



Specifiche tecniche

per la procedura informativa del flusso

EMERGENZA-URGENZA Pronto Soccorso (EMUR)

A cura dell'Osservatorio per la Salute

(Deliberazione della G.P. n. 529 del 14.07.2020)

Aggiornata il 10.12.2025

Specifiche tecniche per la procedura informativa del flusso EMUR Pronto Soccorso

Dicembre 2025

© Edito dalla:

Provincia Autonoma di Bolzano

Ripartizione Salute

Osservatorio per la Salute

Scaricabile dal sito internet:

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

INDICE

PAG.

1. STORIA DEL DOCUMENTO	4
2. ELENCO DELLE VARIABILI.....	4
3. SPECIFICAZIONE DELLE VARIABILI	7
3.1. DATI ANAGRAFICI	7
3.2. DATI CLINICI.....	12
3.3. GESTIONE ANONIMATO	27
4. TRASMISSIONE DEI DATI	28
4.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI, ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA.....	28
4.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO	28
ALLEGATI	29
ALLEGATO 1: TRACCIATO RECORD PER L’INVIO DEI DATI.....	30
ALLEGATO 2: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI.....	51
ALLEGATO 3: TRACCIATO RECORD SIAG PER L’OSSERVATORIO PER LA SALUTE	75
ALLEGATO 4: TRACCIATO INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE.....	80
ALLEGATO 5: STRUTTURA XML	85
ALLEGATO 6: TERMINI DI INVIO	96
ALLEGATO 7: TABELLE DI CONVERSIONE	97
ALLEGATO 8: DIAGNOSI O.B.I.....	99
ALLEGATO 9: TABELLA DI TRANSCODIFICA TRA CODICI ESENZIONE E POSIZIONE TICKET	108
ALLEGATO 10: NATURA DELLA LESIONE E PARTE DEL CORPO COINVOLTA.....	113
ALLEGATO 11: CODICI DELLE DISCIPLINE	124

1. STORIA DEL DOCUMENTO

VERSIONE	DATA	NOTE / MODIFICHE EFFETTUATE
1.0	01.01.2012	Definizione del tracciato
1.1	20.06.2012	Inserimento variabile Centro di Costo Aziendale
1.2	11.02.2013	Modifica modalità TIPO_ID
2.0	20.12.2019	Nuovo tracciato ministeriale (CUNI, DATA/ORA DESTINAZIONE, Variabili OBI) Inserimento FAST TRACK, ACP
2.1	09.02.2024	Modifica transcodifica TRIAGE Aggiornamento esenzioni
2.2	27.11.2024	Inserimento variabile Data/Ora Triage Modifica transcodifica DATA AC ORA AC Modifica controlli COD_ESEN Modifica campo TRIAGE e TRIAGE_MED (eliminazione "4 = bianco") Aggiornamento esenzioni
3.0	24.03.2025	Inserimento variabili sulla violenza di genere
4.0	10.12.2025	Modifica controlli CDC_PS

2. ELENCO DELLE VARIABILI

Tracciato 1 – Dati anagrafici

1. Comprensorio Sanitario Inviante
2. Presidio Ospedaliero
3. Identificativo Accesso
4. Cognome Assistito
5. Nome Assistito
6. Cognome acquisito Assistito
7. Sesso Assistito
8. Data di Nascita Assistito
9. Comune di Nascita Assistito
10. Stato Civile Assistito
11. Comune di Residenza Assistito
12. Cittadinanza Assistito
13. Codice Sanitario Individuale Assistito
14. Regione di Residenza Assistito
15. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Residenza Assistito
16. Regione di Assistenza Assistito
17. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Assistenza Assistito
18. Tipo Identificativo Assistito
19. Identificativo Assistito
20. Numero Identificazione TEAM
21. Codice istituzione competente TEAM
22. Acronimo istituzione competente TEAM
23. Stato che rilascia la TEAM
24. Tipo di assistenza prevista dalla TEAM
25. Data Scadenza TEAM
81. Validità Codice Identificativo Assistito
82. Tipologia Codice Identificativo Assistito

Tracciato 2 – Dati clinici

1. Comprensorio Sanitario Inviante
2. Presidio Ospedaliero
3. Identificativo Accesso
26. Codice Struttura STS11
27. Centro di Costo Pronto Soccorso
28. Data di arrivo
29. Orario di arrivo
30. Invio diretto
31. Codice Triage Accesso
32. Modalità di arrivo in Pronto Soccorso
33. Codice Mezzo di Trasporto (campo vuoto)
34. Codice Individuale del Trasporto (campo vuoto)
35. Causa di Accesso al Pronto Soccorso
36. Data Incidente Montagna
37. Ora Incidente Montagna
38. Natura della Lesione
39. Parte del Corpo Coinvolta
40. Dinamica Incidente Montagna
41. Tipo Percorso
42. Attività Svolta al Momento dell'Incidente
43. Data di Presa in Carico da parte del medico
44. Ora di Presa in Carico da parte del medico
45. Codice Triage Medico
46. Identificativo Medico
47. Diagnosi Principale
48. Diagnosi Secondaria 1
49. Codice Terza Diagnosi (campo vuoto)
50. Descrizione Diagnosi (campo vuoto)
51. Data di Uscita
52. Ora di Uscita
53. Esito Pronto Soccorso
54. Tipo di Struttura di Trasferimento
55. Codice di Struttura di Trasferimento
56. Attivazione O.B.I.
57. Modalità Organizzativa O.B.I.
58. Unità Operativa O.B.I.
59. Data Attivazione O.B.I.
60. Ora Attivazione O.B.I.
61. Diagnosi Principale O.B.I.
62. Codice Identificativo Centrale Operativa
63. Codice Identificativo Missione
64. Codice Individuale di Assistenza
65. Responsabile Invio
66. Istituto di Provenienza
67. Problema Principale
68. Prestazione Principale
69. Prestazione Secondaria 1
70. Referto
71. Codice Reparto Ricovero
72. Codice Nosografico Ricovero
73. Motivo di Trasferimento
74. Regime di Erogazione
75. Importo Tariffario
76. Importo Ticket
77. Posizione Ticket Assistito
78. Codice Esenzione Assistito
79. Tipo trasmissione (campo tecnico)

