interregionale, le prestazioni erogate nell'ambito dello stesso accesso devono essere organizzate per branca specialistica e per impegnativa.

Considerato che una doppia registrazione, oltre a comportare un utilizzo poco efficiente delle risorse, genera errori e difficoltà nella manutenzione e allineamento degli archivi, si rende necessario prevedere, per quanto riguarda le prestazioni, un unico archivio alimentato dal flusso della specialistica e dalle prestazioni erogate ai pazienti che accedono ai servizi di Pronto Soccorso.

Pertanto, la registrazione di tutte le prestazioni erogate al paziente dal servizio di Pronto Soccorso e/o dall'O.B.I. e/o da altri servizi/reparti ospedalieri nell'ambito del medesimo accesso, deve avvenire nell'archivio della specialistica ambulatoriale secondo le linee guida della specialistica (delibera G.P. n. 1071 del 23/03/1998, delibera G.P. n. 1016 del 27/03/2006, delibera G.P. n. 4822 del 15/12/2008 e successive integrazioni).

La procedura informativa "Scheda di Pronto Soccorso" deve, quindi, interfacciarsi con l'archivio della specialistica ambulatoriale in modo da permettere la registrazione delle prestazioni e la successiva archiviazione nel flusso della specialistica, senza dar luogo a duplicazioni delle informazioni. Il collegamento tra i due flussi permette di ricostituire in maniera completa le informazioni dell'accesso. Tale collegamento è possibile attraverso le variabili chiave **"com-prensorio inviante"**, **"istituto"** e **"Identificativo accesso"** presenti in entrambe le procedure informative. Questi campi identificano univocamente l'accesso all'interno della medesima struttura ospedaliera e vengono assegnati dalla procedura "Scheda di Pronto Soccorso" ogni qualvolta si verifichi una presa in carico del paziente da parte del servizio di Pronto Soccorso e per gli invii diretti ai reparti/ambulatori.

Si fa presente che in virtù di quanto sopradescritto, le prestazioni dovranno essere indicate e codificate secondo il nomenclatore della specialistica ambulatoriale (D.G.P. del 15/06/98 e successive modifiche).

Nella "**Scheda di Pronto Soccorso**" vengono registrati gli accessi di:

- ➔ persone **senza impegnativa** che vengono valutate dal medico di Pronto Soccorso;
- ➔ persone che accedono **con impegnativa "urgente"** che vengono valutate dal medico di Pronto Soccorso durante l'orario di chiusura degli ambulatori (*in casi rari, anche durante l'orario di apertura*).

Per questi accessi, la procedura informativa "Scheda di Pronto Soccorso" dovrà interfacciarsi con l'archivio della specialistica ambulatoriale in modo da permettere la registrazione delle prestazioni e la successiva archiviazione nel flusso della specialistica.

Nell'archivio della specialistica dovrà essere specificato il campo "Modalità di accesso" = 1 o 2 (paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero), oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I., a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero) e dovrà essere riportato il codice "identificativo di accesso" di Pronto Soccorso.

Per gli "**invii diretti**" dal Pronto Soccorso agli ambulatori specialistici (ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria, oculistica, psichiatria, otorinolaringoiatria,...) il servizio deve fornire al paziente un modulo di richiesta di visita specialistica urgente da presentare all'ambulatorio di invio; in questi casi deve essere prevista da parte del servizio di Pronto Soccorso la registrazione dei **dati anagrafici** dell'utente e la compilazione della variabile "**invio diretto**", **senza**, però, dar luogo all'**apertura** di una "Scheda di Pronto Soccorso".

L'ambulatorio specialistico può visualizzare i dati anagrafici del paziente inseriti al momento dell'accesso in Pronto Soccorso. È compito del medico specialista procedere per questi pazienti all'autoprescrizione di un'impegnativa su ricettario provinciale (D.G.P. n. 7107 del 02/11/1998) e le prestazioni vengono registrate nel flusso della specialistica ambulatoriale. Deve, inoltre, essere riportato il numero di "identificativo di accesso" del Pronto Soccorso.

La scelta di non prevedere l'apertura della "Scheda di Pronto Soccorso" per gli accessi di pazienti inviati direttamente agli ambulatori è stata dettata sia da considerazioni su aspetti medico legali sia dalla necessità di rilevare, all'interno del flusso, l'effettiva attività del Pronto Soccorso non gravando il servizio della rilevazione di prestazioni erogate dagli

ambulatori e considerate di specialistica “urgenti”.

Di seguito, vengono analizzate singolarmente le diverse situazioni di accesso che possono determinare o meno l’apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”.

8. TIPOLOGIE DI ACCESSO

8.1. ACCESSO DI PAZIENTE “INSTABILE”

Il paziente “instabile” che presenta un’alterazione dei parametri vitali e che necessita di un intervento sanitario immediato, trasportato al Pronto Soccorso con mezzi privati oppure con ambulanza/eliambulanza in seguito a chiamata del 118, viene trattato nel più breve tempo possibile dal personale medico del servizio. L’accesso determina una **presa in carico** del paziente da parte del servizio, e, quindi, l’apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”. (Figura 2)

Le prestazioni dovranno essere registrate ed archiviate nel flusso della specialistica ambulatoriale, con la specificazione di “Modalità di accesso” = 1 o 2 (paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero), oppure 11 o 12, paziente trattato in O.B.I., a seconda che l’accesso sia seguito o meno da ricovero. Deve essere riportato, inoltre, il codice “identificativo di accesso” di Pronto Soccorso.

8.2. ACCESSO DI PAZIENTE “STABILE” CHE SI PRESENTA SPONTANEAMENTE (SENZA RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

8.2.1. Paziente che viene visitato dal medico di Pronto Soccorso

Nel caso di paziente che accede spontaneamente al Pronto Soccorso (senza richiesta del medico di medicina generale/pediatra o del medico specialista di visita specialistica o di prestazione diagnostica urgente) e che viene valutato dal medico del servizio, l’accesso determina una **presa in carico** del paziente e, quindi, l’apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”. (Figura 3)

Negli ospedali in cui il Pronto Soccorso non è dotato di personale medico autonomo, ma è prevista la rotazione dei medici dei reparti ospedalieri, le prestazioni specialistiche effettuate dal medico del reparto durante il turno in Pronto Soccorso a persone che si presentano spontaneamente, vengono considerate prestazioni di Pronto Soccorso, per cui l’accesso determina l’apertura di una “Scheda di Pronto Soccorso”.

Devono essere considerati, pertanto, accessi di Pronto Soccorso tutti i primi interventi non programmati erogati dal personale medico in turno in Pronto Soccorso a persone che si presentano spontaneamente senza richiesta del medico di medicina generale.

Nel caso in cui, successivamente alla visita in Pronto Soccorso o in O.B.I., il paziente venga inviato all’ambulatorio specialistico, sarà compito del medico specialista informare il servizio di Pronto Soccorso dell’esito (a domicilio, ricovero,...) della visita, che verrà registrato nella “Scheda di Pronto Soccorso”.

Le prestazioni verranno registrate ed archiviate nel flusso della specialistica ambulatoriale, con la specificazione di "Modalità di accesso" = 1 o 2, paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero, oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I., a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero). Deve essere riportato, inoltre, il codice "identificativo di accesso" di Pronto Soccorso.

8.2.2. Paziente che viene inviato direttamente agli ambulatori/reparti/servizi

Il paziente "stabile" che accede al Pronto Soccorso spontaneamente (senza richiesta del medico di medicina generale/pediatra o del medico specialista di visita specialistica o di prestazione diagnostica urgente) e che presenta una sintomatologia specialistica (oculistica, odontoiatrica, otorinolaringoiatrica, ginecologica,...) può essere inviato direttamente all'ambulatorio specialistico o al reparto senza una valutazione da parte del medico di Pronto Soccorso. In questo caso, l'accesso **non** determina una **presa in carico** del paziente da parte del servizio e quindi non viene aperta una "Scheda di Pronto Soccorso". (Figura 3)

In considerazione del fatto che l'ambulatorio di Ortopedia e Traumatologia nell'Ospedale di Bressanone svolge anche la funzione di "pronto soccorso specialistico", gli invii ed accessi urgenti all'ambulatorio *senza impegnativa* devono essere considerati accessi di Pronto Soccorso. Per questi accessi deve essere aperta una "Scheda di Pronto Soccorso" con la specificazione del *centro di costo dell'ambulatorio ortopedico-traumatologico* come *unità erogatrice* (vedi variabile "CDC Pronto Soccorso").

Diversamente, gli accessi all'ambulatorio di pazienti con impegnativa "urgente" non danno luogo ad apertura di una "Scheda di Pronto Soccorso".

Per gli **"invii diretti"** dal Pronto Soccorso agli ambulatori specialistici, il servizio di Pronto Soccorso deve fornire al paziente un modulo di richiesta di visita specialistica urgente da presentare all'ambulatorio di invio; in questi casi deve essere prevista da parte del servizio di Pronto Soccorso la registrazione dei **dati anagrafici** dell'utente e la compilazione della variabile **"invio diretto", senza apertura** di una "Scheda di Pronto Soccorso".

L'ambulatorio specialistico potrà, così, visualizzare i dati anagrafici del paziente inseriti al momento dell'accesso in Pronto Soccorso. Sarà compito del medico specialista procedere per questi pazienti all'autoprescrizione ossia alla compilazione di un'impegnativa su ricettario provinciale e alla registrazione delle prestazioni nel flusso della specialistica ambulatoriale, con la specificazione del numero di "identificativo accesso" di Pronto Soccorso.

Nel caso in cui lo specialista rinvii il paziente in Pronto Soccorso per esami di approfondimento oppure per una rivalutazione del caso, il servizio dovrà prendere in carico il paziente ed aprire una "Scheda di Pronto Soccorso".

Per questi accessi, le prestazioni verranno registrate ed archiviate nel flusso della specialistica ambulatoriale con la specificazione di "Modalità di accesso" = 1 o 2, paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero. Dovrà essere riportato, inoltre, il codice "identificativo di accesso" di Pronto Soccorso.

8.3. ACCESSO DI PAZIENTE "STABILE" CON RICHIESTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il paziente "stabile" che accede al Pronto Soccorso con richiesta del medico di medicina generale/pediatra o del medico specialista di visita specialistica o di prestazione diagnostica (di laboratorio o di radiologia) urgente, viene, in genere, inviato direttamente agli ambulatori specialistici senza valutazione del medico di Pronto Soccorso, ***durante l'orario di apertura degli ambulatori*** (D.G.P. n.1067 del 07/04/2003).

L'accesso ***non*** determina una ***presa in carico*** del paziente da parte del servizio e non deve essere aperta una "Scheda di Pronto Soccorso". Le prestazioni verranno registrate nel flusso della specialistica ambulatoriale a cura dell'ambulatorio con la specificazione di "Modalità di accesso" = 5 specialistica con impegnativa del MMG o altro specialista (Figura 4).

Nei casi rari in cui, tuttavia, il paziente venga comunque trattato in Pronto Soccorso e/o O.B.I., deve essere aperta una "Scheda di Pronto Soccorso". Per questi accessi, le prestazioni verranno registrate nel flusso della specialistica ambulatoriale con la specificazione di "Modalità di accesso" = 1 o 2 paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero, oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I., a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero), e dovrà essere riportato il numero "identificativo dell'accesso" di Pronto Soccorso.

Durante l'orario di chiusura degli ambulatori, il paziente deve essere valutato dal medico di Pronto Soccorso, quindi l'accesso determina una ***presa in carico*** del paziente e l'apertura di una "Scheda di Pronto Soccorso" (Figura 4). Le prestazioni verranno registrate nel flusso della specialistica ambulatoriale con la specificazione di "Modalità di accesso" = 1 o 2 paziente trattato in Pronto Soccorso, a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero oppure 11 o 12 (paziente trattato in O.B.I., a seconda che l'accesso sia seguito o meno da ricovero), e dovrà essere riportato il numero "identificativo dell'accesso" di Pronto Soccorso.

8.4. ACCESSO PER VISITE DI CONTROLLO E/O PER MEDICAZIONI

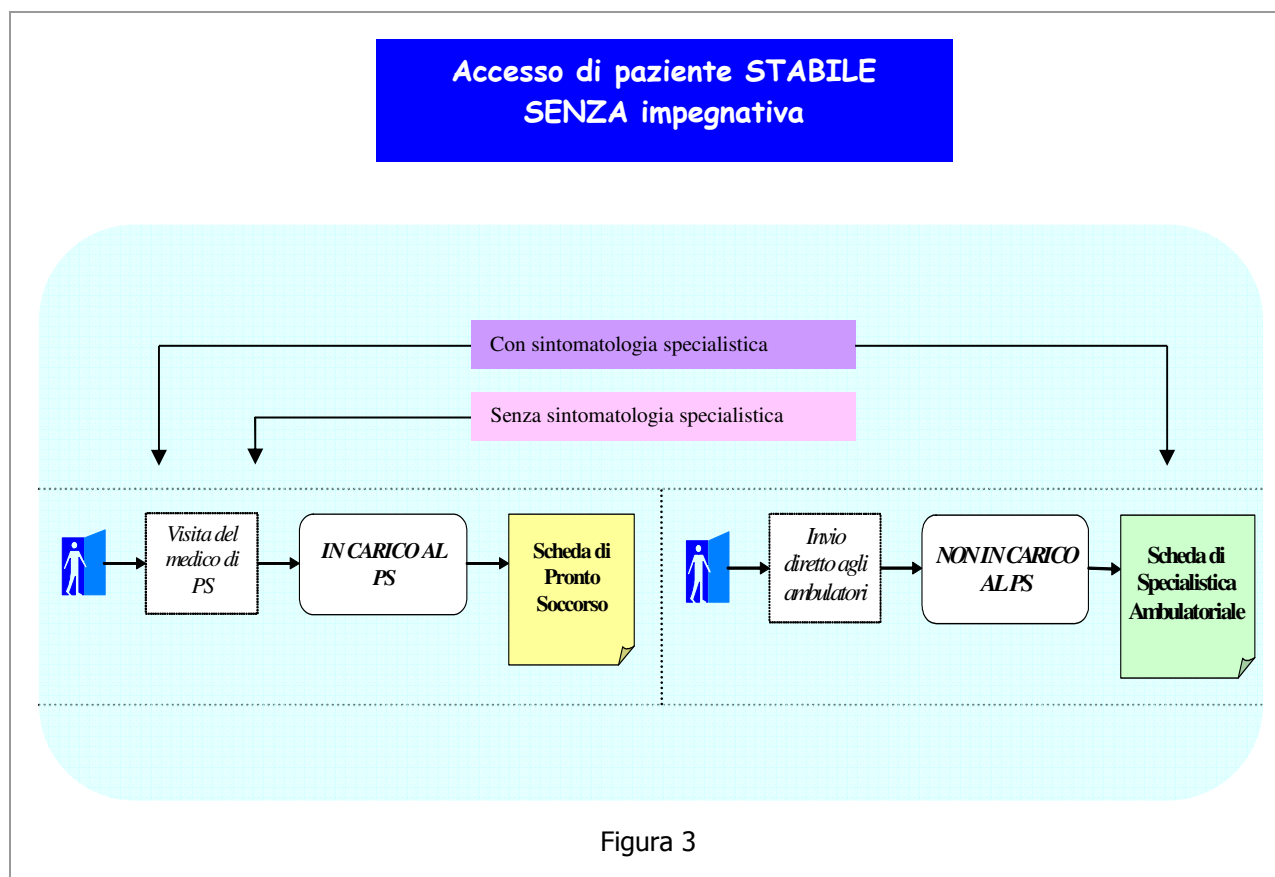
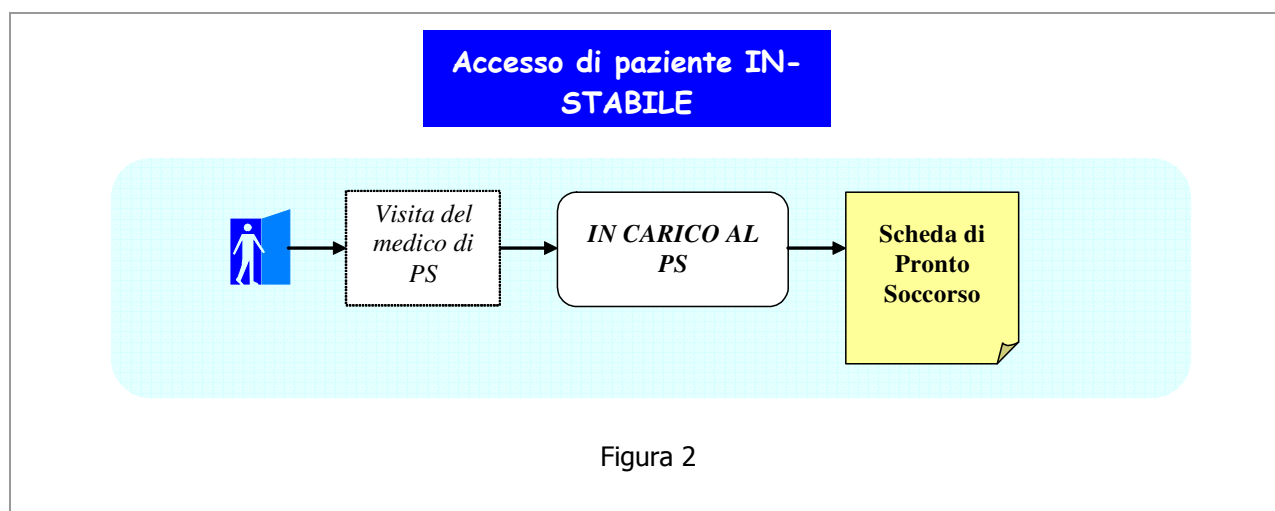
Gli accessi successivi in Pronto Soccorso per visite di controllo e/o per medicazioni devono essere considerati "accessi programmati" e, quindi, ***non*** determinano una ***presa in carico*** del paziente da parte del servizio e non deve essere pertanto aperta una "Scheda di Pronto Soccorso" (Figura 5).