- 80. Centro di Costo Aziendale
- 83. Fast Track
- 84. Ambulatorio Cure Primarie
- 85. Data Destinazione
- 86. Ora Destinazione
- 87. Diagnosi Secondaria 2
- 88. Diagnosi Secondaria 3
- 89. Diagnosi Secondaria 4
- 90. Prestazione Secondaria 2
- 91. Prestazione Secondaria 3
- 92. Prestazione Secondaria 4
- 93. Problema Clinico Principale O.B.I.
- 94. Diagnosi Secondaria 1 O.B.I.
- 95. Diagnosi Secondaria 2 O.B.I.
- 96. Diagnosi Secondaria 3 O.B.I.
- 97. Diagnosi Secondaria 4 O.B.I.
- 98. Prestazione Principale O.B.I.
- 99. Prestazione Secondaria 1 O.B.I.
- 100. Prestazione Secondaria 2 O.B.I.
- 101. Prestazione Secondaria 3 O.B.I.
- 102. Prestazione Secondaria 4 O.B.I.
- 103. Disciplina Prima Consulenza O.B.I.
- 104. Numero Prime Consulenze O.B.I.
- 105. Disciplina Seconda Consulenza O.B.I.
- 106. Numero Seconde Consulenze O.B.I.
- 107. Esito O.B.I.
- 108. Data Uscita O.B.I.
- 109. Ora Uscita O.B.I.
- 110. Data/Orario di presa in carico al triage
- 111. Violenza al triage
- 112. Violenza
- 113. Relazione vittima autore
- 114. Violenza Fisica
- 115. Violenza Sessuale
- 116. Violenza Psicologica
- 117. Violenza Economica
- 118. Violenza assistita
- 119. Vittima di atti persecutori
- 120. Somministrazione Questionario BRAFED
- 121. Esito Valutazione BRAFED
- 122. Percorso territoriale antiviolenza

3. SPECIFICAZIONE DELLE VARIABILI

3.1. DATI ANAGRAFICI

1. Compensorio Sanitario Inviante (ASL INV)

Indicare il codice del Compensorio Sanitario inviante i dati.

I codici da utilizzare sono:

101 = Compensorio Sanitario di Bolzano;

102 = Compensorio Sanitario di Merano;

103 = Compensorio Sanitario di Bressanone;

104 = Compensorio Sanitario di Brunico.

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 Assistito (COGNOME)

Indicare il cognome dell'assistito. Deve essere riportato esclusivamente il cognome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non dott. Rossi, ma Rossi).

Nel caso di assistiti 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 Assistito (NOME)

Indicare il nome dell'assistito. Deve essere riportato esclusivamente il nome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non suor Maria, ma Maria).

Nel caso di assistiti 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.

6. Cognome acquisito Assistito (NOMEA)

Indicare il cognome acquisito dell'assistito che deve essere di sesso femminile.

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

7. Sesso Assistito (SESSO)

Indicare il sesso dell'assistito. I codici da utilizzare sono:

1 = maschio;

2 = femmina

9 = non dichiarato.

Il campo è obbligatorio.

8. Data di Nascita Assistito (DNASCITA)

Indicare il giorno, il mese e l'anno di nascita dell'assistito nel formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio.

9. Comune di Nascita Assistito (COM NASC)

Il codice da utilizzare è il codice ISTAT, i cui primi 3 caratteri individuano la provincia ed i successivi 3 un progressivo all'interno di ciascuna provincia che identifica 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.

Il campo è obbligatorio.

10. Stato Civile Assistito (S CIVILE)

Indicare lo stato civile dell'assistito al momento della rilevazione. I codici da utilizzare sono:

1 = celibe/nubile;

2 = coniugato/a;

3 = separato/a;

4 = divorziato/a;

5 = vedovo/a;

6 = non dichiarato.

Il campo è obbligatorio.

11. Comune Residenza Assistito (COM RES)

Identificare il comune nella cui anagrafe è iscritto il cittadino cui è stata erogata la prestazione. Il codice da utilizzare è il codice ISTAT, i cui primi 3 caratteri individuano la provincia ed i successivi 3 un progressivo all'interno di ciascuna provincia che identifica il singolo 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 all'estero codificare: 999 + codice Paese estero.

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 Assistito (C CITT)

Indicare il Paese di cittadinanza dell'assistito. Se l'assistito ha più di una cittadinanza inserire il codice di quella scelta dall'assistito. I codici da utilizzare sono:

cittadinanza italiana = 100;
cittadinanza estera = codice a 3 cifre Paese estero definito dal Ministero dell'Interno;
apolidi = 999;
sconosciuta = 998.
Il campo è obbligatorio.

13. Codice sanitario individuale Assistito (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 e viene ricoverato presso un ospedale pubblico, il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatica che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche.

Nel caso di pazienti che richiedono di poter beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, verrà generato un codice fittizio.

Il campo è obbligatorio per gli assistiti con codice STP, TEAM, ENI o Altro (codice uguale a 2, 4, 9 o Z alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

14. Regione Residenza Assistito (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 17.09.1986). 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. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Residenza Assistito (ASL RES)

Identificare il comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria di residenza che comprende il comune in cui risiede il paziente.

Per i residenti in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:

101 = Comprensorio Sanitario di Bolzano;

102 = Comprensorio Sanitario di Merano;

103 = Comprensorio Sanitario di Bressanone;

104 = Comprensorio Sanitario di Brunico.

Per i residenti fuori provincia in Italia, la codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17.09.1986) e successive modifiche.

Per i residenti all'estero inserire il codice 999.

Il campo è obbligatorio.

16. Regione Residenza Assistito (REG ASS)

Per i residenti italiani è la regione di appartenenza dell'ASL di assistenza (Codice Ministero della Sanità a 3 cifre, DM 17.09.1986). La regione di residenza può essere diversa dalla regione di assistenza. Per i residenti all'estero non compilare.

17. Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di Residenza Assistito (ASL ASS)

Identifica il comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria in cui è iscritto il paziente. Il comprensorio sanitario di assistenza può essere diverso da quello di residenza

Per i residenti in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:

101 = Comprensorio sanitario di Bolzano;

102 = Comprensorio sanitario di Merano;

103 = Comprensorio sanitario di Bressanone;

104 = Comprensorio sanitario di Brunico.

Per i residenti fuori provincia in Italia, la codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17.09.1986) e successive modifiche.

Per i residenti all'estero non compilare.

18. Tipo Identificativo Assistito (TIPO ID)

Indicare se il codice contenuto nella variabile (19) "Identificativo Assistito" 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) ¹
Z	=	Altro ²

Il campo è obbligatorio.

19. Identificativo Assistito (COD ID)

Indicare il codice identificativo univoco dell'assistito.

Per i residenti in Italia va compilato con il codice fiscale ufficiale attribuito dal Ministero delle Finanze, ovvero quello riportato nella tessera sanitaria.

Per gli stranieri temporaneamente presenti va indicato il codice STP a 16 caratteri ai sensi del DPR n.394 del 31.08.1999 art. 43 e della circolare del Ministero della Sanità 24.04.2000 n.5, composto da STP + codice regione + codice ASL + progressivo.

Nel caso di stranieri comunitari non residenti, va inserito il numero di identificazione personale indicato sulla Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), corrispondente al campo nr.6 della TEAM.

Nel caso di stranieri comunitari indigenti, va compilato il codice ENI a 16 caratteri composto da ENI + codice regione + codice ASL + progressivo.

In caso di mancata identificazione del cittadino da parte degli operatori o in caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, deve essere attribuito un codice di identificazione univoco arbitrario dell'assistito a 20 caratteri, di cui i primi 17 "X" e gli ultimi 3 numerici³.

Per tutti gli altri casi (TIPO_ID = "Z"), compilare con il codice associato (SPAG, ASC, HIC, paziente residente a cassa estera⁴) o con 20 "X".

Il campo è obbligatorio.

20. Numero identificazione TEAM (N TEAM)

Riportare il campo nr. 6 della TEAM.

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

21. Codice istituzione competente TEAM (COD IST)

Riportare il campo nr. 8 della TEAM.

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

22. Acronimo istituzione competente TEAM (DEN IST)

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

23. Stato che rilascia la tessera TEAM (ST ESTERO)

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

24. Tipo di assistenza prevista dalla TEAM (TIPO TEAM)

I codici da utilizzare sono:

E111 o E106

¹ Il codice ENI sostituisce il codice CTA (Cittadini Temporaneamente Assistiti).

² 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 e paziente residente a cassa estera).

³ Si veda paragrafo 3.3.

⁴ Se paziente residente a cassa estera va compilato con il codice fiscale ufficiale attribuito dal Ministero delle Finanze, ovvero quello riportato nella tessera sanitaria.

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

25. Data scadenza TEAM (DATA SCAD)

Il campo può essere compilato se si tratta di un cittadino straniero non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile (18) "Tipo Identificativo Assistito").

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 fiscale numerico provvisorio a 11 cifre;

97 = codice STP non presente in anagrafe;

98 = assistito richiedente l'anonimato;

99 = codice non presente in banca dati o sconosciuto.

Il campo è obbligatorio.

3.2. DATI CLINICI

1. Comprensorio Sanitario Inviante (ASL INV)

Indicare il codice del Comprensorio Sanitario inviante i dati.

I codici da utilizzare sono:

- 101 = Comprensorio Sanitario di Bolzano;
- 102 = Comprensorio Sanitario di Merano;
- 103 = Comprensorio Sanitario di Bressanone;
- 104 = Comprensorio Sanitario di Brunico.

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.

26. Codice Struttura STS11 (CO STS11)

Identificare il codice provinciale della struttura erogatrice.

I codici da utilizzare sono quelli previsti dal modello ministeriale STS11.

Il campo è obbligatorio.

27. Centro di Costo 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.

28. Data di arrivo (DATA AC)

Indicare la data di arrivo al Pronto Soccorso da parte del paziente nel formato ggmmaaaa.
Il campo è obbligatorio.

29. Ora di arrivo (ORA AC)

Indicare il momento di arrivo del paziente al Pronto Soccorso e presa in carico infermieristica nel formato hhmm.

Il campo è obbligatorio.

30. Invio diretto (DIRETTO)

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

I codici da utilizzare sono:

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.

31. Codice Triage Accesso (TRIAGE)

Indicare il livello di urgenza assegnato all'assistito e quindi la priorità per la visita medica assegnata al paziente. I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = Rosso – Molto critico (emergenza);

2 = Giallo – Mediamente critico (urgenza differibile);

3 = Verde – Poco critico (urgenza minore);

5 = Nero – Deceduto;

6 = Arancione – Critico (urgenza);

7 = Blu – Non urgente (non urgenza);

9 = triage non compilato⁵.

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

32. Modalità di arrivo in Pronto Soccorso (MOD ARR)

Indicare 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;

4 = eliambulanza;

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

6 = altra ambulanza;

7 = altro elicottero;

8 = mezzo di soccorso 118 di altre regioni;

9 = accompagnata (operatrici centri antiviolenza o servizi pubblici o privati).

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

35. Causa di Accesso al Pronto Soccorso (CAUSA AC)

Indicare la causa di accesso al Pronto Soccorso.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

⁵ Risposta possibile solo per gli ospedali in cui gli accessi al Pronto Soccorso sono inferiori a 25.000 all'anno.

- 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").

36. Data Incidente in Montagna (DATA INC)

Indicare la data in cui il paziente è rimasto coinvolto nell'incidente in montagna nel formato ggmmaaaa.

Nel caso in cui non fosse conosciuta inserire 99999999.

37. Ora Incidente in Montagna (ORA INC)

Indicare l'ora in cui il paziente è rimasto coinvolto nell'incidente nel formato hhmm.

Nel caso in cui non fosse conosciuta inserire 9999.

38. Natura della Lesione (LES INC)

Indicare la tipologia di traumatismo del paziente.

Per la compilazione di questo campo si veda l'Allegato 10.

39. Parte del corpo coinvolta (LES CORP)

Indicare la parte del corpo coinvolta dal traumatismo.

Per la compilazione di questo campo si veda l'Allegato 10.

40. Dinamica Incidente in Montagna (DIN INC)

Indicare 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.

41. Tipo di Percorso (TIPO P)

Indicare il tipo di percorso svolto dall'incidentato.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

- 1 = in pista;
- 2 = fuori pista;
- 9 = non specificato.

42. Attività svolta al momento dell'Incidente in Montagna (ATT INC)

Indicare 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.

43. Data di Presa in Carico da parte del medico (DATA MED)

Indicare la data di presa in carico del paziente da parte del medico che lo visita in Pronto Soccorso nel formato ggmmaaaa.

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 prima della visita (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, X, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

44. Ora di Presa in Carico da parte del medico (ORA MED)

Indicare l'ora di presa in carico del paziente da parte del medico che lo visita in Pronto Soccorso nel formato hhmm.

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 prima della visita (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, X, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

45. Codice Triage Medico (TRIAGE MED)

Indicare il livello di appropriatezza dell'accesso valutato dal medico dopo la visita.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = Rosso – Molto critico (emergenza);

2 = Giallo – Mediamente critico (urgenza differibile);

3 = Verde – Poco critico (urgenza minore);

5 = Nero – Deceduto;

6 = Arancione – Critico (urgenza);

7 = Blu – Non urgente (non urgenza).

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, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

46. Identificativo Medico (ID MED)

Indicare il 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, 9, X, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

47. Diagnosi Principale (DIAG PRI)

Identificare il codice della diagnosi principale (la più importante per gravità clinica ed impegno di risorse).

I valori ammessi sono i codici diagnosi 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, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

48. Diagnosi Secondaria 1 (DIAG SEC)

Identificare il codice della prima diagnosi secondaria (in base alla gravità clinica ed impegno di risorse).