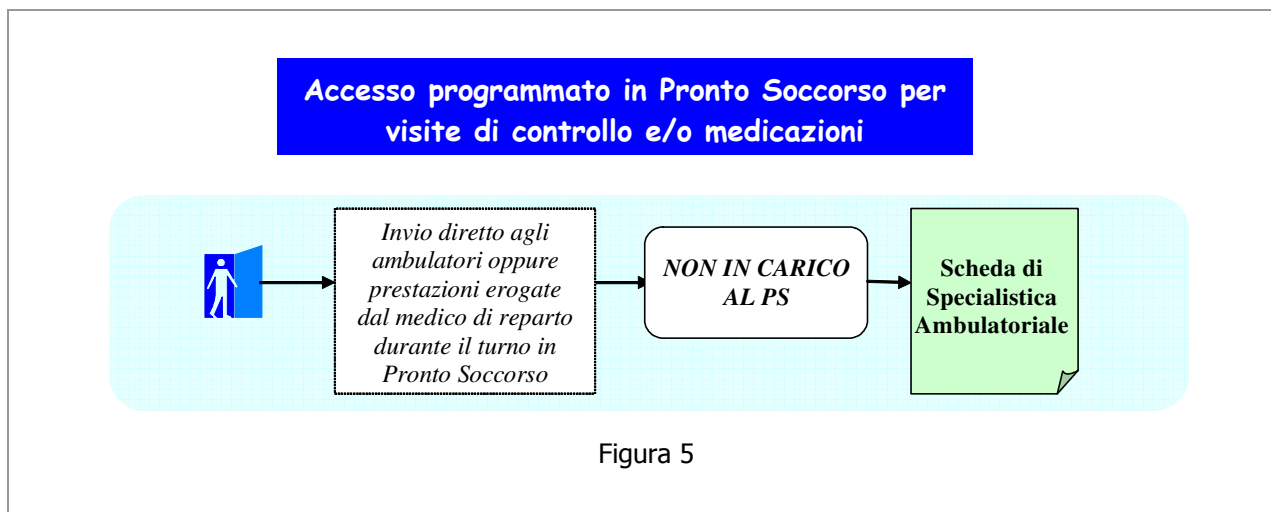
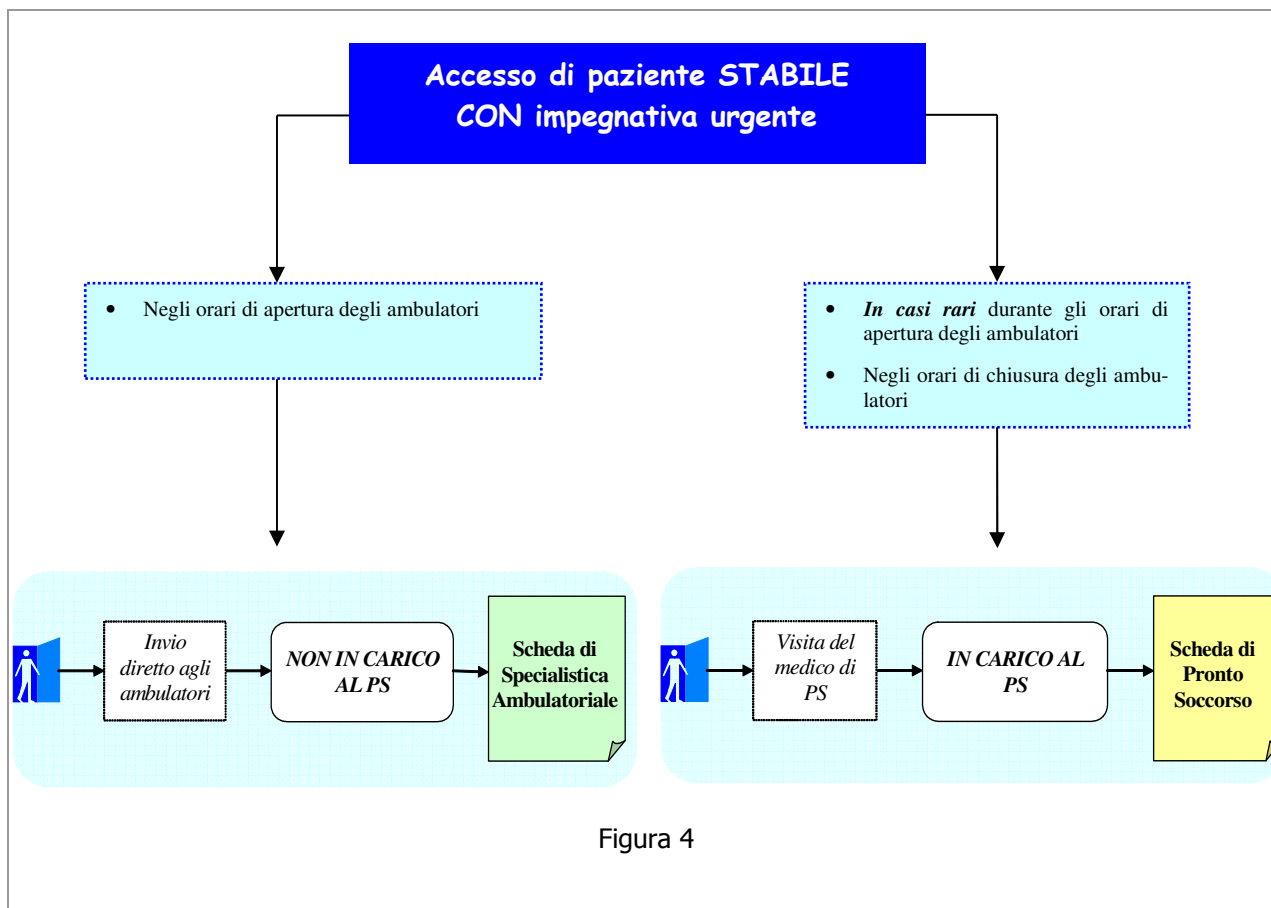
Il paziente potrà usufruire della prestazione di controllo e/o della medicazione solo previa prenotazione avvenuta tramite l’impegnativa rilasciata dal medico di Pronto Soccorso al termine del primo accesso.

Le prestazioni dovranno essere registrate attraverso il flusso della specialistica ambulatoriale con la specificazione di “Modalità di accesso” = 5 specialistica con impegnativa del MMG o altro specialista.

Prospetto 1: Tipologie di accesso al servizio di Pronto Soccorso e apertura della SPS

TIPOLOGIA DI ACCESSO	PRESA IN CARICO DEL PS	APERTURA DI UNA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO
Accesso di paziente “instabile”	Sì	Sì
Accesso di paziente “stabile” che si presenta spontaneamente e che viene inviato direttamente agli ambulatori specialistici	NO	NO
Accesso di paziente “stabile” che si presenta spontaneamente e che viene visitato dal medico di Pronto Soccorso o dal medico del reparto di turno in Pronto Soccorso	Sì	Sì
Accesso di paziente “stabile” che si presenta CON impegnativa del medico di medicina generale e che viene inviato direttamente agli ambulatori specialistici <i>(durante l’orario di apertura degli ambulatori)</i>	NO	NO
Accesso di paziente “stabile” che si presenta CON impegnativa del medico di medicina generale e che viene visitato dal medico di Pronto Soccorso <i>(durante l’orario di chiusura degli ambulatori oppure, in casi rari, anche durante l’orario di apertura)</i>	Sì	Sì
Accesso per visite di controllo e/o medicazioni	NO	NO





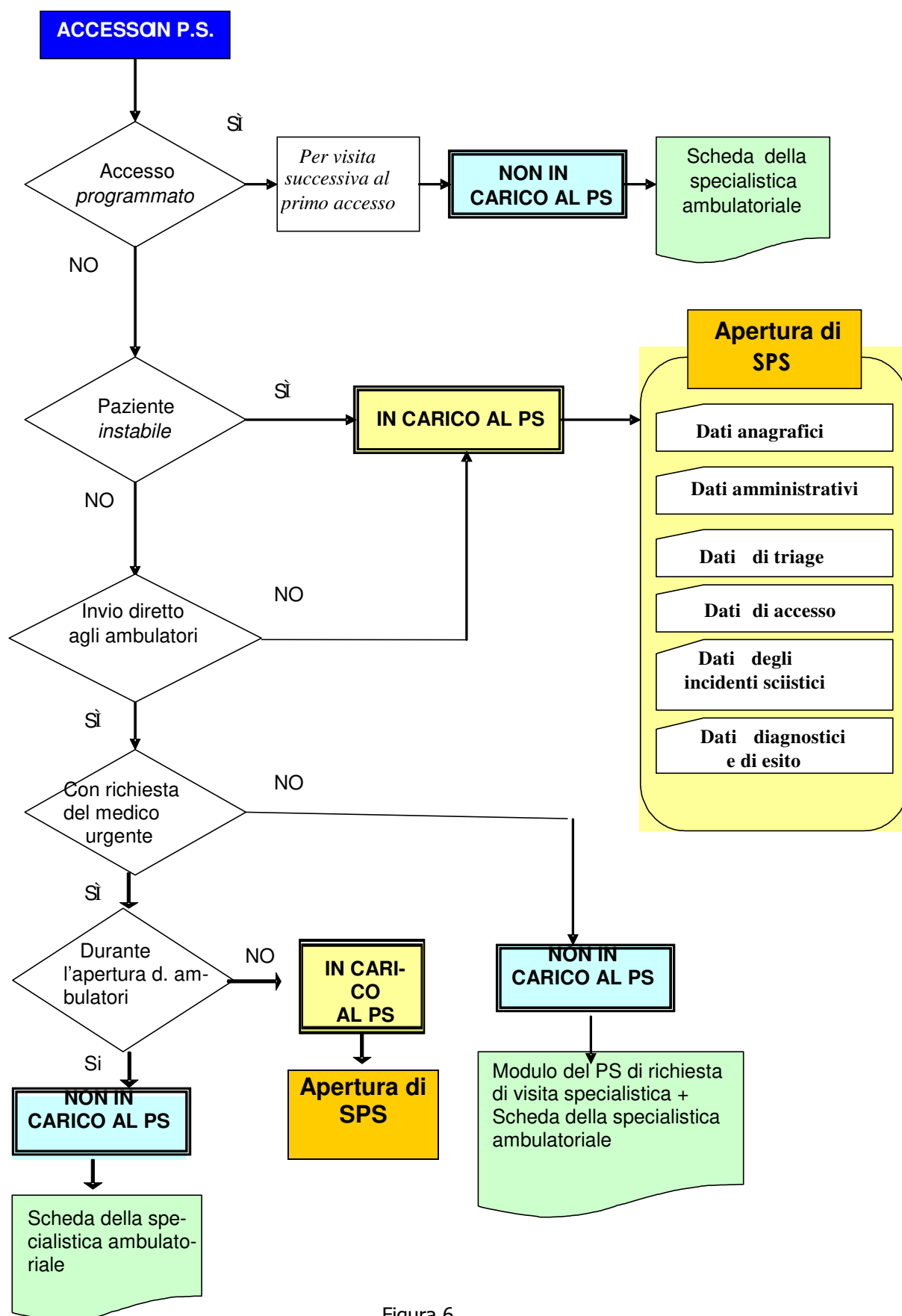


Figura 6

9. CHIUSURA DELLA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO

La “Scheda di Pronto Soccorso” deve essere chiusa dal servizio di Pronto Soccorso dopo la valutazione del caso e dell'erogazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche necessarie al paziente, in tutti i casi in cui vi è stata una presa in carico da parte del servizio indipendentemente dall'invio o meno del paziente all'Osservazione Breve Intensiva o ad altre unità operative (ambulatori, reparti, radiologie) esitata con dimissione a domicilio, con ricovero ospedaliero, con trasferimento ad altro istituto oppure con decesso.

Si precisa che nel caso di presa in carico del paziente da parte del medico di Pronto Soccorso e successivo invio agli ambulatori per prestazioni specialistiche, sarà compito del medico specialista comunicare l'esito (a domicilio, ricovero,...) della visita al servizio di Pronto Soccorso.

Si evidenzia, inoltre, che gli invii diretti agli ambulatori specialistici senza valutazione del medico di Pronto Soccorso o di turno al Pronto Soccorso, non danno luogo ad apertura della “Scheda di Pronto Soccorso”.

10. COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET)

Con deliberazione n. 1862 del 27 maggio 2002, la Giunta Provinciale ha emanato disposizioni in materia di partecipazione alla spesa sanitaria nella Provincia Autonoma di Bolzano, entrate in vigore il 1° luglio 2002. Con tale delibera, sono state introdotte delle partecipazioni al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini in alcuni ambiti sanitari, tra cui il Pronto Soccorso (nel caso di prestazioni non seguite da ricovero ospedaliero), prevedendo, però, per determinate persone-famiglie, delle esenzioni e/o agevolazioni.

In particolare, sono state definite prestazioni di pronto soccorso **appropriate** tutti gli interventi di emergenza/urgenza non differibili che devono essere immediatamente erogati al paziente. Per queste prestazioni è stato previsto un ticket di 15 €, salvo esenzioni. Rientrano tra le prestazioni appropriate anche quelle odontoiatriche erogate presso il servizio festivo e prefestivo.

Gli interventi differibili sono da considerare prestazioni **inappropriate** di pronto soccorso che devono essere erogate nelle sedi opportune (ambulatori specialistici, medico di medicina generale,...). Nel caso in cui le prestazioni vengano comunque effettuate dal Pronto Soccorso, vengono considerate come interventi non giustificati per cui è previsto il pagamento di 50 €, con l'aggiunta, salvo esenzioni, dell'importo delle prestazioni specialistiche effettuate, tenendo conto del limite di 36,15 € per branca specialistica e del massimale di 100 €.

Le prestazioni prescritte dal medico di medicina generale che rientrano tra gli interventi differibili, sono da considerare prestazioni specialistiche “urgenti” e sono soggette al ticket per le prestazioni specialistiche.

Con deliberazione della G.P. n. 3642 del 06/10/2008 sono state approvate le Linee guida per la gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) dove nel capitolo 10 “Remunerazione dell'O.B.I.” viene stabilito che se l'osservazione breve **non è seguita da ricovero**, l'attività viene valorizzata attraverso la tariffa forfetaria di **euro 250,00**, a copertura della spesa alberghiera, a cui si aggiungono le singole prestazioni erogate, rilevate e valorizzate secondo il nomenclatore tariffario provinciale della specialistica ambulatoriale (approvato con delibera della G.P. 2568/1998 nella versione vigente). Per quanto riguarda la tariffa prevista per l'attività di O.B.I., se l'osservazione breve è **seguita da ricovero**, tutte le prestazioni erogate, analogamente a quanto avviene per l'attività di Pronto Soccorso, rientrano nell'ambito della tariffa del DRG.

Per quanto riguarda la compartecipazione alla spesa sanitaria è stato stabilito che per la degenza in O.B.I. non è prevista alcuna partecipazione alla spesa da parte del paziente, dal momento che tale attività presenta il carattere di non differibilità.

Il paziente è tenuto però al pagamento del ticket di Pronto Soccorso secondo le disposizioni emanate dalla Giunta Provinciale con deliberazione n. 1862 del 27 maggio 2002 ed entrate in vigore il 1° luglio 2002.

11. RILEVAZIONE INCIDENTI IN MONTAGNA

La procedura “Scheda di Pronto Soccorso” prevede un modulo per la rilevazione sistematica degli ***accessi in seguito a incidente in montagna***.

Tale modulo permette la raccolta di informazioni relative alla tipologia di incidente in montagna, come la data e l'orario dell'evento, la dinamica dell'incidente (urto o caduta), la disciplina svolta al momento dell'incidente (sci, snowboard, slittino o escursionismo/alpinismo). Inoltre, è prevista la rilevazione della diagnosi attraverso due campi specifici: la natura della lesione che identifica la tipologia di traumatismo presentato dalla persona incidentata (frattura, lussazione,...) e la parte del corpo coinvolta dall'incidente (cranio, bacino,...).

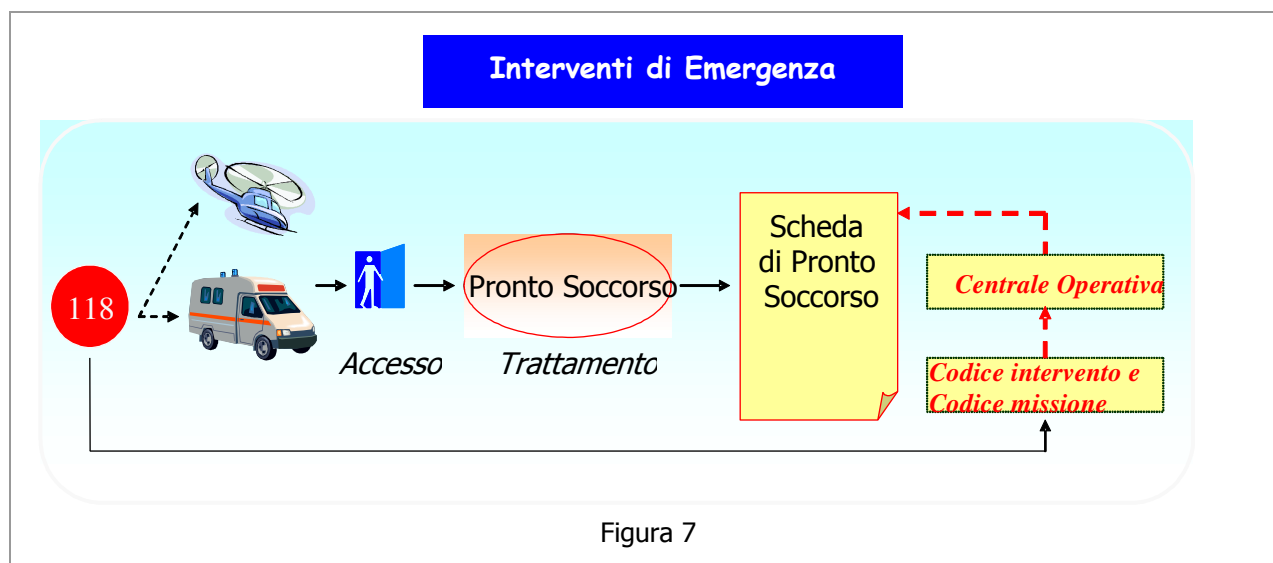
Le informazioni relative all'incidente dovranno essere compilate al primo accesso dell'utente, e non negli accessi successivi per visite di controllo o medicazioni.

12. DIAGNOSI DI PRONTO SOCCORSO E O.B.I.

La rilevazione delle diagnosi per il Pronto Soccorso e per l'O.B.I. è obbligatoria e avviene attraverso la relativa codifica delle diagnosi attraverso l'utilizzo dei codici ICD9-CM 2007.

13. INTERVENTI DI EMERGENZA

Per gli accessi in Pronto Soccorso con ambulanza o eliambulanza in seguito a chiamata del 118, è prevista la possibilità di collegare le informazioni relative all'accesso del paziente con i dati del suo trasporto in Pronto Soccorso. A tale scopo, il nuovo flusso informativo include la rilevazione di tre campi che identificano univocamente un intervento di emergenza: il ***codice identificativo della Centrale Operativa***, il ***codice missione*** e il ***codice individuale di assistenza (o intervento)*** definito dal 118 per ciascun evento di emergenza (figura 7).



14. ACCESSI CHE ESITANO IN RICOVERO

Per tutti gli accessi di Pronto Soccorso che esitano in ricovero (nella stessa struttura), indipendentemente dall’invio o meno del paziente in O.B.I. o ad altre unità operative (ambulatori, reparti, radiologie), deve essere registrato il codice nosografico del paziente nel flusso della specialistica ambulatoriale.

Attraverso il collegamento tra le procedure “Scheda di Pronto Soccorso”, “Specialistica Ambulatoriale” e “SDO”, sarà possibile stabilire il collegamento tra le informazioni relative all’accesso e il successivo iter terapeutico ospedaliero del paziente.

In particolare sia nel caso di ricovero dopo un periodo di osservazione breve in Pronto Soccorso sia nel caso di ricovero dopo un periodo di osservazione breve intensiva in reparto l’inizio del ricovero coincide con l’ora e la data di assegnazione effettiva del posto letto nel reparto di ricovero².

15. ANONIMATO

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del nome e cognome, del codice sanitario, del codice fiscale e le variabili del tracciato dovranno essere compilate come segue:

Nei campi del cognome e del nome dovrà essere inserita in lettere maiuscole l’esatta dicitura “ANONIMO”.

Nel campo della data di nascita dovrà essere indicato solo l’anno di nascita, ponendo come data fittizia il 1 gennaio di quell’anno nel formato 0101aaaa.

² Deliberazione della G.P. n. 1396 del 01.12.2015 “Aggiornamento delle Linee Guida provinciali per la gestione dell’Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)”.

Nel campo comune di nascita indicare solo i primi tre caratteri che individuano la provincia, secondo il codice ISTAT; in caso di provincia sconosciuta o persona nata all'estero inserire solo nei primi tre caratteri '999'.

Nel campo cittadinanza indicare 998 (=sconosciuto).

Nel campo tipo identificativo utente inserire il codice “3”, che indica che si tratta di un paziente anonimo e nel campo codice identificativo utente inserire 20 “X”.

16. RISPETTO DELLA PRIVACY

Per la natura dei dati da rilevare, si richiama l'attenzione sul rispetto del “Codice in materia di protezione dei dati personali”, D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche ed integrazioni. I dati idonei ad identificare anche indirettamente i soggetti interessati sono comunque trattati nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 22, comma 6 e comma 7 del D.lgs n. 196 del 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche e integrazioni.

Le strutture pubbliche coinvolte nel flusso dei dati relativi all'accesso al Pronto Soccorso individuano al loro interno i soggetti responsabili ed incaricati del trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 29 e 30 del citato decreto legislativo, ed adottano le misure minime di sicurezza individuate ai sensi dell'art. 34 del Codice e dell'allegato B “Disciplinare tecnico”.

17. CONTROLLO DI QUALITA' DEI DATI ED ASSEGNAZIONE CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO

L'Azienda sanitaria invierà (vedi allegato 6), alla Società Informatica Alto Adige S.p.A., all'uopo nominata responsabile del trattamento dei dati dall'Azienda stessa, secondo il tracciato record indicato i dati per essere sottoposti alla procedura automatica di controllo, per l'assegnazione a ciascun assistito del codice identificativo univoco a livello provinciale e l'eliminazione dei dati identificativi diretti dei pazienti stessi (es. codice fiscale, nome e cognome, codice sanitario). Oltre a questo giorno, l'Azienda sanitaria avrà altri 30 giorni per inviare variazioni, integrazioni e cancellazioni relative all'invio.

I dati da trasmettere alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. devono essere contenuti in due archivi disgiunti secondo il tracciato record riportato in allegato: il primo contenente i dati anagrafici del paziente, il secondo i sanitari. Il collegamento dei due archivi è garantito dalle “variabili chiave” rappresentate dal “**comprensorio inviante**”, “**istituto**” ed “**identificativo accesso**”.

I dati che a fronte del controllo automatico risultano errati non vengono caricati nella banca dati provinciale, finché l'Azienda non provvede alla loro correzione. L'ultimo invio di dati da parte dell'Azienda viene considerato quello valido.

La scadenza di invio/correzione dei dati mensili alla Provincia del flusso informativo SPS è la fine del secondo mese successivo al mese di riferimento dei dati.

La banca dati provinciale riferita ad un anno verrà chiusa inderogabilmente entro il 31 marzo dell'anno successivo.

18. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO

La Provincia, attraverso la Società Informatica Alto Adige S.p.A., invia al Ministero della Salute, secondo le modalità e le tempistiche stabilite nell'ambito del Sistema Informativo Nazionale, una serie di informazioni (vedi allegato 4) che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale.

In base all'articolo 5 del Decreto Ministeriale 118 del 17/12/2008, “le informazioni devono essere rilevate al completamento dell'intervento di Emergenza-Urgenza sanitaria e trasmesse al NSIS, con cadenza mensile, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi”. Oltre a questo giorno, la Provincia avrà altri 30 giorni per inviare variazioni, integrazioni e cancellazioni relative all'invio.

Una volta inviati i dati di un periodo ed acquisiti definitivamente dal sistema informativo ministeriale, non sarà più possibile inviare a livello provinciale dati per quello stesso periodo.

19. CONSERVAZIONE DEI DATI

Nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali si prevede la conservazione dei dati in due archivi distinti: il primo contenente i dati anagrafici del paziente, il secondo i dati di accesso e i dati sanitari.

Il collegamento dei due archivi è garantito dalle variabili chiave “*comprensorio inviante*”, “*istituto*” ed “*identificativo di accesso*”.

20. COMPITI E RESPONSABILITA'

Per gestire in maniera soddisfacente la procedura informativa occorre delineare i compiti e le responsabilità del personale coinvolto nella rilevazione.

Nella registrazione dei dati relativi alla “Scheda di Pronto Soccorso”, vengono coinvolti diversi soggetti:

- le informazioni anagrafiche del paziente possono essere inserite da **personale amministrativo o infermieristico**;
- la registrazione dei dati di triage e di quelli relativi all'accesso deve essere effettuata da **personale sanitario** (adeguatamente istruito);
- le informazioni cliniche (comprese quelle relative agli incidenti) devono essere inserite dal **personale medico** del servizio di Pronto Soccorso che si occupa della visita e del trattamento del paziente.

Ciascun soggetto avrà la responsabilità dell'inserimento dei dati di propria competenza.

Ogni “Scheda di Pronto Soccorso” dovrà contenere la firma del responsabile del servizio e del medico di Pronto Soccorso che ha trattato il paziente.

Alla Provincia spetta il compito di definire, aggiornare e distribuire:

- le linee guida per la compilazione della “Scheda di Pronto Soccorso”;
- i tracciati per lo scambio dei dati;
- le tabelle di dominio (nomenclatore provinciale, codici dei centri di costo,...).

PARTE SECONDA

Contenuti informativi della procedura

1. LA SCHEDA DI PRONTO SOCCORSO

La “Scheda di Pronto Soccorso” risulta strutturata in **due archivi**: il primo contenente i dati anagrafici del paziente, il secondo i dati di accesso e i dati sanitari.

I due archivi potranno essere ricongiunti attraverso le variabili chiave “**compensorio inviante**”, “**istituto**” ed “**identificativo di accesso**”.

ARCHIVIO 1:

Dati anagrafici: contiene i dati anagrafici del paziente.

ARCHIVIO 2:

Dati amministrativi: informazioni relative alla struttura ospedaliera di riferimento, alla data e l’orario di accettazione del paziente e al numero identificativo dell’accesso.

Dati di triage: dati della valutazione della gravità del paziente rilevati attraverso la procedura di triage.

Dati di accesso: informazioni relative al preaccesso, alla modalità di arrivo del paziente in Pronto Soccorso e alla causa di accesso.

Dati degli incidenti in montagna: informazioni relative all’incidente che ha causato l’accesso del paziente in Pronto Soccorso.

Dati diagnostici e di esito: dati relativi alle prestazioni, agli importi, alla diagnosi e all’esito dell’intervento di Pronto Soccorso (ricovero, dimissione a domicilio, trasferimento, decesso).

Dati O.B.I.: dati relativi all’Osservazione Breve Intensiva.

2. DEFINIZIONE E CONTENUTO DELLE VARIABILI

2.1. ARCHIVIO 1 – DATI ANAGRAFICI

1. COMPRESORIO SANITARIO INVIANTE (ASL INV)

Indicare il codice del Comprensorio Sanitario inviante i dati.

Il campo è obbligatorio.

2. PRESIDIO OSPEDALIERO (ISTITUTO)

La denominazione dell'ospedale è costituita dalla denominazione ufficiale dell'istituto di cura.

Per istituto di cura si intende l'insieme di tutte le unità operative individuate da un medesimo codice.

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali ed in particolare nei modelli HSP; detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi tre identificano la Provincia (Provincia di Bolzano '041' - ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico all'interno della Provincia (i rimanenti due non vengono utilizzati in quanto costituiscono un ulteriore progressivo che individuerrebbe le singole strutture del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP 11-bis non presenti nella Provincia di Bolzano).

Per gli istituti della provincia di Bolzano, i codici da utilizzare sono:

041001 = ospedale centrale di Bolzano;

041002 = ospedale aziendale di Merano;

041004 = ospedale aziendale di Bressanone;

041005 = ospedale aziendale di Brunico;

041006 = ospedale di base di Vipiteno;

041007 = ospedale di base di San Candido;

041011 = ospedale di base di Silandro.

Il campo è obbligatorio.

3. IDENTIFICATIVO ACCESSO (ID ACC)

Codice progressivo che identifica l'accesso in modo univoco all'interno del presidio ospedaliero e dell'anno.

La numerazione è prevista per tutti gli accessi in Pronto Soccorso che determinano una presa in carico del paziente da parte del servizio, e per tutti gli accessi diretti a reparti/ambulatori.

Questo campo viene generato automaticamente dal sistema; risulta presente anche nell'archivio della specialistica ambulatoriale e consente di collegare tutte le prestazioni erogate ad un paziente nell'ambito del medesimo accesso di Pronto Soccorso.

È composto da: anno (4 cifre) + codice istituto (6 cifre) + numero progressivo accesso (6 cifre).

Il campo è obbligatorio.

4. COGNOME (COG)

Indicare il cognome del paziente, senza l’aggiunta di titoli o simili (non dott. Rossi, ma Rossi).

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l’esatta dicitura “ANONIMO”.

Il campo è obbligatorio.

5. NOME (NOME)

Indicare il nome del paziente.

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del nome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l’esatta dicitura “ANONIMO”.

Il campo è obbligatorio.

6. COGNOME ACQUISITO (NOMEA)

Indicare il cognome acquisito del paziente.

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome acquisito.

7. SESSO (SESSO)

Indicare il sesso del paziente:

1 = maschio;

2 = femmina.

Il campo è obbligatorio.

8. DATA DI NASCITA (DNASCITA)

Indicare il giorno, il mese e l’anno di nascita del paziente nel formato: ggmmaaaa.

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato codificare con 0101aaaa.

Il campo è obbligatorio.

9. COMUNE DI NASCITA (COM_NASC)

Il codice da utilizzare è il codice definito dall'ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia (Provincia di Bolzano = 021) e i successivi un progressivo all'interno della provincia che individua il singolo comune.

Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno per l'anagrafe della popolazione.

Per i nati all'estero codificare: 999+codice paese estero.

Se il paziente è nato in Italia, ma non si conosce il comune, codificare 999997.

Se nato all'estero e non si conosce il paese estero codificare: 999998.

Se non si conosce il comune codificare: 999999.

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato indicare solo i primi tre caratteri che individuano la provincia, secondo il codice ISTAT; in caso di provincia sconosciuta o persona nata all'estero inserire solo nei primi tre caratteri '999'.

Il campo è obbligatorio.

10. STATO CIVILE (S_CIVILE)

Va riportato lo stato civile del paziente al momento dell'accesso in Pronto Soccorso.

Le modalità da utilizzare sono le seguenti:

1= celibe/nubile;

2= coniugato/a;

3= separato/a;

4= divorziato/a;

5= vedovo/a;

6= non dichiarato.

11. COMUNE DI RESIDENZA ANAGRAFICA (COM_RES)

La residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo Stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Inserire il codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri nel caso di pazienti residenti in Italia; per i residenti in Provincia di Bolzano le prime 3 cifre identificano la Provincia (Provincia di Bolzano = 021 e le successive 3 identificano il comune).

Nel caso di pazienti residenti all'estero, codificare 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno per l'anagrafe della popolazione.

Se il paziente è residente in Italia, ma non si conosce il comune, codificare 999997.

Se straniero e non si conosce il paese estero codificare: 999998.

Se non si conosce il comune o per persone senza fissa dimora codificare: 999999.

Il campo è obbligatorio.

12. CITTADINANZA (C_CITT)

Si fa presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza (molti residenti in una regione italiana possono essere cittadini di Paesi esteri).

Se il paziente ha più di una cittadinanza inserire il codice di quella scelta dal paziente.

- cittadinanza italiana = 100;
- cittadinanza estera = codice del Ministero degli Interni a 3 cifre;
- apolidi = 999;
- sconosciuta = 998.

Per i pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato indicare 998 (= sconosciuto)
Il campo è obbligatorio.

13. CODICE SANITARIO INDIVIDUALE (COD_SANI)

Per gli iscritti al Servizio sanitario provinciale il codice è rappresentato dal libretto sanitario limitatamente alle cifre del numero racchiuso dai due slash (Simbolo “/”) escludendo le ultime due cifre che rappresentano la data di nascita.

Se il paziente non è iscritto al Servizio sanitario provinciale il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatico che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche.

Esempio:

codice del libretto sanitario = 6g1/14456346/1 ⇒ 144563B5B5B5B5B5

codice del libretto sanitario = F12/0103015311/4 ⇒ 01030153B5B5B5B5

dove B= spazio

Nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, il campo può rimanere vuoto (blank).

14. REGIONE DI RESIDENZA (REG_RES)

Per i residenti italiani è la regione in cui il paziente ha la sua residenza (Codice Ministero della Sanità a 3 cifre, DM 17/09/86). La regione di residenza può essere diversa dalla regione di assistenza.

Per i residenti all'estero inserire il codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno.

Se il comune di residenza è sconosciuto (COM_RES=999999 o 999998 o 999997) compilare con “000”.

Il campo è obbligatorio.

15. COMPRESORIO SANITARIO/AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA (ASL_RES)

È il comprensorio sanitario che comprende il comune in cui risiede il paziente.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/1986).

Per i residenti all'estero non compilare.

Se il comune di residenza è sconosciuto (es. senza fissa dimora) porre il codice 000.

16. REGIONE DI ASSISTENZA (REG_ASS)

È la regione di appartenenza dell'ASL di assistenza.

La regione di assistenza può essere diversa dalla regione di residenza.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero non compilare.

17. COMPRESORIO SANITARIO/ AZIENDA SANITARIA DI ASSISTENZA (ASL_ASS)

È il comprensorio sanitario in cui è iscritto il paziente. Il comprensorio sanitario di assistenza può essere diverso da quello di residenza.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero non compilare.

18. TIPO IDENTIFICATIVO UTENTE (TIPO_ID)

Indicare se il codice contenuto nel campo COD_ID (codice identificativo utente) fa riferimento a:

1	=	codice fiscale
2	=	STP (straniero temporaneamente presente)
3	=	AA (anonimo)
4	=	TEAM (codice personale della TEAM)
9	=	ENI (Cittadino UE indigente con attestato ENI) ³
Z	=	Altro ⁴

Il campo è obbligatorio.

19. CODICE IDENTIFICATIVO UTENTE (COD_ID)

Per i residenti in Italia va compilato con il codice fiscale ufficiale attribuito dal Ministero delle Finanze, ovvero quello riportato nella tessera sanitaria, a 16 caratteri alfanumerici o provvisorio a 11 caratteri numerici.

Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, e della circolare del Ministero della Sanità 24 aprile 2000, n. 5) composto da STP + codice regione + codice ASL + progressivo.

Nel caso di assistito SASN il campo deve essere compilato con il codice fiscale dell'assistito.

³ Il codice ENI sostituisce il codice CTA (Cittadini Temporaneamente Assistiti)

⁴ Comprende i codici SPAG (Straniero Pagante in Proprio), ASC (altro straniero convenzionato o altro tipo di utente non contemplato da altre tipologie non elencate), HIC (pensionati e familiari di lavoratori che risiedono in un paese diverso dal capofamiglia)

Nel caso di soggetto assicurato da istituzioni estere va inserito il numero di identificazione personale indicato sulla Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) e i dati assicurativi dell'assistito devono essere riportati negli appositi campi relativi alla TEAM (campo nr. 6).

Per il codice dell'anonimo: «X» ripetuto 20 volte.

Per gli stranieri comunitari indigenti (Cittadino UE indigente con attestato ENI), compilare con codice regionale a sigla ENI a 16 caratteri (ENI + codice regione + codice ASL seguito da numero progressivo).

Per tutti gli altri casi (TIPO_ID = "Z"), compilare con "X" ripetuto 20 volte).

Il campo è obbligatorio.

20. NUMERO IDENTIFICAZIONE DELLA TEAM (N_TEAM)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM). Riportare il campo nr. 8 della TEAM.

21. CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM (COD_IST)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

22. ACRONIMO ISTITUZIONE COMPETENTE TEAM (DEN_IST)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

23. STATO CHE RILASCI LA TESSERA (ST_ESTERO)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

24. TIPO DI ASSISTENZA PREVISTA DALLA TEAM (TIPO_TEAM)

Valorizzare con E111 o con E106 in base al tipo di assistenza, solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

25. DATA SCADENZA TESSERA (DATA_SCAD)

Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (come previsto nella TEAM).