I valori ammessi sono i codici diagnosi ICD9-CM 2007.

49. Codice Terza Diagnosi (DIAG 3)

Campo vuoto

50. Descrizione Diagnosi (DIAG DES)

Campo vuoto

51. Data di uscita (DATA USC)

Indicare la 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.

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 o non vengono inviati in O.B.I. (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, X, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

52. Ora di uscita (ORA USC)

Indicare l'ora di uscita del paziente dal Pronto Soccorso nel formato hhmm.

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 o non vengono inviati in O.B.I. (codici 1, 2, 3, 4, 5, 6, X, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

53. Esito di Pronto Soccorso (ESITO)

Indicare l'esito dell'intervento del medico di Pronto Soccorso.

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;

O = Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.);

T = struttura territoriale.

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)

Indicare 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 di Struttura di Trasferimento (STR TRAS)

Indicare 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").

56. Attivazione O.B.I (ATT OBI)

Indicare se il paziente è stato inviato all'O.B.I..

I codici da utilizzare sono:

1 = sì;

2 = no.

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

57. Modalità Organizzativa O.B.I. (TIPO OBI)

Indicare la modalità organizzativa dell'O.B.I. adottata dal presidio ospedaliero. I codici da utilizzare sono:

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 D.M. 05.12.2006) 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 Attivazione O.B.I. (DATA OBI)

Indicare la data di ammissione del paziente in O.B.I. nel formato ggmmaaaa.

La data deve coincidere con il termine della prestazione in Pronto Soccorso.

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

60. Ora Attivazione O.B.I. (ORA OBI)

Indicare l'ora di ammissione del paziente in O.B.I. nel formato hhmm. L'ora deve coincidere con il termine della prestazione in Pronto Soccorso.

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

61. Diagnosi Principale O.B.I. (DIAG OBI)

Identificare il codice della diagnosi principale (la più importante per gravità clinica ed impegno di risorse) affrontata nel corso dell'attività di O.B.I.. I valori ammessi sono i codici diagnosi ICD9-CM 2007.

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

62. Codice Identificativo Centrale Operativa (CENTRALE)

Identificare 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 23.12.1986) 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 codici 2, 3, 4, 8 alla variabile (32) "Modalità di arrivo in Pronto Soccorso") e non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto").

63. Codice Identificativo Missione (COD MISSIONE)

Indicare 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 codici 2, 3, 4, 8 alla variabile (32) "Modalità di arrivo in Pronto Soccorso") e non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto").

64. Codice Individuale di Assistenza (COD TRA)

Indicare 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.

Il campo è obbligatorio per i pazienti giunti al Pronto Soccorso attraverso il 118 (codice 5 alla variabile (65) "Responsabile Invio" e codici 2, 3, 4, 8 alla variabile (32) "Modalità di arrivo in Pronto Soccorso") e non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto").

65. Responsabile Invio (RESPONSABILE INVIO)

Indicare il responsabile dell'invio del cittadino al Pronto Soccorso.

I codici da utilizzare sono:

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)

Indicare l'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)

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

I codici da utilizzare sono:

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").

68. Prestazione Principale (PREST PRI)

Indicare 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 15.06.1998 e successive modifiche).

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, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

69. Prestazione Secondaria 1 (PREST SEC)

Indicare il codice della prima prestazione secondaria in base alla 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 15.06.1998 e successive modifiche). I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere.

70. Referto (REFERTO)

Indicare 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 Reparto Ricovero (SPEC REPARTO)

Indicare 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 (modello HSP 12), 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. 05.12.2006.

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. Codice Nosografico Ricovero (PROG RICOVERO)

Indicare il codice progressivo del ricovero, così come attribuito nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

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 di Trasferimento (MOTIVO TRASF)

Indicare 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 di Erogazione (REG EROGAZIONE)

Indicare, 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 dell'Interno/Ministero della salute (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; con decorrenza dal 01.01.2017 l'onere è a carico del Ministero della salute ai sensi dell'art. 32 del decreto-legge n. 50 del 24.04.2017, convertito nella legge n. 96 del 21.06. 2017).

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, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

75. Importo tariffario (IMP TARI)

Indicare la somma delle tariffe secondo il Nomenclatore Tariffario Provinciale per le prestazioni erogate in PS (incluso eventuale OBI).

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, 9, X, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

76. Importo Ticket (IMP TICKET)

Indicare la compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non esenti o con esenzione figli a carico (codici 0 e 1 alla variabile (77) "Posizione Ticket Assistito").

77. Posizione Ticket Assistito (POS TICKET)

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

I codici da utilizzare sono:

0 = Figli a carico;

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, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

78. Codice Esenzione Assistito (COD ESEN)

Indicare il codice di esenzione dal pagamento del ticket del cittadino.

Per la compilazione di questo campo si veda l'allegato 9.

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

79. Tipo trasmissione (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 sovrascrittura 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").

80. Centro di Costo Aziendale (CDC AS)

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

83. Fast Track (FAST)

Indicare se il paziente dopo il triage di accesso è stato inviato al percorso Fast Track.

I codici da utilizzare sono:

0 = no;

1 = inviato e dimesso dal Fast Track;

2 = inviato, ma non dimesso dal Fast Track.

Il campo è obbligatorio.

84. Ambulatorio Cure Primarie (ACP)

Indicare se il paziente dopo il triage di accesso è stato inviato all'ambulatorio di cure primarie.

I codici da utilizzare sono:

0 = no;

1 = inviato e dimesso dall'Ambulatorio Cure Primarie;

2 = inviato, ma non dimesso dall'Ambulatorio Cure Primarie.

Il campo è obbligatorio.

85. Data Destinazione (DATA DESTINAZIONE)

Indicare la data in cui non è stata ancora chiusa la cartella di Pronto Soccorso, ma si è deciso dove inviare il paziente nel formato ggmmaaaa.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto"), dimessi a domicilio, ricoverati, trasferiti o inviati in O.B.I. o in strutture territoriali (codici 1, 2, 3, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

86. Ora Destinazione (ORA DESTINAZIONE)

Indicare l'ora in cui non è stata ancora chiusa la cartella di Pronto Soccorso, ma si è deciso dove inviare il paziente nel formato hhmm.

Il campo è obbligatorio per i pazienti non inviati direttamente agli ambulatori specialistici (codice 0 alla variabile (30) "Invio diretto"), dimessi a domicilio, ricoverati, trasferiti o inviati in O.B.I. o in strutture territoriali (codici 1, 2, 3, O, T alla variabile (53) "Esito di Pronto Soccorso").

87. Diagnosi Secondaria 2 (DIAG TER)

Identificare il codice della seconda diagnosi secondaria (in base alla gravità clinica ed impegno di risorse). I valori ammessi sono i codici diagnosi ICD9-CM 2007.