81. VALIDITÀ CODICE IDENTIFICATIVO ASSISTITO (PRES_COD_ID)

Informazione relativa alla validità del codice identificativo dell'assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al MEF.

I codici da utilizzare sono:

0 = codice identificativo valido (presente in banca dati MEF);

1 = codice identificativo errato (non presente in banca dati MEF).

Il campo è obbligatorio.

82. TIPOLOGIA CODICE IDENTIFICATIVO ASSISTITO (TS_COD_ID)

Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell’assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al MEF.

I codici da utilizzare sono:

0 = codice fiscale;

1 = codice STP;

2 = codice ENI;

3 = codice TEAM;

4 = codice numerico provvisorio a 11 cifre;

99 = codice non presente in banca dati.

Il campo è obbligatorio.

2.2. ARCHIVIO 2 – DATI AMMINISTRATIVI

1. COMPENSORIO SANITARIO INVIANTE (ASL INV)

(vedi sezione A. dell'Archivio 1)

Il campo è obbligatorio.

2. PRESIDIO OSPEDALIERO (ISTITUTO)

(vedi sezione A. dell'Archivio 1)

Il campo è obbligatorio.

3. IDENTIFICATIVO ACCESSO (ID ACC)

(vedi sezione A. dell'Archivio 1)

Il campo è obbligatorio.

26. CODICE STRUTTURA (CO_STS11)

Indicare il codice provinciale della struttura erogatrice previsto dal modello ministeriale STS.11.

27. CDC PRONTO SOCCORSO (CDC_PS)

Indicare il codice del Pronto Soccorso ai sensi della deliberazione della G.P. n. 1193 del 11/04/2005 “Sistema contabilità direzionale del Servizio Sanitario Provinciale: approvazione delle linee guida riguardanti la rilevazione dei costi, il sistema di codifica dei centri di costo, il piano dei fattori produttivi e il tracciato record”.

Deve avere come carattere separatore “-” tra un livello e il successivo (per es. il codice 2,51,3,48,0,07 diventa 2-51-3-48-0-07).

Per gli invii ed accessi diretti urgenti trattati dall'ambulatorio di Ortopedia e Traumatologia nell'Ospedale di Bressanone, considerati accessi di Pronto Soccorso, deve essere specificato il centro di costo dell'ambulatorio ortopedico-traumatologico.

Il campo è obbligatorio.

28. DATA DI ACCETTAZIONE (DATA_AC)

Indicare la data di accettazione del paziente in Pronto Soccorso nel formato ggmmaaaa.

Variabile generata automaticamente dal sistema.

Il campo è obbligatorio.

29. ORA DI ACCETTAZIONE (ORA_AC)

Indicare l'orario di accettazione del paziente in Pronto Soccorso nel formato hhmm.

Variabile generata automaticamente dal sistema.

Il campo è obbligatorio.

30. INVIO DIRETTO (DIRETTO)

Indica se il paziente è stato inviato direttamente agli ambulatori specialistici senza effettuare triage e/o valutazione clinica da parte del medico di Pronto Soccorso.

0 = no;

1 = sì.

Se viene valorizzata a 1 = sì, non devono essere compilate tutte le rimanenti informazioni specifiche dell’accesso del paziente.

Il campo è obbligatorio.

2.3. ARCHIVIO 2 – DATI DI TRIAGE

31. CODICE TRIAGE ALL’ACCESSO (TRIAGE)

Indica il livello di urgenza assegnato all’assistito e quindi priorità per la visita medica assegnata al paziente.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = Rosso – Molto critico;

2 = Giallo – Mediamente critico;

3 = Verde – Poco critico;

4 = Bianco – Non critico;

5 = Nero – Deceduto;

6 = Arancione – Critico;

7 = Blu – Non urgente;

9 = triage non compilato⁵.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”).

2.4 ARCHIVIO 2 – DATI DI ACCESSO

32. MODALITA’ DI ARRIVO IN PRONTO SOCCORSO (MOD_ARR)

Indica il mezzo con cui il paziente è arrivato in Pronto Soccorso.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = con mezzi propri (a piedi, auto privata, mezzi pubblici);

2 = ambulanza 118 con medico d’urgenza;

3 = ambulanza 118;

⁵ risposta possibile solo per gli ospedali in cui gli accessi al Pronto Soccorso sono inferiori a 25.000 all’anno; nella realtà provinciale riguarda gli ospedali di Silandro, Vipiteno e San Candido.

4 = eliambulanza;

5 = forze dell’ordine (polizia, carabinieri, ecc.);

6 = Altra Ambulanza;

7 = Altro Elicottero;

8 = Mezzo di soccorso 118 di altre regioni;

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”).

33. CODICE MEZZO DI TRASPORTO (COD_MEZ)

Campo vuoto.

34. CODICE INDIVIDUALE DEL TRASPORTO (COD_TRA_OLD)

Campo vuoto

62. CODICE IDENTIFICATIVO CENTRALE OPERATIVA (CENTRALE)

Identifica la Centrale che riceve la chiamata. Il codice è costituito da 5 caratteri, di cui i primi 3 identificano la Provincia Autonoma (secondo la codifica del DM 23/12/86) e gli ultimi 2 la Centrale Provinciale di Emergenza. I codici associati alla Centrale possono essere costituiti sia da lettere sia da un progressivo in ambito provinciale. Per la provincia di Bolzano il codice identificativo della Centrale Provinciale di Emergenza è 04101.

In caso di Centrale Operativa straniera mettere 99999.

Il campo è obbligatorio per i pazienti giunti al Pronto Soccorso attraverso il 118 (codice 5 alla variabile (65) “Responsabile Invio”) e non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”).

63. IDENTIFICATIVO MISSIONE (CODICE MISSIONE)

Indica il codice che identifica univocamente la missione attivata dall’operatore della Centrale Provinciale di Emergenza. Il codice è composto da 16 caratteri, di cui i primi 4 identificano l’anno di riferimento ed i restanti 12 il numero progressivo della missione.

Il campo è obbligatorio per i pazienti giunti al Pronto Soccorso attraverso il 118 (codice 5 alla variabile (65) “Responsabile Invio”) e non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”).

64. CODICE INDIVIDUALE DI ASSISTENZA (O INTERVENTO) (COD_TRA)

Indica il codice che viene assegnato a ciascun paziente trasportato in ospedale. Per ogni paziente trasportato sarà compilato un foglio di intervento, in cui oltre alle informazioni legate all’intervento, dovrà essere riportato un codice a barre in forma alfanumerica per la lettura in chiaro. Tale codice avrà una lunghezza di 9 caratteri, di cui i primi 2 identificano l’anno, 4 il numero identificativo del blocco dei fogli di intervento, 2 il numero progressivo del foglio e 1 un valore di controllo. Attraverso la lettura ottica di questo codice sarà possibile risalire ai dati anagrafici dell’assistito, presenti all’interno del flusso del Pronto Soccorso.

Il campo è obbligatorio per i pazienti giunti al Pronto Soccorso attraverso il 118 (codice 5 alla variabile (65) “Responsabile Invio”) e non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”).

65. RESPONSABILE INVIO (RESPONSABILE_INVIO)

Indica il responsabile dell’invio del cittadino al Pronto Soccorso.

Valori ammessi:

- 1 = medico di medicina generale/ pediatra libera scelta;
- 2 = medico di continuità assistenziale;
- 3 = specialista;
- 4 = trasferito da altro istituto;
- 5 = Intervento C.O. 118;

6 = decisione propria;

7 = struttura penitenziaria;

9 = altro.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto".

66. ISTITUTO DI PROVENIENZA (ISTITUTO_PROVENIENZA)

Identificativo dell'istituto di ricovero inviante.

I valori di riferimento sono i codici delle strutture riportati nei Modelli Ministeriali HSP11.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto" e provenienti da altri istituti (codice 4 alla variabile (65) "Responsabile Invio").

67. PROBLEMA PRINCIPALE (PROBLEMA PRINCIPALE)

Indica il problema principale riscontrato/percepito al momento del triage.

Valori ammessi.

1 = Coma;

2 = Sindrome neurologica acuta;

3 = Altri sintomi sistema nervoso;

4 = Dolore addominale;

5 = Dolore toracico;

6 = Dispnea;

7 = Dolore precordiale;

8 = Shock;

9 = Emorragia non traumatica;

10 = Trauma;

11 = Intossicazione;

12 = Febbre;

13 = Reazione allergica;

14 = Alterazioni del ritmo;

15 = Ipertensione arteriosa;

16 = Stato di agitazione psicomotoria;

17 = Sintomi o disturbi oculistici;

18 = Sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici;

19 = Sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici;

20 = Sintomi o disturbi dermatologici;

21 = Sintomi o disturbi odontostomatologici;

22 = Sintomi o disturbi urologici;

23 = Altri sintomi o disturbi;

- 24 = Accertamenti medico legali;
- 25 = Problema sociale;
- 26 = Caduta da altezza inferiore o uguale alla statura del soggetto;
- 27 = Ustione;
- 28 = Psichiatrico;
- 29 = Pneumologia / Patologia Respiratoria;
- 30 = Violenza altrui;
- 31 = Autolesionismo.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto").

35. CAUSA DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO (CAUSA_AC)

Indica la causa di accesso al Pronto Soccorso. Da compilare se PROBLEMA PRINCIPALE=10.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

- 1 = incidente sul lavoro;
- 2 = incidente domestico;
- 3 = incidente in strada;
- 4 = violenza altrui;
- 5 = autolesione o tentativo di suicidio;
- 6 = altro incidente sportivo (non in montagna);
- 7 = incidente in montagna (sciistico, slittino, snowboard, alpinismo);
- 8 = incidente scolastico;
- 11 = incidenti in altri luoghi.

Il campo è obbligatorio per i pazienti con trauma (codice 10 alla variabile (67) "Problema principale") e non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto").

2.5. ARCHIVIO 2 –DATI INCIDENTI IN MONTAGNA

Le variabili elencate in questa sezione vanno compilate solo se la causa di accesso al pronto soccorso è un incidente in montagna (sciistico, slittino, snowboard, alpinismo) (se la variabile “problema principale” = 10 (trauma) e “causa di accesso al pronto soccorso” = 7) e per pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (“Invio diretto” = 0).

36. DATA INCIDENTE (DATA_INC)

Data in cui il paziente è rimasto coinvolto nell’incidente nel formato ggmmaaaa.

Nel caso in cui non fosse conosciuta inserire 99999999.

Il campo è facoltativo.

37. ORA INCIDENTE (ORA_INC)

Orario in cui il paziente è rimasto coinvolto nell’incidente nel formato hhmm.

Nel caso in cui non fosse conosciuta inserire 9999.

Il campo è facoltativo.

38. NATURA DELLA LESIONE (LES_INC)

Indica la tipologia di traumatismo del paziente.

Per la compilazione di questo campo vedi l’Allegato 2.

Il campo è facoltativo.

39. PARTE DEL CORPO COINVOLTA (LES_CORP)

Indica la parte del corpo coinvolta dal traumatismo.

Per la compilazione di questo campo vedi l’Allegato 2.

Il campo è facoltativo.

40. DINAMICA DELL’INCIDENTE (DIN_INC)

Specifica la dinamica dell’incidente.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = urto contro uno sciatore;

2 = urto contro uno snowboarder;

3 = urto contro un ostacolo;

4 = caduta da impianto di risalita;

5 = caduta da fermo;

6 = caduta in movimento;

7 = malore;

9 = altre e non specificate dinamiche.

Il campo è facoltativo.

41. TIPO DI PERCORSO (TIPO_P)

Specifica il tipo di percorso svolto dall'incidentato.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = in pista;

2 = fuori pista;

9 = non specificato.

Il campo è facoltativo.

42. ATTIVITA' SVOLTA AL MOMENTO DELL'INCIDENTE (ATT_INC)

Indica l'attività svolta dal paziente nel momento dell'incidente.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = sci;

3 = snowboard;

4 = escursionismo/alpinismo;

7 = slittino.

Il campo è obbligatorio.

2.6. ARCHIVIO 2 – DATI DIAGNOSTICI E DI ESITO

43. DATA DI PRESA IN CARICO DA PARTE DEL MEDICO (DATA_MED)

Indica la data di presa in carico del paziente dal medico che lo visita in Pronto Soccorso.

Serve per valutare il tempo di attesa del paziente tra l’assegnazione del triage e la visita medica.

Formato: ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”).

44. ORA DI PRESA IN CARICO DA PARTE DEL MEDICO (ORA_MED)

Indica la l’ora di presa in carico del paziente dal medico che lo visita in Pronto Soccorso.

Serve per valutare il tempo di attesa del paziente tra l’assegnazione del triage e la visita medica.

Formato: hhmm.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”).

45. CODICE TRIAGE VALUTATO DAL MEDICO (TRIAGE_MED)

Indica il livello di appropriatezza dell’accesso valutato del medico dopo la visita.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = rosso (definisce uno stato molto critico e prevede un intervento di emergenza);

2 = giallo (definisce uno stato mediamente critico e prevede un intervento indifferibile);

3 = verde (definisce uno stato poco critico del paziente e prevede un intervento differibile);

4 = bianco (definisce uno stato non critico del paziente e prevede un intervento non urgente);

5 = nero (deceduto).

6 = Arancione – Critico;

7 = Blu – Non urgente;

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”) e che non abbandonano il Pronto Soccorso (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, X alla variabile (53) “Esito di Pronto Soccorso”).

46. IDENTIFICATIVO MEDICO (ID_MED)

Codice fiscale del medico di Pronto Soccorso che prende in carico il paziente.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”) e che non abbandonano il Pronto Soccorso (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, X alla variabile (53) “Esito di Pronto Soccorso”).

47. DIAGNOSI PRINCIPALE (DIAG_PRI)

Indica la diagnosi principale (la più importante per gravità clinica ed impegno di risorse), secondo le codifiche ICD9-CM 2007.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto") e che non abbandonano il Pronto Soccorso (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, X alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

48. DIAGNOSI SECONDARIA (DIAG_SEC)

Indica la diagnosi secondaria, secondo le codifiche ICD9-CM 2007.

49. CODICE TERZA DIAGNOSI (DIAG_3)

Campo vuoto.

50. DESCRIZIONE DIAGNOSI (DIAG_DES)

Campo vuoto.

68. PRESTAZIONE PRINCIPALE (PREST_PRINC)

Indica il codice della prestazione principale eseguita (la più importante per gravità clinica ed impegno di risorse)

I valori di riferimento sono le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nel tariffario provinciale (deliberazione G.P. n 2568 del 15/06/98 e successive modifiche).

Il tariffario provinciale riprende il sistema di codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale definito a livello nazionale con il D.M. del 22 luglio 1996.

I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto") e che non abbandonano il Pronto Soccorso (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, X alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

69. PRESTAZIONE SECONDARIA (PREST_SEC)

Indica il codice della prestazione secondaria eseguita più importante per gravità clinica ed impegno di risorse.

I valori di riferimento sono le prestazioni di specialistica ambulatoriale codificate nel tariffario provinciale (deliberazione G.P. n 2568 del 15/06/98 e successive modifiche).

Il tariffario provinciale riprende il sistema di codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale definito a livello nazionale con il D.M. del 22 luglio 1996.

I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rap-

presenta un carattere.

51. DATA DI USCITA (DATA_USC)

Data di uscita del paziente dal Pronto Soccorso nel formato ggmmaaaa.

Nel caso di pazienti giunti cadaveri, la data di uscita deve coincidere con la data di arrivo in Pronto Soccorso. Nel caso di pazienti che abbandonano il Pronto Soccorso, la data di uscita deve coincidere con la data in cui il paziente non ha risposto alla chiamata.

Per i pazienti ricoverati, la data di uscita deve coincidere con la data di ricovero presente nella SDO.

Nel caso di pazienti ammessi in O.B.I. la data di uscita dal Pronto Soccorso coincide con la data di fine Osservazione Breve Intensiva.

La scheda di Pronto Soccorso rimane aperta per tutta la permanenza del paziente in O.B.I.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”) e che non abbandonano il Pronto Soccorso (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, X alla variabile (53) “Esito di Pronto Soccorso”).

52. ORA DI USCITA (ORA_USC)

Ora di uscita del paziente dal Pronto Soccorso nel formato hhmm.

Nel caso di pazienti ammessi in O.B.I. l’ora di uscita dal Pronto Soccorso coincide con l’ora di fine Osservazione Breve Intensiva.

La scheda di Pronto Soccorso rimane aperta per tutta la permanenza del paziente in O.B.I.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”) e che non abbandonano il Pronto Soccorso (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, X alla variabile (53) “Esito di Pronto Soccorso”).

53. ESITO DI PRONTO SOCCORSO (ESITO)

Indica l’esito dell’intervento del medico di Pronto Soccorso/O.B.I.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = a domicilio;

2 = ricovero in reparto di degenza;

3 = trasferimento ad altro istituto;

4 = deceduto in Pronto Soccorso;

5 = giunto cadavere;

6 = rifiuta ricovero;

8 = il paziente abbandona il PS prima della visita medica;

9 = il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica;

X = dimissione a domicilio con successivo invio a strutture ambulatoriali.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”).

54. TIPO DI STRUTTURA DI TRASFERIMENTO (TIP_TRAS)

Indica il tipo di struttura di trasferimento del paziente.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = provinciale;

2 = austriaca convenzionata;

3 = resto d'Italia;

4 = estero/austriaco non convenzionato.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”) e trasferiti ad altri istituti (codice 3 alla variabile (53) “Esito di Pronto Soccorso”).

55. CODICE STRUTTURA DI TRASFERIMENTO (STR_TRAS)

Indica il codice della struttura di trasferimento del paziente nel caso di struttura provinciale, nazionale o austriaca convenzionata.

I valori di riferimento per le strutture provinciali e nazionali sono i codici delle strutture riportati nei Modelli Ministeriali HSP11.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) “Invio diretto”) e trasferiti ad altri istituti (codice 3 alla variabile (53) “Esito di Pronto Soccorso” e codici 1, 2, 3 alla variabile (54) “Tipo di struttura di trasferimento”).

70. REFERTO

Indica l'eventuale compilazione di referti.

I codici da utilizzare sono:

1 = Inail;

2 = Autorità Giudiziaria;

3 = ASL per morso di animale (cane e canidi);

9 = Altro

71. CODICE SPECIALITA' REPARTO (REPARTO)

Codice della specialità del reparto di ricovero dell'assistito.

Indica il codice del reparto di ricovero (reparto di ammissione) dell'assistito nel caso in cui il paziente venga trasportato in ospedale per ricovero diretto.

Utilizzare il codice di reparto di ricovero indicato nella scheda SDO, secondo la "Codifica della disciplina ospedaliera prevista nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere", secondo il D.M. 5/12/2006.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto") e ricoverati (codice 2 alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

72. PROGRESSIVO RICOVERO (NOSOGRAFICO)

Codice progressivo del ricovero, così come attribuito nella Scheda di Dimissione Ospedaliera.

La codifica è 4 cifre anno riferimento + 6 progressivo ricovero.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto") e ricoverati (codice 2 alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

73. MOTIVO TRASFERIMENTO (MOTIVO_TRAS)

Il motivo che ha spinto il Pronto Soccorso al trasferimento del paziente.

I codici da utilizzare sono

1 = In continuità di soccorso;

2 = Per mancanza di posto letto;

3 = Ritorno all'ospedale che ha richiesto consulenza.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto") e trasferiti ad altri istituti (codice 3 alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

74. REGIME EROGAZIONE (REG_EROGAZIONE)

Indica, per ciascun accesso al Pronto Soccorso, chi si farà carico dell'onere delle prestazioni, in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente e successive modifiche.

I codici da utilizzare sono:

1 = SSN (onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per accessi che non prevedono il ticket);

2 = SSN + Ticket (compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito);

3 = Ministero degli Interni (nel caso di cittadini extracomunitari senza permesso di soggiorno l'onere è a carico del Ministero degli Interni, secondo il D. Lgs. 286/98, art. 35, comma 6);

9 = Altro (pagamento del ticket attraverso terzo pagante o assistito pagante in proprio).

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto") e che non abbandonano il Pronto Soccorso (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, X alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

75.IMPORTO TARIFFARIO (IMP_TARI)

Indica la tariffa per le prestazioni erogate in PS al lordo dell'eventuale compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto") e che non abbandonano il Pronto Soccorso (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, X alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

76.IMPORTO TICKET (IMP_TICKET)

Indica la compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto"), dimessi a domicilio (codici 1, X alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso") e se compartecipa alla spesa (codici 2, 9 alla variabile (74) "Regime erogazione").

77.POSIZIONE TICKET ASSISTITO (POS_TICKET)

Indica la tipologia di esenzione dell'assistito in relazione allo specifico accesso al PS.

I codici da utilizzare sono:

1 = Non esente;

2 = Esente totale per invalidità;

3 = Esente per età e reddito;

4 = Esente per patologia;

5 = Esente per categoria (pensionati sociali e familiari a carico, disoccupati e familiari a carico, titolari di pensioni al minimo oltre i 60 anni e loro familiari a carico);

6 = Donne in stato di gravidanza;

7 = Esente parziale per invalidità;

8 = Altre categorie (soggetti sottoposti ad accertamenti previsti per il riconoscimento di malattie rare, soggetti affetti da HIV, tossicodipendenti in trattamento di disassuefazione, donatori, detenuti, STP, militari/forze armate, ...);

9 = Esente, laddove previsto in relazione al livello appropriatezza accesso e in relazione alla normativa nazionale in tema di pagamento ticket in Pronto Soccorso.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto") e che non abbandonano il Pronto Soccorso (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, X alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

78. CODICE ESENZIONE (CD_ESEN)

Indica il codice di esenzione dal pagamento del ticket del cittadino (codifica provinciale delle esenzioni).

79. TIPO OPERAZIONE (TIPO_OPER)

Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissione di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate. I valori ammessi sono:

I = Inserimento (trasmissione di informazioni nuove o per la trasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione;

V = Variazione (trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una soprascrittura dal sistema di acquisizione);

C = Cancellazione (trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto").

2.7. ARCHIVIO 2 – DATI O.B.I.

56. ATTIVAZIONE O.B.I. (ATT_OBI)

Indica se il paziente è stato destinato all'Osservazione Breve Intensiva. I codici da utilizzare sono:

1 = sì;

2 = no.

Il campo è obbligatorio.

57. MODALITÀ ORGANIZZATIVA DELL'O.B.I. (TIPO_OBI)

Indica la modalità organizzativa dell'O.B.I. adottata dal presidio ospedaliero:

1= centralizzato;

2= decentralizzato.

Il campo è obbligatorio per i pazienti in O.B.I. (codice 1 alla variabile (56) “Attivazione O.B.I.”).

58. UNITÀ OPERATIVA O.B.I. (REP_OBI)

L'unità operativa O.B.I. individua l'unità operativa presso la quale viene attivata l'O.B.I.

Il codice da utilizzare per le unità operative (Codici Ministero della Sanità del D.M. 19/03/88) corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12; i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera; gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.

Devono pertanto essere esclusivamente utilizzati i codici ministeriali delle specialità cliniche o discipline ospedaliere previste dal Piano sanitario provinciale o istituite da apposita deliberazione provinciale se previste e costituite successivamente. Verrà inserito un codice per l'unità operativa di Pronto Soccorso.

Il campo è obbligatorio per i pazienti in O.B.I. (codice 1 alla variabile (56) “Attivazione O.B.I.”).

59. DATA INIZIO O.B.I. (DATA_OBI)

Data di ammissione del paziente in O.B.I. nel formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio per i pazienti in O.B.I. (codice 1 alla variabile (56) “Attivazione O.B.I.”).

60. ORA INIZIO O.B.I. (ORA_OBI)

Ora di ammissione del paziente in O.B.I. nel formato hhmm.

Il campo è obbligatorio per i pazienti in O.B.I. (codice 1 alla variabile (56) “Attivazione O.B.I.”).

61. DIAGNOSI O.B.I. (DIAG_OBI)

È riportata la diagnosi relativa all’aspetto prevalente affrontato nel corso dell’attività di O.B.I., codificata utilizzando il sistema di classificazione ICD9-CM 2007.

Il campo è obbligatorio per i pazienti in O.B.I. (codice 1 alla variabile (56) “Attivazione O.B.I.”).

80. CENTRO DI COSTO AZIENDALE (CDC_AS)

Indicare il codice del punto di erogazione della prestazione secondo il piano dei centri di costo aziendali⁶.

⁶ Nuovo campo richiesto dal direttore generale dell'azienda sanitaria con lettera del 07.05.2012 prot. 0048184-BZ 08.05.2012, con obbligatorietà richiesta a partire dal 01/01/2013. Attualmente campo sospeso.

ALLEGATI

- **Allegato 1: Tracciato record per il controllo di qualità dei dati e l’assegnazione del codice identificativo univoco**
- **Allegato 2: Natura della lesione - parte del corpo coinvolta**
- **Allegato 3: Elenco dei controlli automatici**
- **Allegato 4: Tracciato record per l’invio dei dati al Ministero della Salute**
- **Allegato 5: Tabella di transcodifica tra codici esenzione ticket (CD_ESENZ) e posizione ticket (POS_TICK)**
- **Allegato 6: Termini di invio**

ALLEGATO 1: TRACCIATO RECORD PER IL CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI E L'ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO

Legenda:

OBBV = Campo obbligatorio e vincolante

OBB = Campo obbligatorio in determinate circostanze

“vuoto” = Campo facoltativo

ARCHIVIO 1: VARIABILI ANAGRAFICHE

N.	Nome variabile	Descrizione	Tipo	Lun.	Da	A	Obb
1	ASL_INV	Comprensorio inviante	AN	3	1	3	OBB V
2	ISTITUTO	Presidio ospedaliero	AN	8	4	11	OBB V
3	ID_ACC	Identificativo accesso	AN	16	12	27	OBB V
4	COG	Cognome	AN	30	101	130	OBB V
5	NOME	Nome	AN	20	131	150	OBB V
6	NOMEA	Cognome acquisito	AN	30	151	180	
7	SESSO	Sesso	AN	01	181	181	OBB V
8	DNASCITA	Data di nascita	D	08	182	189	OBB V
9	COM_NASC	Comune di nascita	AN	06	190	195	OBB V
10	S_CIVILE	Stato civile	AN	01	196	196	
11	COM_RES	Comune di residenza	AN	06	197	202	OBB V
12	C_CITT	Cittadinanza	AN	03	203	205	OBBV
13	COD_SANI	Codice sanitario individuale	AN	20	206	225	OBB
14	REG_RES	Regione di residenza	AN	03	226	228	OBB V
15	ASL_RES	Azienda sanitaria/comprensorio sanitario di residenza	AN	03	229	231	
16	REG_ASS	Regione di assistenza	AN	03	232	234	
17	ASL_ASS	Azienda sanitaria/ comprensorio sanitario di assistenza	AN	03	235	237	
18	TIPO_ID	Tipo identificativo utente	AN	01	238	238	OBBV
19	COD_ID	Codice identificativo utente	AN	20	239	258	OBBV
20	N_TEAM	Numero identificazione della TEAM	AN	20	259	278	OBB
21	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	AN	15	279	293	OBB
22	DEN_IST	Acronimo istituzione competente TEAM	AN	30	294	323	
23	ST_ESTERO	Stato che rilascia la tessera	AN	02	324	325	OBB
24	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN	04	326	329	
25	DATA_SCAD	Data scadenza tessera	D	08	330	337	OBB
81	PRES_COD_ID	Informazione relativa alla validità del codice identificativo dell'assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al	N	01	338	338	OBB V

N.	Nome variabile	Descrizione	Tipo	Lun.	Da	A	Obb
82	TS_COD_ID	MEF. Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell’assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al MEF.	N	02	339	340	OBB V

Nota:

I campi con tracciato **alfanumerico (AN)** vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi a destra.
I campi **data** di questo archivio sono di tipo **GGMMAAAA**; se mancanti, valorizzati con **spazio**.

ARCHIVIO 2: VARIABILI RELATIVE ALL'ACCESSO E VARIABILI CLINICHE

N.	Nome variabile	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Obb
1	ASL_INV	Comprensorio inviante	AN	3	1	3	OBB V
2	ISTITUTO	Presidio ospedaliero	AN	8	4	11	OBB V
3	ID_ACC	Identificativo accesso	AN	16	12	27	OBBV
26	CO_STS11	Codice struttura	AN	06	28	33	
27	CDC_PS	CDC Pronto Soccorso	AN	20	34	53	OBBV
28	DATA_AC	Data di accettazione	D	08	54	61	OBBV
29	ORA_AC	Ora di accettazione	H	04	62	65	OBBV
30	DIRETTO	Invio diretto	AN	01	66	66	OBBV
31	TRIAGE	Codice triage all'accesso	AN	01	67	67	OBB
32	MOD_ARR	Modalità di arrivo in Pronto Soccorso	AN	01	68	68	OBB
33	<i>COD_MEZ</i>	<i>Codice mezzo di trasporto</i>	<i>AN</i>	<i>10</i>	<i>69</i>	<i>78</i>	<i>Blank</i>
34	<i>COD_TRA_OLD</i>	<i>Codice individuale trasporto</i>	<i>AN</i>	<i>10</i>	<i>79</i>	<i>88</i>	<i>Blank</i>
35	CAUSA_AC	Causa di accesso al Pronto Soccorso	AN	02	89	90	OBB
36	DATA_INC	Data incidente	D	08	91	98	OBB
37	ORA_INC	Ora incidente	H	04	99	102	OBB
38	LES_INC	Natura della lesione	AN	04	103	106	OBB
39	LES_CORP	Parte del corpo coinvolta	AN	04	107	110	OBB
40	DIN_INC	Dinamica incidente	AN	01	111	111	
41	TIPO_P	Tipo di percorso	AN	01	112	112	
42	ATT_INC	Attività svolta al momento dell'incidente	AN	01	113	113	OBB
43	DATA_MED	Data di presa in carico da parte del medico	D	08	114	121	OBB
44	ORA_MED	Ora di presa in carico da parte del medico	H	04	122	125	OBB
45	TRIAGE_MED	Codice triage valutato dal medico	AN	01	126	126	OBB
46	ID_MED	Identificativo medico	AN	16	127	142	OBB
47	DIAG_PRI	Diagnosi principale	AN	05	143	147	OBB
48	DIAG_SEC	Diagnosi secondaria	AN	05	148	152	
49	<i>DIAG_3</i>	<i>Codice 3° diagnosi</i>	<i>AN</i>	<i>05</i>	<i>153</i>	<i>157</i>	<i>Blank</i>
50	<i>DIAG_DES</i>	<i>Descrizione diagnosi</i>	<i>AN</i>	<i>100</i>	<i>158</i>	<i>257</i>	<i>Blank</i>
51	DATA_USC	Data di uscita	D	08	258	265	OBB
52	ORA_USC	Ora di uscita	H	04	266	269	OBB
53	ESITO	Esito di Pronto Soccorso	AN	01	270	270	OBB
54	TIP_TRAS	Tipo di struttura di trasferimento	AN	01	271	271	OBB
55	STR_TRAS	Codice struttura di trasferimento	AN	06	272	277	OBB
56	ATT_OBI	Attivazione O.B.I.	AN	01	278	278	OBB V
57	TIPO_OBI	Modalità organizzativa dell'O.B.I.	AN	01	279	279	OBB
58	REP_OBI	Unità operativa O.B.I.	AN	04	280	283	OBB
59	DATA_OBI	Data inizio O.B.I.	D	08	284	291	OBB
60	ORA_OBI	Ora inizio O.B.I.	H	04	292	295	OBB
61	DIAG_OBI	Diagnosi O.B.I.	AN	05	296	300	OBB
62	CENTRALE	Codice identificativo centrale operativa	AN	05	301	305	OBB
63	COD_MISSIONE	Codice missione	AN	16	306	321	OBB
64	COD_TRA	Codice individuale di assistenza (o interven-	AN	09	322	330	OBB

N.	Nome variabile	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Obb
		to)					
65	RESPONSABILE INVIO	Responsabile dell’invio al PS	N	01	331	331	OBBV
66	ISTITU-TO_PROVENIENZA	Identificativo dell’istituto di ricovero inviante	AN	08	332	339	OBB
67	PROBLEMA PPRINCIPALE	Problema principale riscontrato al momento del triage	AN	02	340	341	OBB
68	PRES_PRI	Prestazione principale eseguita	AN	07	342	348	OBB
69	PRES_SEC	Prestazione secondaria eseguita	AN	07	349	355	
70	REFERTO	La compilazione di referti	AN	01	356	356	
71	SPEC_REPARTO	Codice specialità del reparto di ricovero	AN	02	357	358	OBB
72	PROG_RICOVERO	Il progressivo del ricovero in SDO	AN	10	359	368	OBB
73	MOTIVO_TRASF	Il motivo di trasferimento	N	01	369	369	OBB
74	REG_EROGAZIONE	Regime di erogazione	N	01	370	370	OBB
75	IMP_TARI	Importo tariffario	N	09	371	379	OBB
76	IMP_TICKET	Importo ticket	N	09	380	388	OBB
77	POS_TICKET	Posizione ticket dell’assistito	N	01	389	389	OBB
78	COD_ESEN	Codice esenzione dell’assistito	AN	06	390	395	
79	TIPO_OPER	Tipo di operazione	AN	01	396	396	OBB
80	CDC_AS	Centro di costo aziendale	N	10	397	406	OBB (SOSPESO)

Nota:

I campi con tracciato **alfanumerico (AN)** vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi a destra.

I campi **data** di questo archivio sono di tipo **GGMMAAAA** se mancanti, valorizzati con **spazio**.

I campi **ora** sono di tipo **hhmm**; se mancanti, valorizzati con **spazio**.

ALLEGATO 2: NATURA DELLA LESIONE- PARTE DEL CORPO COINVOLTA

Modalità di rilevazione delle variabili “Natura della lesione” e “Parte del corpo coinvolta” secondo il tracciato della rilevazione degli incidenti sciistici in atto nel Pronto Soccorso di Brunico.