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.

88. Diagnosi Secondaria 3 (DIAG QUAR)

Identificare il codice della terza diagnosi secondaria (in base alla gravità clinica ed impegno di risorse). I valori ammessi sono i codici diagnosi ICD9-CM 2007.

89. Diagnosi Secondaria 4 (DIAG QUI)

Identificare il codice della quarta diagnosi secondaria (in base alla gravità clinica ed impegno di risorse). I valori ammessi sono i codici diagnosi ICD9-CM 2007.

90. Prestazione Secondaria 2 (PREST TER)

Indicare il codice della seconda prestazione secondaria (in base alla 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 15.06.1998 e successive modifiche). I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere.

91. Prestazione Secondaria 3 (PREST QUAR)

Indicare il codice della terza prestazione secondaria (in base alla 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 15.06.1998 e successive modifiche).

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

92. Prestazione Secondaria 4 (PREST QUI)

Indicare il codice della quarta prestazione secondaria (in base alla 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 15.06.1998 e successive modifiche).

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

93. Problema clinico principale (PROBLEMA OBI)

Indicare il problema clinico che ha motivato l'invio in O.B.I.. Per la compilazione di questo campo si possono utilizzare i codici presenti nell'allegato 8. Qualora il codice non fosse presente, si inserisca un codice diagnosi ICD9-CM versione 2007.

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

94. Diagnosi secondaria 1 O.B.I. (DIAG SEC OBI)

Identificare il codice della prima diagnosi secondaria (in base alla gravità clinica ed impegno di risorse) affrontata nel corso dell'attività di O.B.I.. I valori ammessi sono i codici diagnosi ICD9-CM 2007.

95. Diagnosi secondaria 2 O.B.I. (DIAG TER OBI)

Identificare il codice della seconda diagnosi secondaria (in base alla gravità clinica ed impegno di risorse) affrontata nel corso dell'attività di O.B.I.. I valori ammessi sono i codici diagnosi ICD9-CM 2007.

96. Diagnosi secondaria 3 O.B.I. (DIAG QUAR OBI)

Identificare il codice della terza diagnosi secondaria (in base alla gravità clinica ed impegno di risorse) affrontata nel corso dell'attività di O.B.I.. I valori ammessi sono i codici diagnosi ICD9-CM 2007.

97. Diagnosi secondaria 4 O.B.I. (DIAG QUI OBI)

Identificare il codice della quarta diagnosi secondaria (in base alla gravità clinica ed impegno di risorse) affrontata nel corso dell'attività di O.B.I.. I valori ammessi sono i codici diagnosi ICD9-CM 2007.

98. Prestazione Principale O.B.I. (PREST PRI OBI)

Indicare il codice della prestazione principale eseguita in O.B.I. (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 15.06.1998 e successive modifiche).

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 in O.B.I. (codice 1 alla variabile (56) "Attivazione O.B.I.").

99. Prestazione Secondaria 1 O.B.I. (PREST SEC OBI)

Indicare il codice della prima prestazione secondaria (in base alla 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 15.06.1998 e successive modifiche). I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere.

100. Prestazione Secondaria 2 O.B.I. (PREST TER OBI)

Indicare il codice della seconda prestazione secondaria (in base alla 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 15.06.1998 e successive modifiche). I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere.

101. Prestazione Secondaria 3 O.B.I. (PREST QUAR OBI)

Indicare il codice della terza prestazione secondaria (in base alla 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 15.06.1998 e successive modifiche). I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere.

102. Prestazione Secondaria 4 O.B.I. (PREST QUI OBI)

Indicare il codice della quarta prestazione secondaria (in base alla 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 15.06.1998 e successive modifiche). I codici delle prestazioni sono costituiti fino ad un massimo di sette caratteri, ogni punto divisore rappresenta un carattere.

103. Disciplina Prima Consulenza O.B.I. (DISC CONSULENZA 1 OBI)

Indicare la disciplina dell'eventuale prima consulenza specialistica richiesta a supporto dell'attività di O.B.I.. Il codice da utilizzare per le unità operative (Codici Ministero della Sanità D.M. 05.12.2006).

104. Numero Prime Consulenze O.B.I. (NUM CONSULENZA 1 OBI)

Indicare il numero delle prime consulenze specialistiche richieste a supporto dell'attività di O.B.I..

105. Disciplina Seconda Consulenza O.B.I. (DISC CONSULENZA 2 OBI)

Indicare la disciplina dell'eventuale seconda consulenza specialistica richiesta a supporto dell'attività di O.B.I.. Il codice da utilizzare per le unità operative (Codici Ministero della Sanità D.M. 05.12.2006).

106. Numero Seconde Consulenze O.B.I. (NUM CONSULENZA 2 OBI)

Indicare il numero delle seconde consulenze specialistiche richieste a supporto dell'attività di O.B.I..

107. Esito O.B.I. (ESITO OBI)

Indicare l'esito dell'attività svolta in 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;

6 = rifiuta ricovero;

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

T = struttura territoriale;

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

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

108. Data di uscita O.B.I. (DATA USC OBI)

Indicare la data di uscita del paziente dall'O.B.I. nel formato ggmmaaaa.

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. questa data rappresenta la data di uscita dal Pronto Soccorso.

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

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

109. Ora di uscita (ORA USC OBI)

Indicare l'ora di uscita del paziente dall'O.B.I. nel formato hhmm.

Nel caso di pazienti ammessi in O.B.I. questa ora rappresenta l'ora di uscita dal Pronto Soccorso.

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

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

110. Data/Ora di presa in carico al triage (DATA ORA TRIAGE)

Indicare data e ora di presa in carico al triage nel formato ggmmaaaahhmm.

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

111. Violenza al triage (VIOLENZA TRIAGE)

Indicare la violenza dichiarata al triage.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = dichiarata;

2 = non dichiarata, ma sospetta;

3 = no.

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

112. Violenza (VIOLENZA)

Indicare se sono ravvisabili elementi per una violenza di genere.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = dichiarata;

2 = non dichiarata, ma sospetta;

3 = no.

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

113. Violenza Relazione (VIOLENZA RELAZIONE)

Indicare la tipologia di relazione tra la vittima ed il presunto autore della violenza.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = coniuge/convivente;

2 = fidanzato;

3 = ex coniuge/ex convivente;

4 = ex fidanzato;

5 = altro parente;

6 = collega/datore di lavoro;

7 = conoscente/amico;

8 = cliente;

9 = vicino di casa;

10 = compagno di scuola;

11 = insegnante o persona che esercita un'attività di cura e/o custodia;
12 = medico o personale sanitario;
13 = persona sconosciuta alla vittima;
14 = altro;
15 = autore non identificato;
99 = non dichiarato.

Il campo è obbligatorio per i pazienti vittima di violenza (codice 1 alla variabile (112) "Violenza").

114. Violenza Fisica (VIOLENZA FISICA)

Indicare se si tratta di violenza di genere predominante fisica.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = sì;

2 = no.

Il campo è obbligatorio per i pazienti vittima di violenza dichiarata o sospetta (codice 1 o 2 alla variabile (112) "Violenza").

115. Violenza Sessuale (VIOLENZA SESSUALE)

Indicare se si tratta di violenza di genere predominante sessuale.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = sì;

2 = no.

Il campo è obbligatorio per i pazienti vittima di violenza dichiarata o sospetta (codice 1 o 2 alla variabile (112) "Violenza").

116. Violenza Psicologica (VIOLENZA PSICO)

Indicare se si tratta di violenza di genere predominante psicologica.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = sì;

2 = no.

Il campo è obbligatorio per i pazienti vittima di violenza dichiarata o sospetta (codice 1 o 2 alla variabile (112) "Violenza").

117. Violenza Economica (VIOLENZA ECONOMICA)

Indicare se si tratta di violenza di genere predominante economica.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = sì;

2 = no.

Il campo è obbligatorio per i pazienti vittima di violenza dichiarata o sospetta (codice 1 o 2 alla variabile (112) "Violenza").

118. Violenza Assistita (VIOLENZA ASSISTITA)

Indicare se gli episodi di violenza sono avvenuti in presenza di altre persone o meno.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = in presenza di figli minorenni;

2 = in presenza di figli maggiorenni;

3 = no;

9 = non rilevabile.

Il campo è obbligatorio per i pazienti vittima di violenza dichiarata o sospetta (codice 1 o 2 alla variabile (112) "Violenza").

119. Vittima di atti persecutori (VIOLENZA PERSECUTORI)

Indicare se gli episodi di violenza fanno riferimento ad atti persecutori.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = sì;

2 = no;

9 = non rilevabile.

Il campo è obbligatorio per i pazienti vittima di violenza dichiarata o sospetta (codice 1 o 2 alla variabile (112) "Violenza").

120. Somministrazione Questionario BRAFED (VIOLENZA BRAFED)

Indicare se viene somministrato il questionario Brief Risk Assessment For Emergency Department (BRAFED) per la valutazione del rischio di revittimizzazione/maltrattamento grave.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = sì;

2 = no;

3 = non rilevabile (non ci sono le condizioni cliniche per poter rispondere);

9 = non rilevato (l'operatore non ha somministrato il questionario per ragioni tecniche).

Il campo è obbligatorio per i pazienti vittima di violenza dichiarata o sospetta (codice 1 o 2 alla variabile (112) "Violenza").

121. Esito Valutazione BRAFED (VIOLENZA BRAFED VALUTAZIONE)

Indicare l'esito del questionario Brief Risk Assessment For Emergency Department (BRAFED) per la valutazione del rischio di revittimizzazione/maltrattamento grave.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = Nessuna risposta affermativa;

2 = 1 risposta affermativa;

3 = 2 risposte affermativa;

4 = 3 risposte affermativa;

5 = 4 risposte affermativa;

6 = 5 risposte affermativa;

Il campo è obbligatorio in caso di compilazione del questionario BRAFED (codice 1 alla variabile (120) "Somministrazione Questionario BRAFED").

122. Percorso Territoriale Antiviolenza (VIOLENZA PERCORSO)

Indicare l'accettazione o meno del percorso territoriale antiviolenza.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = accettazione;

2 = rifiuto;

3 = non rilevabile.

Il campo è obbligatorio per i pazienti vittima di violenza dichiarata o sospetta (codice 1 o 2 alla variabile (112) "Violenza").

3.3. GESTIONE 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 e del codice fiscale. Le variabili del tracciato dovranno essere compilate come segue:

TIPO_ID = 3

COD_ID = codice alfanumerico formato da 17 "X" + progressivo di tre cifre⁷

NOME: ANONIMO

COGNOME: ANONIMO

SESSO = 9

DNASCITA = 0101aaaa

COM_NASC = 999999

CITTADINANZA = 998

COM_RES = 999997 o 999998 o 999999

REG_RES = compilato

ASL_RES = compilato

⁷ Il progressivo di tre cifre risulta necessario in quanto una delle variabili chiave per unire i due tracciati. L'inizializzazione del progressivo può essere fatta ad ogni data di presa in carico differente.

4. TRASMISSIONE DEI DATI

4.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI, ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA

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 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, ...).

L’Azienda Sanitaria ha il compito di trasmettere i dati relativi agli accessi di Pronto Soccorso alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. (SIAG) secondo il tracciato descritto (vedi allegato 1).

La SIAG ha il compito di:

- controllare la qualità dei dati trasmessi (allegato 2);
- assegnare a ciascun assistito il codice identificativo univoco a livello provinciale e per la trasmissione dei dati al Ministero della Salute;
- preparare i tracciati dei dati da trasmettere al Ministero della salute per la Provincia Autonoma di Bolzano (allegato 4);
- rendere disponibili i dati nel Datawarehouse della Provincia Autonoma di Bolzano.

I dati che a fronte del controllo risultano errati non vengono caricati nella banca dati provinciale, finché l’Azienda non provvede alla loro correzione.

L’ultimo invio di dati da parte della Azienda Sanitaria dei tracciati viene considerato quello valido.

4.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO

La Provincia, attraverso SIAG, invia al Ministero della Salute, secondo le modalità e le tempistiche stabilite nell’ambito del Nuovo Sistema Informativo Nazionale (NSIS), le informazioni che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale.

In base all’articolo 5 del Decreto Ministeriale 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.

L’invio dei dati al Ministero avviene attraverso un file in formato XML; l’allegato 5 definisce un esempio di schema XSD di convalida a cui fare riferimento.

ALLEGATI

Allegato 1: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI

Allegato 2: CONTROLLI DELLA QUALITÀ DEI DATI

Allegato 3: TRACCIATO RECORD SIAG PER L'OSSERVATORIO PER LA SALUTE

Allegato 4: TRACCIATO INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE

Allegato 5: STRUTTURA XML

Allegato 6: TERMINI DI INVIO

Allegato 7: TABELLE DI CONVERSIONE

Allegato 8: DIAGNOSI O.B.I.