NATURA DELLA LESIONE

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
1000	Fratture		
1100	Fratture	Frattura non esposta	Frattura non esposta
1110	Fratture	Frattura non esposta	Frattura da torsione
1120	Fratture	Frattura non esposta	Frattura obliqua
1130	Fratture	Frattura non esposta	Frattura trasversa
1140	Fratture	Frattura non esposta	Frattura comminuta
1150	Fratture	Frattura non esposta	Frattura bipolare
1160	Fratture	Frattura non esposta	Frattura da compressione
1200	Fratture	Frattura esposta	Frattura esposta
1210	Fratture	Frattura esposta	I°
1220	Fratture	Frattura esposta	II°
1230	Fratture	Frattura esposta	III°
1300	Fratture	Frattura lussazione	Frattura lussazione
1400	Fratture	Distacco osseo	Distacco osseo
1500	Fratture	Epifisiolisi	Epifisiolisi
1510	Fratture	Epifisiolisi	Salter 1
1520	Fratture	Epifisiolisi	Salter 2
1530	Fratture	Epifisiolisi	Salter 3
1540	Fratture	Epifisiolisi	Salter 4
1550	Fratture	Epifisiolisi	Salter 5
1600	Fratture	Le fort	Le fort
1610	Fratture	Le fort	Le fort 1
1620	Fratture	Le fort	Le fort2
1630	Fratture	Le fort	Le fort 3
2000	Lussazioni		
2100	Lussazioni	Lussazione non esposta	Lussazione non esposta
2110	Lussazioni	Lussazione non esposta	Senza lesione vascolonerv.
2120	Lussazioni	Lussazione non esposta	Con lesione vascolonervosa
2200	Lussazioni	Lussazione esposta	Lussazione esposta
3000	Lesioni capsulo-legamentose		
3100	Lesioni capsulo-legamentose	Lesione legamentosa	Lesione legamentosa
3110	Lesioni capsulo-legamentose	Lesione legamentosa	I° (senza interruzione macrosc.)
3120	Lesioni capsulo-legamentose	Lesione legamentosa	II° (lesione parziale)
3130	Lesioni capsulo-legamentose	Lesione legamentosa	III°(lesione completa)
3131	Lesioni capsulo-legamentose	Lesione legamentosa	Senza distacco osseo
3132	Lesioni capsulo-legamentose	Lesione legamentosa	Con distacco osseo
3200	Lesioni capsulo-legamentose	Lesione capsulare	Lesione capsulare
3300	Lesioni capsulo-legamentose	Emartro d.n.d.d.	Emartro d.n.d.d.
3400	Lesioni capsulo-legamentose	Lesione meniscale	Lesione meniscale
4000	Ferite		
4100	Ferite	Ferita lacerocontusa	Ferita lacerocontusa
4110	Ferite	Ferita lacerocontusa	Con lesione tendinea, muscol.,

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
			nervosa o vascol.
4200	Ferite	Ferita da taglio	Ferita da taglio
4210	Ferite	Ferita da taglio	Con lesione tendinea, muscol., nervosa o vascol.
4300	Ferite	Ferita da punta	Ferita da punta
5000	Traumi contusivi		
5100	Traumi contusivi	Contusione	Contusione
5110	Traumi contusivi	Contusione	Con ematoma
5120	Traumi contusivi	Contusione	Senza ematoma
5200	Traumi contusivi	Cont. Da schiacciamento	Cont. Da schiacciamento
5300	Traumi contusivi	Trauma con lesione di organi interni	Trauma con lesione di organi interni
5310	Traumi contusivi	Trauma con lesione di organi interni	Commozione
5320	Traumi contusivi	Trauma con lesione di organi interni	Contusione
5330	Traumi contusivi	Trauma con lesione di organi interni	Compressione
6000	Lesioni muscolo-tendinee		
6100	Lesioni muscolo-tendinee	Lesione tendinea	Lesione tendinea
6200	Lesioni muscolo-tendinee	Lesione muscolare	Lesione muscolare
6210	Lesioni muscolo-tendinee	Lesione muscolare	Microscopica
6220	Lesioni muscolo-tendinee	Lesione muscolare	Macroscopica
7000	Politraumi	Politraumi	Politraumi
8000	Malattie internistiche	Malattie internistiche	Malattie internistiche
9000	Decessi	Decessi	Decessi

PARTE DEL CORPO COINVOLTA

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
1000	Cranio		
1100	Cranio	Parte ossea cranica	Parte ossea cranica
1110	Cranio	Parte ossea cranica	Calotta cranica
1120	Cranio	Parte ossea cranica	Scheletro facciale
1130	Cranio	Parte ossea cranica	Base cranica
1200	Cranio	Parti molli del cranio	Parti molli del cranio
1210	Cranio	Parti molli del cranio	Del cranio
1220	Cranio	Parti molli del cranio	Faciali
1230	Cranio	Parti molli del cranio	Cervicali
1300	Cranio	Cerabrum	Cerabrum
2000	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori		
2100	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Clavicola	Clavicola
2110	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Clavicola	Art. Sternoclavicolare
2120	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Clavicola	Art. Acromioclavicolare
2200	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Scapola	Scapola

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
2210	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Scapola	Faccia glenoidale
2220	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Scapola	Scapola restante
2300	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Art. Scapolo-omeroale	Art. Scapolo-omeroale
2310	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Art. Scapolo-omeroale	Cuffia dei rotatori
2320	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Art. Scapolo-omeroale	Tendine bicipite lungo
2400	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Omero
2410	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Epifisi prossimale
2411	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Testa dell'omero
2412	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Trochite
2413	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Collo (anat./chir.)
2420	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Diafisi omeroale
2421	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Terzo prossimale
2422	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Terzo medio
2423	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Terzo distale
2430	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Epifisi distale
2431	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Capitolo omeroale
2432	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Troclea
2433	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Epicondilo radiale
2434	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Epitroclea
2440	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Omero	Parti molli omerali
2500	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Art. Del gomito	Art. Del gomito
2600	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Radio	Radio
2610	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Radio	Epifisi prossimale
2611	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Radio	Testa radiale
2612	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Radio	Collo radiale
2620	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Radio	Diafisi radiale
2621	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Radio	Terzo prossimale

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
2622	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Radio	Terzo medio
2623	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Radio	Terzo distale
2630	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Radio	Epifisi distale
2631	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Radio	Proc. Stiloideo
2700	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Ulna	Ulna
2710	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Ulna	Epifisi prossimale
2711	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Ulna	Olecrano
2712	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Ulna	Proc. Coronoido
2720	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Ulna	Diafisi ulnare
2721	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Ulna	Terzo prossimale
2722	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Ulna	Terzo medio
2723	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Ulna	Terzo distale
2730	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Ulna	Epifisi distale
2731	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Ulna	Proc. Stiloideo
2740	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Ulna	Parti molli avambraccio
2800	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Carpo
2810	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Ossa del carpo
2811	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Scafoide
2812	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Lunato
2813	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Ossa restanti del carpo
2820	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Tendini degli estensori
2821	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Est. Lungo d. Pollice
2822	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Abd. Breve d. Pollice
2823	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Est. Breve d. Pollice
2824	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Est. Radiale del carpo
2825	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Est. Comune delle dita
2830	Cingolo scapolo-omero ed estremità superiori	Carpo	Tendini flessori

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
2831	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Fless. Profondi d. Dita
2832	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Fless. Superficiali d. Dita
2833	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Fless. Del carpo
2840	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Tunnel carpale
2900	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Mano
2910	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Ossa metacarpalia
2911	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	1° MC
2912	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	MC restanti
2920	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Art. MCF I
2921	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Capsola palmare
2922	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Leg. Coll. Ulnari
2923	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Leg. Coll. Radiali
2924	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Falange pross.
2925	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Falange distale
2930	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Art. MCF 2-5
2931	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Capsola palmare
2932	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Leg. Collaterali
2940	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Art. Interfalangea pross. 2-5
2950	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Art. Interfalangea dist. 2-5
2960	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Falange pross. 2-5
2970	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Falange media 2-5
2980	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Falange dist. 2-5
2990	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Mano	Parti molli della mano
3000	Torace / addome / colonna vertebrale		
3100	Torace / addome / colonna vertebrale	Torace	Torace
3110	Torace / addome / colonna vertebrale	Torace	Parte ossea del torace
3111	Torace / addome / colonna vertebrale	Torace	Sterno

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
3112	Torace / addome / colonna vertebrale	Torace	Costole
3120	Torace / addome / colonna vertebrale	Torace	Organi toracici
3121	Torace / addome / colonna vertebrale	Torace	Polmoni
3122	Torace / addome / colonna vertebrale	Torace	Pleura
3123	Torace / addome / colonna vertebrale	Torace	Organi mediastinali
3200	Torace / addome / colonna vertebrale	Diaframma	Diaframma
3300	Torace / addome / colonna vertebrale	Addome	Addome
3310	Torace / addome / colonna vertebrale	Addome	Parete addominale
3320	Torace / addome / colonna vertebrale	Addome	Organi addominali
3321	Torace / addome / colonna vertebrale	Addome	Fegato
3322	Torace / addome / colonna vertebrale	Addome	Milza
3323	Torace / addome / colonna vertebrale	Addome	Altri
3330	Torace / addome / colonna vertebrale	Addome	Retroperitoneo
3331	Torace / addome / colonna vertebrale	Addome	Reni
3332	Torace / addome / colonna vertebrale	Addome	Pancreas
3333	Torace / addome / colonna vertebrale	Addome	Vasi addominali
3400	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	Colonna vertebrale
3410	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	Colonna cervicale
3411	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	Atlante
3412	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	Epistrofeo
3413	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	C3
3414	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	C4
3415	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	C5
3416	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	C6
3417	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	C7
3420	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	Colonna dorsale
3421	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	Vertebre da D1 a D8

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
3422	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	D9
3423	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	D10
3424	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	D11
3425	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	D12
3430	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	Colonna lombare
3431	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	L1
3432	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	L2
3433	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	L3
3434	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	L4
3435	Torace / addome / colonna vertebrale	Colonna vertebrale	L5
3500	Torace / addome / colonna vertebrale	Midollo spinale	Midollo spinale
3510	Torace / addome / colonna vertebrale	Midollo spinale	Parte cervicale
3520	Torace / addome / colonna vertebrale	Midollo spinale	Parte toracale
3530	Torace / addome / colonna vertebrale	Midollo spinale	Parte lombare
3600	Torace / addome / colonna vertebrale	Parti molli della colonna	Parti molli della colonna
4000	Bacino		
4100	Bacino	Ileo	Ileo
4110	Bacino	Ileo	Ala iliaca
4120	Bacino	Ileo	SIAS
4130	Bacino	Ileo	SIAI
4140	Bacino	Ileo	SIPS
4150	Bacino	Ileo	SIPI
4200	Bacino	Ischio	Ischio
4210	Bacino	Ischio	Tuber ischiatico
4300	Bacino	Pube	Pube
4310	Bacino	Pube	Ramo ileopubico
4320	Bacino	Pube	Ramo ischiopubico
4400	Bacino	Osso sacro	Osso sacro
4500	Bacino	Osso coccige	Osso coccige
4600	Bacino	Art. Ileosacrale	Art. Ileosacrale
4700	Bacino	Sinfisi	Sinfisi
4800	Bacino	Acetabolo	Acetabolo
5000	Estremità inferiori		
5100	Estremità inferiori	Art. Dell'anca	Art. Dell'anca
5200	Estremità inferiori	Femore	Femore
5210	Estremità inferiori	Femore	Epifisi prossimale
5211	Estremità inferiori	Femore	Testa femorale
5212	Estremità inferiori	Femore	Collo (med.)

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
5213	Estremità inferiori	Femore	Collo (lat.)
5214	Estremità inferiori	Femore	Regione trocanterica
5220	Estremità inferiori	Femore	Diafisi
5221	Estremità inferiori	Femore	Terzo prossimale
5222	Estremità inferiori	Femore	Terzo medio
5223	Estremità inferiori	Femore	Terzo distale
5230	Estremità inferiori	Femore	Epifisi distale
5231	Estremità inferiori	Femore	Condilo mediale
5232	Estremità inferiori	Femore	Condilo laterale
5240	Estremità inferiori	Femore	Parti molli femorali
5241	Estremità inferiori	Femore	M. Quadricipite
5242	Estremità inferiori	Femore	N. Isciadico
5243	Estremità inferiori	Femore	A. Femorale
5244	Estremità inferiori	Femore	Altri
5300	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Art. Del ginocchio
5310	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Apparato capsuloleg. Mediale
5311	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	LCM
5312	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	POL =
5320	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Apparato capsuloleg. Laterale
5321	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	LCL
5322	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Tendine popliteo
5323	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Tratto ileotibiale
5330	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Bivot centrale
5331	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	LCA
5332	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	LCP
5333	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	LCM + LCA
5334	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	LCM + POL + LCA
5340	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Capsola articolare
5341	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Parte anteriore
5342	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Parte posteriore
5350	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Menisco
5351	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Menisco mediale
5352	Estremità inferiori	Art. Del ginocchio	Menisco laterale
5400	Estremità inferiori	Patella	Patella
5410	Estremità inferiori	Patella	Polo inferiore
5420	Estremità inferiori	Patella	Tendine del quadricipite
5430	Estremità inferiori	Patella	Tendine rotuleo
5500	Estremità inferiori	Tibia	Tibia
5510	Estremità inferiori	Tibia	Epifisi prossimale
5511	Estremità inferiori	Tibia	Eminenza intercond.
5512	Estremità inferiori	Tibia	Piatto tibiale mediale
5513	Estremità inferiori	Tibia	Piatto tibiale laterale
5514	Estremità inferiori	Tibia	Tubercolo Gerdy
5520	Estremità inferiori	Tibia	Diafisi
5521	Estremità inferiori	Tibia	Terzo prossimale
5522	Estremità inferiori	Tibia	Terzo medio
5523	Estremità inferiori	Tibia	Terzo distale
5530	Estremità inferiori	Tibia	Epifisi distale
5531	Estremità inferiori	Tibia	Pilon tibiale
5532	Estremità inferiori	Tibia	Malleolo mediale
5533	Estremità inferiori	Tibia	Tubercolo Chaput

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
5600	Estremità inferiori	Fibula	Fibula
5610	Estremità inferiori	Fibula	Testa
5620	Estremità inferiori	Fibula	Diafisi
5630	Estremità inferiori	Fibula	Malleolo laterale
5700	Estremità inferiori	Gamba	Gamba
5710	Estremità inferiori	Gamba	Parti molli
5711	Estremità inferiori	Gamba	Loggia del tibiale ant.
5712	Estremità inferiori	Gamba	N. Peroneo com.
5713	Estremità inferiori	Gamba	N. Tiabiale
5714	Estremità inferiori	Gamba	Vasi
5715	Estremità inferiori	Gamba	M. Tircipite surale
5716	Estremità inferiori	Gamba	Tendine d'achille
5800	Estremità inferiori	Art. Tibiotarsica	Art. Tibiotarsica
5810	Estremità inferiori	Art. Tibiotarsica	App. Legamentoso lat.
5820	Estremità inferiori	Art. Tibiotarsica	App. Leg. Med.
5830	Estremità inferiori	Art. Tibiotarsica	Sindesmosi
5900	Estremità inferiori	Piede	Piede
5910	Estremità inferiori	Piede	Parte ossea
5911	Estremità inferiori	Piede	Astragalo
5912	Estremità inferiori	Piede	Calcagno
5913	Estremità inferiori	Piede	Cuboide
5914	Estremità inferiori	Piede	Navicolare
5915	Estremità inferiori	Piede	Cuneiforme 1-3
5916	Estremità inferiori	Piede	Metatarso 1-5
5917	Estremità inferiori	Piede	Falange pross. 1-5
5918	Estremità inferiori	Piede	Falange media 1-5
5919	Estremità inferiori	Piede	Falange dist. 1-5
5920	Estremità inferiori	Piede	Parti molli
5921	Estremità inferiori	Piede	Tendine del tibiale ant.
5922	Estremità inferiori	Piede	Tendine estensore
5923	Estremità inferiori	Piede	Tendine flessore
5924	Estremità inferiori	Piede	Fascio vascolonervoso

ALLEGATO 3: ELENCO DEI CONTROLLI AUTOMATICI

N	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Controlli
1	ASL_INV	Comprensorio sanitario in-viante	AN	3	OBB V	Obbligatorietà Verifica valore compreso in: 101,102,103,104
2	ISTITUTO	Presidio ospedaliero	AN	8	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice istituto nell'elenco dei codici istituto.
3	ID_ACC	Identificativo accesso	AN	16	OBB V	Obbligatorietà Il campo deve essere compilato con 16 caratteri. Verifica composizione: posizione da 1-4 = anno erogazione, posizione da 5 - 10 = codice ospedale provinciale, 11 - 16 = progressivo Anno ID_ACC = Anno COD_MMISSIONE oppure Anno COD_MMISSIONE + 1
4	COG	Cognome	AN	30	OBB V	Obbligatorietà Se = ANONIMO verifica TIPO_ID=3 e NOME = "ANONIMO"
5	NOME	Nome	AN	20	OBB V	Obbligatorietà Se = ANONIMO verifica TIPO_ID=3 e COGNOME = "ANONIMO"
6	NOMEA	Cognome acquisito	AN	30		
7	SESSO	Sesso	AN	01	OBB V	Obbligatorietà Verifica compreso: 1 = maschio; 2 = femmina
8	DNASCITA	Data di nascita	D	08	OBB V	Obbligatorietà Verifica della correttezza della data nel formato GGMMAAAA. DNASCITA ≤ Data di sistema DNASCITA ≤ DATA_AC DNASCITA ≤ DATA_INC DNASCITA ≤ DATA_MED DNASCITA ≤ DATA_USC Se il campo di una delle date non obbligatorie è vuoto non controllare.
9	COM_NASC	Comune di nascita	AN	06	OBB V	Obbligatorietà Se NOME = ANONIMO verifica presenza nei primi 3 caratteri di un codice delle province italiane (codici ISTAT) oppure codice "999". Se NOME <> ANONIMO e i primi tre caratteri sono <> "999", allora verifica l'esistenza del comune nell'elenco dei codici comuni italiani dell'ISTAT; Se NOME <> ANONIMO e i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica l'esistenza del codice sull'elenco dei paesi esteri (codici Ministero degli Interni, escluso il codice per l'Italia "100"); Altro codice possibile: "999999" (comune sconosciuto). Se nato all'estero e paese sconosciuto "999998" o se nato in Italia ma comune sconosciuto: 999997.

N	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Controlli
10	S_CIVILE	Stato civile	AN	01		Se compilato verificare che il valore sia compreso in: 1,2,3,4,5,6
11	COM_RES	Comune di residenza	AN	06	OBB V	Obbligatorietà Se i primi tre caratteri sono <> "999", allora verifica l'esistenza del comune sull'elenco dei codici comuni italiani dell'ISTAT; Se i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica l'esistenza del codice sull'elenco dei paesi esteri (codici Ministero degli Interni, escluso il codice per l'Italia "100"); Altro codice possibile: "999999" comune sconosciuto. Se residente all'estero e paese sconosciuto "999998" o se residente in Italia ma comune sconosciuto: 999997.
12	C_CITT	Cittadinanza	AN	03	OBB V	Obbligatorietà Verifica che la cittadinanza sia uguale a 100 o 999 o 998 oppure esistenza della cittadinanza sull'elenco dei paesi esteri (codici del Ministero degli Interni).
13	COD_SANI	Codice sanitario individuale	AN	20	OBB	Obbligatorietà se NOME <> ANONIMO. Verifica esattezza codice attraverso la procedura automatica di controllo delle matricole della banca dati anagrafica provinciale (BDPA)
14	REG_RES	Regione di residenza	AN	03	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice sull'elenco delle regioni italiane (Ministero della Salute) o sull'elenco dei paesi esteri (codici del Ministero degli Interni). Se regione italiana verifica congruenza con il comune di residenza Se il comune di residenza è sconosciuto (COM_RES=999999 o 999998 o 999997) verifica REG_RES=000
15	ASL_RES	Azienda sanitaria/comprendorio sanitario di residenza	AN	03		Verifica esistenza del codice sull'elenco delle ASL italiane (DM 17/09/1986) Se compilato deve essere compatibile con la Regione di Residenza.
16	REG_ASS	Regione di assistenza	AN	03		Verifica esistenza del codice sull'elenco delle regioni italiane (DM 17/09/1986)
17	ASL_ASS	Azienda sanitaria di assistenza	AN	03		Verifica esistenza del codice sull'elenco delle ASL italiane (DM 17/09/1986)
18	TIPO_ID	Tipo identificativo utente	AN	01	OBB V	Obbligatorietà Verifica valore compreso in: 1, 2, 3, 4, 9, Z. Se TIPO_ID = 9 allora verifica COD_ESEN <> E01, E02, E03, E04, E21, E22, X01, 99, E99. Se TIPO_ID = 4 allora verifica REG_EROGAZIONE = 1 o 2.

N	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Controlli
19	COD_ID	Codice identificativo utente	AN	20	OBB V	Obbligatorietà Se TIPO_ID=1 allora COD_ID deve essere di lunghezza 16 (alfanumerico) o 11 (numerico) e deve essere presente nella anagrafica BDPA. Se TIPO_ID = 2 verifica che il valore immesso in COD_ID sia nel formato STP (3) + codice regione (3) + codice ASL(3) + progressivo (7) e la lunghezza deve essere pari a 16 Se TIPO_ID = 3 allora verifica che il COD_ID sia 20 "X", COG = "ANONIMO" e NOME = "ANONIMO" e la lunghezza deve essere pari a 20. Se TIPO_ID = 4 inserire il campo nr. 6 della TEAM. Se COD_ID = 20 "X" allora TIPO_ID = 3 o Z. Se TIPO_ID = 9 allora COD_ID = deve contenere ENI (3) + codice regione(3) + codice ASL(3) + progressivo (7) e la lunghezza deve essere pari a 16. Verifica che se TIPO_ID<>3 all'interno di una stessa spedizione non possono esserci 2 accessi aventi stesso COD_ID, DATA_AC e ORA_AC. Verifica che se TIPO_ID<>3 e l'accesso è già presente in definitivo con stesso COD_ID, DATA_AC e ORA_AC, allora anche ID_ACC deve essere uguale. Per tutti gli altri casi (TIPO_ID = "Z"), compilare con "X" ripetuto 20 volte: se paziente residente a cassa estera, compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze)
20	N_TEAM	Numero identificazione della TEAM	AN	20	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4. Riportare il campo nr. 8 della TEAM. Altrimenti deve essere vuoto.
21	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	AN	15	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4 Altrimenti deve essere vuoto.
22	DEN_IST	Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM	AN	30		
23	ST_ESTERO	Stato che rilascia la tessera	AN	02	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4 Verifica che il campo sia lungo 2 caratteri. Altrimenti deve essere vuoto.
24	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN	04		Se valorizzato verifica che sia uguale a E111 o E106.
25	DATA_SCAD	Data scadenza tessera	D	08	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID= 4 DATA_SCAD >= DNASCITA DATA_SCAD >= DATA_AC Se il campo di una delle date non obbligatori è vuoto non controllare. Altrimenti deve essere vuoto.
26	CO_STS11	Codice struttura erogatrice	AN	06		Se compilato, verifica presenza del codice nella relativa tabella di dominio.
27	CDC_PS	CDC Pronto Soccorso	AN	20	OBB V	Obbligatorietà Verifica presenza del codice nella relativa tabella di dominio

N	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Controlli
28	DATA_AC	Data di accettazione	D	08	OBB V	Obbligatorietà Verifica della correttezza della data nel formato GGMMAAAA. DATA_AC < Data Sistema DATA_AC >= DNASCITA DATA_AC <= DATA_MED DATA_AC <= DATA_USC DATA_AC >= DATA_INC Anno (YYYY) della DATA_AC deve essere lo stesso riportato nel ID_ACC alle posizioni 1 ->4 Anno (YYYY) della DATA_AC = Anno COD_MISSIONE oppure Anno COD_MISSIONE + 1
29	ORA_AC	Ora di accettazione	H	04	OBB V	Obbligatorietà Verifica che se: - DATA_AC = DATA_MED allora ORA_AC < ORA_MED - DATA_AC = DATA_USC allora ORA_AC < ORA_USC - ORA_MED - ORA_AC < 24 ore Verifica della correttezza dell'orario nel formato hhmm.
30	DIRETTO	Invio diretto	AN	01	OBB V	Obbligatorietà Verifica valore compreso in: 1,0.
31	TRIAGE	Codice triage all'accesso	AN	01	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 Se compilato il campo deve soddisfare le seguenti caratteristiche: Verifica valore compreso in: 1 - 7, 9 Se TRIAGE = 9 verifica che il campo ISTITUTO = 041006, 041007 o 041011 Se TRIAGE = 5, verifica che ESITO = 5 ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
32	MOD_ARR	Modalità di arrivo in Pronto Soccorso	AN	01	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 Se compilato il campo deve soddisfare le seguenti caratteristiche: Verifica valore compreso tra 1-8. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
33	COD_MEZ	Codice identificativo centrale operativa	AN	10		Campo vuoto
34	COD_TRA_OLD	Codice missione	AN	10		Campo vuoto
35	CAUSA_AC	Causa di accesso al Pronto Soccorso (TRAUMA)	AN	02	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e PROBLEMA PRINCIPALE = 10 Verifica valore compreso tra 1 e 8, 11 ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto

N	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Controlli
36	DATA_INC	Data incidente	D	08		Se compilato il campo deve soddisfare le seguenti caratteristiche: Verifica della correttezza della data nel formato GGMMAAAA oppure "99999999". DATA_INC < Data Sistema DATA_INC >= DNASCITA DATA_INC <= DATA_AC DATA_INC <= DATA_MED DATA_INC <= DATA_USC
37	ORA_INC	Ora incidente	H	04		Se compilato il campo deve soddisfare le seguenti caratteristiche: Verifica della correttezza dell'orario nel formato hhmm oppure "9999".
38	LES_INC	Natura della lesione	AN	04		Se compilato il campo deve soddisfare le seguenti caratteristiche: Verifica la presenza dei valori nell'elenco dei codici previsti nelle tabelle in allegato.
39	LES_CORP	Parte del corpo coinvolta	AN	04		Se compilato il campo deve soddisfare le seguenti caratteristiche: Verifica la presenza di valori nell'elenco dei codici previsti nelle tabelle in allegato.
40	DIN_INC	Dinamica incidente	AN	01		Se compilato il campo deve soddisfare le seguenti caratteristiche: Verifica valore compreso tra 1-7, 9.
41	TIPO_P	Tipo di percorso	AN	01		Se compilato il campo deve soddisfare le seguenti caratteristiche: Verifica valore compreso in: 1, 2, 9.
42	ATT_INC	Attività svolta al momento dell'incidente	AN	01	OBB	Obbligatorietà se CAUSA_AC=7 e DIRETTO =0 Se compilato il campo deve soddisfare le seguenti caratteristiche: Verifica valore compreso in: 1,3,4,7 ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
43	DATA_MED	Data di presa in carico da parte del medico	D	08	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,9,X Verifica della correttezza della data nel formato GGMMAAAA. DATA_MED < Data Sistema DATA_MED >= DNASCITA DATA_AC <= DATA_MED DATA_MED <= DATA_USC DATA_MED >= DATA_INC ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
44	ORA_MED	Ora di presa in carico da parte del medico	H	04	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,9,X Verifica che se: - DATA_MED = DATA_AC allora ORA_AC < ORA_MED - DATA_MED = DATA_USC allora ORA_MED < ORA_USC - ORA_MED - ORA_AC < 24 ore Verifica della correttezza dell'orario nel formato hhmm. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto

N	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Controlli
45	TRIA-GE_MED	Codice triage valutato dal medico	AN	01	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,X Se compilato il campo deve soddisfare le seguenti caratteristiche: Verifica valore compreso in: 1 – 7 Se ESITO = 5, verifica che TRIAGE_MED = 5
46	ID_MED	Identificativo medico	AN	16	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,X Se compilato il campo deve soddisfare le seguenti caratteristiche: Verifica che abbia il seguente formato “AAAAAANNANNANNNA”.
47	DIAG_PRINC	Diagnosi principale	AN	05	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,X Verifica codice compreso nella codifica ICD9-CM 2007
48	DIAG_SEC	Diagnosi secondaria	AN	05		Se compilato, verifica codice compreso nella codifica ICD9-CM 2007
49	DIAG_3	Codice 3° diagnosi	AN	05		Campo vuoto
50	DIAG_DES	Descrizione diagnosi	AN	100		Campo vuoto
51	DATA_USC	Data di uscita	D	08	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,X Verifica della correttezza della data nel formato GGMMAAAA. DATA_USC < Data Sistema DATA_USC >= DNASCITA DATA_USC >= DATA_AC DATA_USC >= DATA_MED DATA_USC >= DATA_INC DATA_USC <= DAT_SCAD ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto Se DATA_USC non vuota, allora: [(MM-1)(DATA_USC)] ≤ [MM(DATA_AC)] ≤ [MM(DATA_USC)]
52	ORA_USC	Ora di uscita	H	04	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,X Verifica che se: - DATA_USC = DATA_AC allora ORA_AC < ORA_USC - DATA_USC = DATA_MED allora ORA_MED < ORA_USC. Verifica della correttezza dell'orario nel formato hhmm. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
53	ESITO	Esito di Pronto Soccorso	AN	01	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO = 0 Verifica valore compreso tra 1 e 6, 8, 9 e X. Se TRIAGE = 5, verifica che ESITO = 5 Se ESITO = 5, verifica che TRIAGE_MED = 5 ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
54	TIP_TRAS	Tipo di struttura di trasferimento	AN	01	OBB	Obbligatorietà se ESITO =3 e DIRETTO =0 Verifica valore compreso in: 1, 2, 3, 4. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto

N	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Controlli
55	STR_TRAS	Codice struttura di trasferimento	AN	06	OBB	Obbligatorietà se ESITO=3, TIP_TRAS =1,2,3 e DIRETTO =0 Verifica che il codice sia compreso nel modello ministeriale HSP11 o nell'elenco delle strutture austriache convenzionate. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
56	ATT_OBI	Attivazione O.B.I.	AN	01	OBBV	Obbligatorietà Verifica valore uguale a 1 o 2
57	TIPO_OBI	Modalità organizzativa dell'O.B.I.	AN	01	OBB	Obbligatorietà se ATT_OBI = 1 Verifica valore uguale a 1 o 2 ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
58	REP_OBI	Unità operativa O.B.I.	AN	04	OBB	Obbligatorietà se ATT_OBI = 1 Verifica codice compreso nell'elenco dei codici di reparto ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
59	DATA_OBI	Data inizio O.B.I.	D	08	OBB	Obbligatorietà se ATT_OBI = 1 Se compilato verifica formato GGMMAAAA. DATA_OBI >= DATA_AC DATA_OBI <= DATA_USC ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
60	ORA_OBI	Ora inizio O.B.I.	H	04	OBB	Obbligatorietà se ATT_OBI = 1 Se compilato verifica formato hhmm. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
61	DIAG_OBI	Diagnosi O.B.I.	AN	05	OBB	Obbligatorietà se ATT_OBI = 1 Verifica codice compreso nella codifica ICD9-CM 2007 ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
62	CENTRALE	Codice identificativo centrale operativa	AN	05	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e MOD_ARR=2,3,4,6,7,8 e RESPONSABILE INVIO =5 Verifica codice compreso nella tabella di dominio. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
63	COD_MISSIONE	Codice missione	AN	16	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e RESPONSABILE INVIO =5 Verifica composizione: posizione da 1-4 = anno erogazione, posizione da 5 - 16 = numero progressivo. (Esistenza del codice della missione nel tracciato 2 del 118 (var. nr. 10)) ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto Anno DATA_AC = Anno COD_MISSIONE oppure Anno COD_MISSIONE + 1 Anno ID_ACC = Anno COD_MISSIONE oppure Anno COD_MISSIONE + 1
64	COD_TRA	Codice individuale di assistenza (o intervento)	AN	09	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e MOD_ARR=2,3,4,6,7,8 e RESPONSABILE INVIO =5 (Esistenza del codice della missione nel tracciato 2 del 118 (var. nr. 39)) ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
65	RESPONSABILE INVIO	Responsabile dell'invio al PS	N	01	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 Verifica valore compreso in: 1 – 7,9. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto

N	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Controlli
66	ISTITU- TO_PROVEN IENZA	Identificativo dell'istituto di ricovero inviante	AN	08	OBB	Obbligatorietà se RESPONSABILE INVIO =4 e DIRETTO =0 Verifica che il codice sia compreso nel modello ministeriale HSP11 o nell'elenco delle strutture austriache convenzionate. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
67	PROBLEMA PPRINCIPA- LE	Problema principale riscon- trato al momento del triage	AN	02	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 Verifica valore compreso tra 1 e 31 ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
68	PRES_PRI	Prestazione principale ese- guita	AN	07	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,X Verifica codice prestazione compresa nel nomenclatore provinciale. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
69	PRES_SEC	Prestazione secondaria eseguita	AN	07		Verifica codice prestazione compresa nel nomenclatore provinciale.
70	REFERTO	La compilazione di referti	AN	01		Se compilato verifica valore compreso tra 1 e 3, 9.
71	SPEC_REPA RTO	Codice specialità del repar- to di ricovero	AN	02	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=2 Verifica nella tabella di dominio dei reparti. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
72	PROG_RICO VERO	Il progressivo del ricovero in SDO	AN	10	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=2 ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto Verifica che i primi 4 caratteri (AAAA) siano uguali all'anno di DATA_USC oppure all'anno di DATA_USC + 1)
73	MOTI- VO_TRASF	Il motivo di trasferimento	N	01	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=3 Se compilato verifica valore compreso tra 1 e 3 ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
74	REG_EROG AZIONE	Regime di erogazione	N	01	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,X Verifica valore compreso in: 1 - 3, 9 se TIPO_ID <> 4 1, 2 se TIPO_ID = 4 ALTRIMENTI , se indicato: Verifica valore compreso in: 1 - 3, 9 se TIPO_ID <> 4 1, 2 se TIPO_ID = 4
75	IMP_TARI	Importo tariffario lordo	N	09	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,X Valori ammessi 0,01 – 999999,99 ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto o compreso tra 0,00 e 999999,99.
76	IMP_TICKET	Importo ticket	N	09	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,X e se REG_EROGAZIONE=2,9 Valori ammessi 0,01 – 999999,99 Il campo deve essere compilato se POS_TICKET =1. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto o compreso tra 0,00 e 999999,99.

N	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	Obbl.	Controlli
77	POS_TICKET	Posizione ticket dell'assistito	N	01	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,X Verifica valore compreso tra 1 e 9 Se POS_TICKET=1 verifica che IMP_TICKET non sia NULL vuoto. Se TIPO_ID = G, verifica che POS_TICKET = 8
78	COD_ESEN	Codice esenzione dell'assistito	AN	06		Se compilato verifica: - codice esenzione compreso nella codifica provinciale delle esenzioni - coerenza con tabella di transcodifica (allegato 5) - Se CD_ESEN=T12 allora COM_RES= 035xxx, 036xxx. 037xxx e 038xxx e POS_TICKET=8 - Se CD_ESEN=013T allora POS_TICKET=4
79	TIPO_OPER	Tipo di operazione	AN	01	OBB	Obbligatorietà se DIRETTO =0 Valori ammessi: I, V, C. ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
80	CDC_AS	Centro di costo aziendale	N	10	OBB	Obbligatorietà a partire dal 01/01/2013 SOSPESO Verifica valore compreso nella tabella di dominio dei CDC dell'azienda sanitaria.
81	PRES_COD_ID	Informazione relativa alla validità del codice identificativo dell'assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al MEF.	N	01	OBB V	Obbligatorietà 0 = codice valido (presente in banca dati MEF) 1 = codice errato (non presente in banca dati MEF)
82	TS_COD_ID	Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito recuperata a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS al MEF.	N	02	OBB V	Obbligatorietà 0 = codice fiscale 1 = codice STP 2 = codice ENI 3 = codice TEAM 4 = codice numerico provvisorio a 11 cifre 99 = codice non presente

ALLEGATO 4: TRACCIATO INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE

Caratteristiche dei dati inviati:

La selezione da fare sui campi prima dell'invio dei dati è la seguente:

- DIRETTO =0
- TIP_TRAS = 1, 2, 3 o 4
- CENTRALE ≠ 99999
- CODICE_MISSIONE ≠ 0000000000000000

TRACCIATO MINISTERO SALUTE				TRACCIATO PRONTO SOCCORSO (SPS)	
Nodo di riferimento	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione	Valore/ campo	Transcodifica
Header					
Erogatore	Codice Istituto	OBB V		ISTITUTO	
Accesso	Identificativo	OBB V		ID_ACC	
Accesso	Tipo trasmissione	OBB V		TIPO_OPER	
Entrata	Data	OBB V		DATA_AC	Formato: AAAA-MM-GG
Entrata	Ora	OBB V		ORA_AC	Formato: HH:MM
Accesso	Modalità di arrivo	OBB V		MOD_ARR	Vedi tabella
Centrale Operativa	Identificativo	OBB		CENTRALE	
Centrale Operativa	Codice missione	OBB		CODICE_MISSIONE	
Accesso	Responsabile Invio	OBBV		RESPONSABILE INVIO	
Accesso	Istituto provenienza	OBB		ISTITUTO_PROVENIENZA	Se ISTITUTO_PROVENIENZA compreso nell'elenco delle strutture austriache convenzionate, codificare (XX + ISTITUTO_PROVENIENZA), dove XX codice stato estero
Accesso	Problema principale	OBBV		PROBLEMA PRINCIPALE	
Accesso	Trauma	OBB		CAUSA_AC	Vedi tabella
Accesso	Triage.	OBBV		TRIAGE	Vedi tabella
Presa in carica	Data	OBBV		DATA_MED	Formato: AAAA-MM-GG