Allegato 9: TABELLA DI TRANSCODIFICA TRA CODICE ESENZIONE E POSIZIONE TICKET

Allegato 10: NATURA DELLA LESIONE E PARTE DEL CORPO COINVOLTA

Allegato 11: CODICI DELLE DISCIPLINE

ALLEGATO 1: TRACCIATO RECORD PER L'INVIO DEI DATI

Legenda:

OBB V = Campo obbligatorio e vincolante

OBB = Campo obbligatorio in determinate circostanze

“vuoto” = Campo facoltativo

Tracciato 1 – Dati anagrafici

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
1	ASL_INV	Comprensorio Sanitario Inviante	AN	3	1	3	OBB V	101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico
2	ISTITUTO	Presidio Ospedaliero	AN	8	4	11	OBB V	Codici ministeriali HSP11
3	ID_ACC	Identificativo Accesso	AN	16	12	27	OBB V	
4	COGNOME	Cognome dell'assistito	AN	30	101	130	OBB V	
5	NOME	Nome dell'assistito	AN	20	131	150	OBB V	
6	NOMEA	Cognome acquisito dell'assistito	AN	30	151	180		
7	SESSO	Sesso dell'assistito	N	1	181	181	OBB V	1 = maschio 2 = femmina 9 = non dichiarato
8	DNASCITA	Data di nascita dell'assistito	DATA	8	182	189	OBB V	Formato GGMMAAAA
9	COM_NASC	Comune di nascita dell'assistito	AN	6	190	195	OBB V	Codici ISTAT 999+codice Paese estero Comune sconosciuto: 999999 Nato all'estero e paese sconosciuto: 999998 Nato in Italia e comune sconosciuto: 999997
10	S_CIVILE	Stato civile dell'assistito	N	1	196	196	OBB V	1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
11	COM_RES	Comune in cui il soggetto è residente	AN	6	197	202	OBB V	Codici ISTAT 999+codice Paese estero Comune sconosciuto: 999999 Residente all'estero e paese sconosciuto: 999998 Residente in Italia e comune sconosciuto: 999997
12	C_CITT	Cittadinanza dell'assistito	AN	3	203	205	OBB V	Codici Ministero Interni apolidi = 999 sconosciuta = 998 anonimo = 998
13	COD_SANI	Codice sanitario individuale	AN	20	206	225	OBB	Obbligatorietà se TIPO_ID è uguale a 2, 4, 9, Z Se compilato, verifica della presenza in banca dati anagrafica assistibili
14	REG_RES	Regione in cui il soggetto è residente	AN	3	226	228	OBB V	Codici DM 17.09.1986 Se COM_RES = 999999 o 999998 o 999997 compilare 000
15	ASL_RES	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito	AN	3	229	231	OBB V	Se COM_RES = 021xxx, codificare 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico altrimenti Codici DM 17.09.1986 Se COM_RES = 999999 allora ASL_RES = 999
16	REG_ASS	Regione di appartenenza dell'ASL di assistenza	AN	3	232	234		Codici DM 17.09.1986

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
17	ASL_ASS	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria in cui è iscritto l'assistito	AN	3	235	237		Se COM_RES = 021xxx, codificare 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico altrimenti Codici DM 17.09.1986
18	TIPO_ID	Tipo identificativo assistito	AN	1	238	238	OBB V	1 = codice fiscale 2 = STP 3 = AA 4 = TEAM 9 = ENI Z = altro
19	COD_ID	Codice identificativo univoco dell'assistito	AN	20	239	258	OBB V	
20	N_TEAM	Numero identificazione TEAM dell'assistito	AN	20	259	278	OBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4
21	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	AN	15	279	293	OBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4
22	DEN_IST	Acronimo istituzione competente TEAM	AN	30	294	323		
23	ST_ESTERO	Stato che rilascia la tessera TEAM	AN	2	324	325	OBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4
24	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN	4	326	329	OBB	E111 E106
25	DATA_SCAD	Data Scadenza TEAM	DATA	8	330	337	OBB	Compilare se TIPO_ID = 4 Non valorizzare se TIPO_ID <> 4
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	1	338	338	OBB V	0 = codice valido 1 = codice errato

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
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	2	339	340	OBB V	0 = codice fiscale 1 = codice STP 2 = codice ENI 3 = codice TEAM 4 = codice numerico provvisorio a 11 cifre; 97 = codice STP non presente in anagrafe 98 = assistito richiedente l'anonimato 99 = codice non presente o sconosciuto

Nota:

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

I campi con tracciato numerico (N) vanno sempre allineati a destra e riempiti con zero.

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

Le variabili evidenziate in verde sono definite variabili chiave per l'unione dei tracciati.

Tracciato 2 – Dati clinici

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
1	ASL_INV	Comprensorio Sanitario Inviante	AN	3	1	3	OBB V	101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico
2	ISTITUTO	Presidio Ospedaliero	AN	8	4	11	OBB V	Codici ministeriali HSP11
3	ID_ACC	Identificativo Accesso	AN	16	12	27	OBB V	
26	CO_STS11	Codice struttura erogatrice STS11	AN	6	28	33	OBB V	Codici ministeriali STS11
27	CDC_PS	Centro di Costo Pronto Soccorso	AN	20	34	53		
28	DATA_AC	Data di arrivo al Pronto Soccorso	DATA	8	54	61	OBB V	Formato GGMMAAAA
29	ORA_AC	Ora di arrivo al Pronto Soccorso	TIME	4	62	65	OBB V	Formato HHMM
30	DIRETTO	Invio diretto	AN	1	66	66	OBB V	0 = no 1 = si
31	TRIAGE	Triage accesso	AN	1	67	67	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 1 = rosso 2 = giallo 3 = verde 5 = nero 6 = arancione 7 = blu 9 = non compilato
32	MOD_ARR	Modalità di arrivo in Pronto Soccorso	AN	1	68	68	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 1 = con mezzi propri 2 = ambulanza 118 con medico d'urgenza 3 = ambulanza 118 4 = eliambulanza 5 = forze dell'ordine 6 = altra ambulanza 7 = altro elicottero 8 = mezzo di soccorso 118 di altre regioni 9 = Accompagnata (operatrici centri antiviolenza o servizi pubblici o privati
33	COD_MEZ	Codice mezzo di trasporto	AN	10	69	78		Campo vuoto

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
34	COD_TRA_OLD	Codice individuale del trasporto	AN	10	79	88		Campo vuoto
35	CAUSA_AC	Causa di Accesso al Pronto Soccorso	AN	2	89	90	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e PROBLEMA_PRINCIPALE = 10 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
36	DATA_INC	Data Incidente in Montagna	DATA	8	91	98		Se compilato Formato GGMMAAAA o 99999999
37	ORA_INC	Ora Incidente in Montagna	TIME	4	99	102		Se compilato Formato HHMM o 9999
38	LES_INC	Natura della Lesione	AN	4	103	106		Se compilato Verifica Allegato 10
39	LES_CORP	Parte del corpo coinvolta	AN	4	107	110		Se compilato Verifica Allegato 10