TRACCIATO MINISTERO SALUTE				TRACCIATO PRONTO SOCCORSO (SPS)	
Nodo di riferimento	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione	Valore/ campo	Transcodifica
Presa in carica	Ora	OBBV		ORA_MED	Formato: HH:MM
Dimissione	Esito Trattamento	OBBV		ESITO	Vedi tabella
Dimissione	Data	OBB		DATA_USC	Formato: AAAA-MM-GG
Dimissione	Ora	OBB		ORA_USC	Formato: HH:MM
Dimissione	Referto			REFERTO	
Dimissione	Livello Appropriatazza Accesso	OBB		TRIAGE_MED	Vedi tabella
Ricovero	Codice Specialità Reparto	OBB		REPARTO	Estrarre i primi 2 caratteri
Ricovero	Progressivo	OBB		NOSOGRAFICO	Composizione: Anno (AA) e progressivo (6cifre)
Trasferimento	Motivo	OBB		MOTIVO_TRAS	
Trasferimento	Istituto	OBB		STR_TRAS	Se TIP_TRAS = 2, codificare (XX + STR_TRAS), dove XX codice stato estero Se TIP_TRAS = 4, codificare (XXXXXX)
Importo	Regime erogazione	OBB		REG_EROGAZIONE	
Importo	Lordo		Valori ammessi 0.01 – 999999.99	IMP_TARI	Se IMP_TARI=0 transcodificare con vuoto.
Importo	Ticket		Valori ammessi 0.01 – 999999.99	IMP_TICKET	Se IMP_TICKET=0 transcodificare con vuoto.
Importo	Posizione Ticket Assistito	OBB		POS_TICKET	
Importo	Codice Esenzione		SOSPESO	CD_ESENZ	Vedi tabella di transcodifica SOSPESO
Assistito	CUNI	OBBV		MATR_SAN	Se non identificato: 20 "X"
Assistito	PRES_COD_ID	OBBV			
Assistito	TS_COD_ID	OBBV			
Assistito	Codice Istituzione TEAM			COD_IST	Compilare solo se STATO ESTERO =AT,BE,BG,CY,CZ,DE,DK,EE,ES,FI,FR,GB,GR,HU,IE,LT,LU,LV,MT,NL,PL,PT,RO,SE,SI,SK
Dati anagrafici	Genere	OBBV		SESSO	
Dati anagrafici - Età	Nascita Anno	OBBV		DNASCITA	Estrarre l'anno (AAAA)

TRACCIATO MINISTERO SALUTE				TRACCIATO PRONTO SOCCORSO (SPS)	
Nodo di riferimento	Descrizione del campo	Tipo	Norme di compilazione	Valore/ campo	Transcodifica
Dati anagrafici - Età	Nascita Mese	OBB		DNASCITA	Estrarre il mese (MM) se l'età è inferiore ad un anno
Dati anagrafici - Età	Presunta			DNASCITA	Calcolare l'età
Dati anagrafici	Cittadinanza	OBBV		C_CITT	Codici Alpha2 ZZ = apolidi XX = sconosciuto o anonimo
Residenza	Comune	OBBV		COM_RES	Vedi tabella
Residenza	Regione	OBBV		REG_RES	Vedi tabella
Residenza	Stato Estero	OBB		C_CITT COM_RES	Estrarre gli ultimi 3 caratteri e transcodificare con Codici Alpha2 ZZ = apolidi XX = sconosciuto o anonimo Compilare solo se <> IT
Residenza	ASL			ASL_RES	Vedi tabella
Diagnosi	Principale	OBB		DIAG_PRINC	
Diagnosi	Secondaria			DIAG_SEC	
Prestazione	Principale	OBB		PRES_PRI	Eliminare i punti
Prestazione	Secondaria			PRES_SEC	Eliminare i punti

Tabelle di Conversione

Trauma	codice	CAUSA_AC (flusso SPS)
aggressione;	1	4
autolesionismo;	2	5
incidente sul lavoro;	3	1
incidente domestico;	4	2
incidente scolastico;	5	8
incidente sportivo;	6	6, 7
incidente in strada;	7	3
incidenti in altri luoghi chiusi.	9	11

Modalità di arrivo	codice	MOD_ARR (flusso SPS)
Ambulanza 118	1	2, 3
Altra Ambulanza	2	6
Autonomo (arrivato con mezzi propri)	3	1
Elicottero 118	4	4
Altro Elicottero	5	7
Mezzo di soccorso 118 di altre regioni	6	8
Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, Polizia, ecc.)	7	5

Triage	codice	TRIAGE (flusso SPS)
rosso	R	1
giallo;	G	2
verde	V	3
bianco	B	4
nero	N	5
arancione	G	6
blu	B	7
Non compilato	X	9

Se ISTITUTO=041011, 041006 e 041007 il TRIAGE sempre =X.

Livello Appropriately Accesso	codice	TRIAGE_MED (flusso SPS)
rosso	R	1
giallo;	G	2
verde	V	3
bianco	B	4
nero	N	5
arancione	G	6
blu	B	7

Esito trattamento	codice	ESITO (flusso SPS)
dimissione a domicilio;	1	1
ricovero in reparto di degenza;	2	2
trasferimento ad altro istituto;	3	3
deceduto in PS;	4	4
rifiuta ricovero;	5	6
il paziente abbandona il PS prima della visita medica;	6	8
il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica;	7	9
dimissione a strutture ambulatoriali;	8	X
giunto cadavere.	9	5

Se ESITO = 6,7 i campi DATA_USC, ORA_USC, TRIAGE_MED, REG_EROGAZIONE, POS_TICKET e DIAG_PRINC, DIAG_SEC, PRES_PRI, PRES_SEC e LORDO devono essere vuoti.

Comune	codice	COM_RES (flusso SPS)
Residente all'estero	999999	999XXX, 999998, 999999

Regione	codice	REG_RES (flusso SPS)
Residente all'estero	999	Residenti all'estero (codici Ministero interni)
Residenza sconosciuta	999	000

ASL	Codice	ASL_RES (flusso SPS)
Residente all'estero	999	Residenti all'estero (codici Ministero interni)
Residenza sconosciuta	Missing	000

ALLEGATO 5: TABELLA DI TRANSCODIFICA TRA CODICI ESENZIONE TICKET (CD_ESENZ) E POSIZIONE TICKET (POS_TICK)

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Pos_Ticket
da 001 a 067 (eccetto 002, 004, 010, 015, 033, 043), A02, A31, B02	persone affette dalle malattie croniche ed invalidanti di cui al decreto del Ministro della Salute 28.05.1999, n. 329, e successive modifiche	4
013T (in vigore dal 01.04.2014)	diabete temporaneo (Delibera G.P. 1980 del 27.10.2013). Esenzione con un periodo di validità massima di 6 mesi.	4
0C02 (in vigore dal 01.09.2018)	Malattie delle arterie, arteriole, capillari, vene e vasi linfatici	2
02 (valida fino al 28.02.2019)	invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla I alla V	2
03 (valida fino al 28.02.2019)	invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3 e sordomuti indicati dall'articolo 7 della legge 02.04.1968, n. 482	2
04 (valida fino al 28.02.2019)	invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3	2
05 (valida fino al 28.02.2019)	grandi invalidi per servizio	2
12 (valida fino al 28.02.2019)	invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla II alla V	2
13 (valida fino al 28.02.2019)	invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla VI all'VIII	2
14 (valida fino al 28.02.2019)	grandi invalidi del lavoro	2
3F (valida fino al 28.02.2019)	invalidi civili al 100 %, compresi i ciechi con residuo visivo binoculare fino ad 1/20 e i minorenni invalidi civili, che percepiscono l'indennità di accompagnamento	2
99 (valida fino al 30.06.2014)	persone appartenenti ad un nucleo familiare, che per la propria situazione economica non raggiunge il valore di 1,5 del reddito minimo di inserimento di cui al decreto del Presidente della Giunta Provinciale 11.08.2000, n. 30, e succ. modifiche	3
BI	cittadini extracomunitari invitati in provincia di Bolzano dalle Associazioni "Il Girotondo", "Chernobyl Alto Adige-Südtirol" e "Chernobyl Eppan-Appiano"	8
da BZ1 a BZ3	persone affette dalle malattie di cui all'art. 35, comma 3, della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche	4
C01 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6, comma 1, lett. d, del D.M. 01.02.1991)	2
C02 (valida fino al	Malattie delle arterie, arteriole, capillari, vene e vasi linfatici	2

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Pos_ Ticket
28.02.2019)		
C02 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6, comma 1, lett. d, del D.M. 01.02.1991)	2
C03 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità (ex art.6, comma1, lett. d del D.M. 01.02.1991)	2
C04 (in vigore dal 01.03.2019)	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art.1, L.n. 289/90 (ex art.5, comma 6, del Dlgs 124/1998)	2
C05 (in vigore dal 01.03.2019)	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad 1/10 ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili- ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. f del D.M. 01.02.1991 (ex art. 6, L.n. 482/68 come modificato dalla L.n.68/99)	2
C06 (in vigore dal 01.03.2019)	Sordi (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. f del D.M. 01.02.1991 (ex art. 7, L.n. 482/68, come modificato dalla L.n. 68/99)	2
C07 (in vigore dal 01.03.2019)	Prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile ex D.M. 20.07.1989, n.293, e succ.mod.	2
CP	Visita di collaudo dei dispositivi protesici (circolare dell'Ufficio distretti sanitari; prot. 23.2/55.06/Dr. CGG/16576 del 07.10.2004). (Da utilizzare <u>solo</u> se il paziente non ha altre esenzioni)	4
DE	detenuti	8
DN (valida fino al 28.02.2019)	soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati (legge 25 febbraio 1992, n. 210)	8
E 21 (fino al 31.10.12 co- dice JU)	persone di età tra i 6 anni (compiuti) e i 14 anni (non compiuti), appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a Euro 36.151,98 (ai sensi dell'articolo 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e succ. modifiche). Esenzione modificata con Circolare Ufficio Distretti Sanitari Prot. Nr 23.2/55.07/392455 del 07.07.2011.	3
E01 (valida dal 01.09.11)	Soggetti con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex. Art. 8, comma 16 della L.537/1993 e successive modifiche e integrazioni)	3
E02 (AL fino al 31.08.11)	disoccupati che hanno presentato ad un Centro per l'impiego la dichiarazione di disponibilità al lavoro ai sensi del decreto legislativo n. 181/2000, e succ. modifiche, oppure un lavoratore in mobilità o in cassa integrazione o loro familiari fiscalmente a carico. Il reddito complessivo del nucleo familiare di appartenenza di tali persone deve essere inferiore a Euro 8.263,31, se il nucleo è composto dal/la solo/a disoccupato/a e, nel caso sia presente anche il coniuge, inferiore a Euro 11.362,05. Tali importi vanno incrementati di ulteriori Euro 516,46 per ogni figlio a carico	3
E03 (fino al 31.10.12 co- dice SR)	Titolari di assegno (ex pensione) sociale - e loro familiari a carico (ex art. 8, comma 16, della L. n. 537/1993, e successive modifiche ed integrazioni)	5
E04 (MI fino al 31.08.11)	titolari di pensione al minimo, di età superiore a 60 anni, oppure loro familiari fiscalmente a carico. Il reddito complessivo del nucleo familiare di appartenenza di tali persone deve essere inferiore a Euro 8.263,31, se il nucleo è composto dal/la solo/a titolare di pensione al minimo e, nel caso sia presen-	5

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Pos_ Ticket
	te anche il coniuge, inferiore a Euro 11.362,05. Tali importi vanno incrementati di ulteriori Euro 516,46 per ogni figlio a carico	
E22 (fino al 31.10.12 co- dice FC)	figli a carico	3
E99 (valida dal 01.07.2014)	persone appartenenti ad un nucleo familiare, che per la propria situazione economica non raggiunge il valore di 1,5 del reddito minimo di inserimento di cui alla delibera della Giunta Provinciale 13.05.2014, n. 539.	3
G01 (valida dal 01.03.2019)	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla I alla V titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art.6, comma 1, lett. a del D.M. 01.02.1991)	2
G02 (valida dal 01.03.2019)	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla VI all'VIII (ex art.6, comma 2, lett. a del D.M.01.02.1991)	2
I01 (valida dal 15.12.2014)	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento allo svolgimento di servizio civile (ex D.P.C.M. 28.11.2003)	8
L01 (valida dal 01.03.2019)	Grandi invalidi del lavoro - dall' 80% al 100% di invalidità (ex art. 6, comma 1, lett b del D.M.01.02.1991)	2
L02 (valida dal 01.03.2019)	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità (ex art.6, comma 1, lett. b del D.M. 01.02.1991)	2
L03 (valida dal 01.03.2019)	Invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa inferiore < 2/3 - dall' 1% al 66% di invalidità - (ex art.6, comma 2, lett. b del D.M. 01.02.1991)	2
L04 (valida dal 01.03.2019)	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art.6, comma 2, lett. c del D.M.01.02.1991)	2
L1	soggetti sospetti di essere affetti da HIV (ex art. 1, comma 5, lettera b), del D.Lgs. 124/1998)	8
L5 (valida fino al 28.02.2019)	infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali	4
L6 (valida fino al 31.05.2017)	donatori viventi d'organo compresi i donatori di midollo emopoietico	8
L7	donatori di sangue	8
L9 (valida fino al 28.02.2019)	esenzione per stato di gravidanza (ex D.M. 10.09.1998)	6
M00 (valida dal 01.03.2019)	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.10.09.1998) - in epoca pre-concezionale	6
da M01 a M41 (valida dal 01.03.2019)	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.10.09.1998) - in gravidanza ordinaria	6
M42 (valida dal 01.03.2019)	Esenzione per gravidanza oltre la 41esima settimana	6
M50	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.10.09.1998) - in gravidanza a rischio	6

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Pos_ Ticket
(valida dal 01.03.2019)		
M52 (valida dal 01.03.2019)	Ulteriori prestazioni in gravidanza erogate al personale navigante	6
M99 (valida dal 01.03.2019)	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.10.09.1998) - in gravidanza ordinaria (qualora il medico non fosse in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione)	6
N01 (valida dal 01.03.2019)	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L.n.210 del 25.02.1992 - Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati (ex art.1, comma 5, lett.d del Dlgs n.124/1998)	8
PREV	prestazioni di cui all'ex art. 1, comma 4, lettera a) e b), del decreto legislativo 124/1998, prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85, comma 4, della legge. 388/2000), prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione ed affidamento, allo svolgimento del servizio civile e prestazioni di cui al punto 1 della deliberazione della G.P. n. 1069 del 29.03.1999	8
PX (valida fino al 28.02.2019)	invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa inferiore ai 2/3	2
PY (valida fino al 31.01.16)	vittime del terrorismo e della criminalità organizzata	8
PZ (valida fino al 28.02.2019)	invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla VI all'VIII	2
R99999	prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5, comma 2, del D.M. 18.05.2001, n. 279) sostituisce "UB" dal 01/02/2008 (deliberazione della G.P. 4471 del 17.12.2007)	8
Da RA0010 a RQ0010	persone affette dalle malattie rare esenti ai sensi del decreto del Ministro della Salute 18.05.2001, n. 279	8
S01 (valida dal 01.03.2019)	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla I categoria - titolari di specifica pensione (ex art. 6, comma 1, lett. c del D.M. 01.02.1991)	2
S02 (valida dal 01.03.2019)	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla II alla V (ex art.6, comma 1, lett. c del D.M. 01.02.1991)	2
S03 (valida dal 01.03.2019)	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla VI all'VIII (ex art. 6, comma 2, lett. d del D.M. 01.02.1991)	2
S04 (valida dal 01.03.2019)	Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art. 6, comma 1, L. 08.07.1998, n. 230)	8
SE (valida fino al 31.08.11)	persone di età superiore a 65 anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a Euro 36.151,98 (ai sensi dell'articolo 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e succ. modifiche)	3
T01 (valida dal 01.06.2017)	donatori viventi di sangue, organi e tessuti	8
T12 (valida dal 11/06/2012)	Esenzione terremoto 2012 ER (circolare Regione Emilia Romagna del 08.06.2012, n.9, codice comuni: 035xxx, 036xxx, 037xxx, 038xxx)	8

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Pos_ Ticket
al 31/12/2013 salvo proro- ga)		
TD	Prestazioni contraddistinte dalla sigla “TD” (“Prestazioni territoriali e domiciliari”) o “TD-S” che ai sensi del Testo Unico delle Linee guida di cui alla delibera della G.P. n. 2390 del 14.06.99 sono erogate senza alcuna partecipazione alla spesa da parte dell’utente. (Da utilizzare <u>solo</u> se il paziente non ha altre esenzioni)	8
TN	Prestazioni erogate senza esenzione	1
TR	Prestazioni per le quali non é previsto il ticket (p.es. Prestazioni di PS seguite da ricovero, prestazioni OBI)	9
V01 (valida dal 01.02.2016	Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (ex art. 15 L. n. 302/90, art. 5, comma 6, D.Lgs. 124/1998); Vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità < 80% e loro familiari (ex art. 9 L. 206/2004); Vittime del dovere e familiari superstiti (ex D.P.R. 7 luglio 2006, n. 243);	8
V02 (valida dal 01.02.2016	Vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità > 80% e loro familiari (ex art. 4, L. 3.8.2004, n. 243)	8
X01	Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all’ingresso ed al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti (ex art. 35, comma 3, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e relativo regolamento di attuazione). Tale codice va utilizzato quando il cittadino straniero assistito non goda ad altro titolo (es. gravidanza, malattia cronica, ecc) dell’esenzione dalla partecipazione alla spesa. (Deliberazione della G.P. n. 982 del 7 giugno 2010).	8
ZD (valida fino al 28.02.2019)	Prestazioni ambulatoriali connesse all’espletamento del servizio civile o sociale. (Deliberazione della G.P. n. 2045 del 13 agosto 2009).	8

ALLEGATO 6: TERMINI DI INVIO

Mese di erogazione delle prestazioni	Data scadenza invio definitivo CED → SIAG	Data scadenza invio definitivo SIAG → MINISTERO
Gennaio 2019	Lunedì 25 Marzo 2019	Venerdì 29 Marzo 2019
Febbraio 2019	Martedì 23 Aprile 2019	Martedì 30 Aprile 2019
Marzo 2019	Lunedì 27 Maggio 2019	Venerdì 31 Maggio 2019
Aprile 2019	Lunedì 24 Giugno 2019	Venerdì 28 Giugno 2019
Maggio 2019	Giovedì 25 Luglio 2019	Mercoledì 31 Luglio 2019
Giugno 2019	Lunedì 26 Agosto 2019	Venerdì 30 Agosto 2019
Luglio 2019	Martedì 24 Settembre 2019	Lunedì 30 Settembre 2019
Agosto 2019	Venerdì 25 Ottobre 2019	Giovedì 31 Ottobre 2019
Settembre 2019	Lunedì 25 Novembre 2019	Venerdì 29 Novembre 2019
Ottobre 2019	Lunedì 23 Dicembre 2019	Martedì 31 Dicembre 2019
Novembre 2019	Lunedì 27 Gennaio 2020	Venerdì 31 Gennaio 2020
Dicembre 2019	Lunedì 24 Febbraio 2020	Venerdì 28 Febbraio 2020
Gennaio 2020	Mercoledì 25 Marzo 2020	Martedì 31 Marzo 2020
Febbraio 2020	Venerdì 24 Aprile 2020	Giovedì 30 Aprile 2020