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
40	DIN_INC	Dinamica Incidente in Montagna	AN	1	111	111		Se compilato 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
41	TIPO_P	Tipo di Percorso	AN	1	112	112		Se compilato 1 = in pista 2 = fuori pista 9 = non specificato
42	ATT_INC	Attività svolta al momento dell'incidente	AN	1	113	113		Se compilato 1 = sci 3 = snowboard 4 = escursionismo/alpinismo 7 = slittino
43	DATA_MED	Data di presa in carico da parte del medico	DATA	8	114	121	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,4,5,6,9,X,O,T Formato GGMMAAAA
44	ORA_MED	Ora di presa in carico da parte del medico	TIME	4	122	125	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,4,5,6,9,X,O,T Formato HHMM

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
45	TRIAGE_MED	Triage medico	AN	1	126	126	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T 1 = rosso 2 = giallo 3 = verde 5 = nero 6 = arancione 7 = blu
46	ID_MED	Codice Fiscale del Medico che prende in carico il paziente	AN	16	127	142	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,4,5,6,9,X,O,T
47	DIAG_PRI	Diagnosi principale	AN	5	143	147	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T Verifica codice ICD9-CM
48	DIAG_SEC	Diagnosi secondaria 1	AN	5	148	152		Se compilato Verifica codice ICD9-CM
49	DIAG_3	Codice terza diagnosi	AN	5	153	157		Campo vuoto
50	DIAG_DES	Descrizione diagnosi	AN	100	158	257		Campo vuoto
51	DATA_USC	Data di uscita dal Pronto Soccorso	DATA	8	258	265	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T Formato GGMMAAAA
52	ORA_USC	Ora di uscita dal Pronto Soccorso	TIME	4	266	269	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T Formato HHMM

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
53	ESITO	Esito di Pronto Soccorso	AN	1	270	270	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 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 O = O.B.I. T = struttura territoriale
54	TIP_TRAS	Tipo di Struttura di Trasferimento	AN	1	271	271	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e (ESITO = 3 o ESITO_OBI = 3) 1 = provinciale 2 = austriaca convenzionata 3 = resto d'Italia 4 = estero/austriaco non convenzionato
55	STR_TRAS	Codice di Struttura di Trasferimento	AN	6	272	277	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e (ESITO = 3 o ESITO_OBI = 3) e TIP_TRAS = 1, 2, 3 Codici ministeriali HSP11 e strutture austriache

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
56	ATT_OBI	Attivazione O.B.I.	AN	1	278	278	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 1 = si 2 = no
57	TIPO_OBI	Modalità Organizzativa O.B.I.	AN	1	279	279	OBB	Compilare se ATT_OBI = 1 1 = centralizzato 2 = decentralizzato
58	REP_OBI	Unità Operativa O.B.I.	AN	4	280	283	OBB	Compilare se ATT_OBI = 1 Codici reparto HSP12
59	DATA_OBI	Data di Attivazione O.B.I.	DATA	8	284	291	OBB	Compilare se ATT_OBI = 1 Formato GGMMAAAA
60	ORA_OBI	Ora di Attivazione O.B.I.	TIME	4	292	295	OBB	Compilare se ATT_OBI = 1 Formato HHMM
61	DIAG_OBI	Diagnosi Principale O.B.I.	AN	5	296	300	OBB	Compilare se ATT_OBI = 1 Verifica codice ICD9-CM
62	CENTRALE	Codice Identificativo Centrale Operativa	AN	5	301	305	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e MOD_ARR = 2,3,4,8 e RESPONSABILE_INVIO = 5 Codici Centrali Operative
63	COD_MISSIONE	Codice Identificativo Missione	AN	16	306	321	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e MOD_ARR = 2,3,4,8 e RESPONSABILE_INVIO = 5 AAAA+Progressivo
64	COD_TRA	Codice Individuale di Assistenza	AN	9	322	330	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e MOD_ARR = 2,3,4,8 e RESPONSABILE_INVIO = 5
65	RESPONSABILE_INVIO	Responsabile Invio al Pronto Soccorso	N	1	331	331	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 1 = MMG/PLS 2 = medico di continuità assistenziale 3 = specialista 4 = trasferito da altro isti- tuto 5 = Intervento C.O. 118 6 = decisione propria 7 = struttura penitenziaria 9 = altro

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
66	ISTITUTO_PROVENIENZA	Istituto di Ricovero Inviante	AN	8	332	339	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e RESPONSABILE_INVIO = 4 Codici ministeriali HSP11 e strutture austriache

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
67	PROBLEMA_PRINCIPALE	Problema Principale al momento del Triage	AN	2	340	341	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 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.

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
68	PRES_PRI	Prestazione Principale	AN	7	342	348	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T Codici Nomenclatore Tariffario Provinciale
69	PRES_SEC	Prestazione Secondaria 1	AN	7	349	355		Se compilato Codici Nomenclatore Tariffario Provinciale
70	REFERTO	Referto	AN	1	356	356		Se compilato 1 = Inail 2 = Autorità Giudiziaria 3 = ASL per morso di animale (cane e canidi) 9 = Altro
71	SPEC_REPARTO	Codice Reparto di Ricovero	AN	2	357	358	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 2 Codici Reparto HSP12
72	PROG_RICOVERO	Codice Nosografico Ricovero	AN	10	359	368	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 2 Formato AAAAXXXXXX
73	MOTIVO_TRASF	Motivo di Trasferimento	AN	1	369	369	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e (ESITO = 3 o ESITO_OBI) 3) 1 = In continuità di soccorso 2 = Per mancanza di posto letto 3 = Ritorno all'ospedale che ha richiesto consulenza

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
74	REG_EROGAZIONE	Regime di erogazione	N	1	370	370	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T 1 = SSN (onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per accessi che non prevedono il ticket) 2 = SSN + Ticket (partecipazione alla spesa da parte dell'assistito) 3 = Ministero degli Interni/Ministero della Salute 9 = Altro (pagamento del ticket attraverso terzo pagante o assistito pagante in proprio)
75	IMP_TARI	Importo Tariffario (incluso eventuale OBI)	N	9	371	379	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,4,5,6,9,X,O,T Valori da 0,01 a 999999,99
76	IMP_TICKET	Importo Ticket	N	9	380	388	OBB	Compilare se POS_TICKET = 0,1 Valori da 0,01 a 999999,99

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
77	POS_TICKET	Posizione Ticket Assistito	N	1	389	389	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T 0 = Figli a carico 1 = Non esente 2 = Esente totale per invalidità 3 = Esente per età e reddito 4 = Esente per patologia 5 = Esente per categoria 6 = Donne in stato di gravidanza 7 = Esente parziale per invalidità 8 = Altre categorie 9 = Esente, laddove previsto in relazione al livello appropriatezza accesso e in relazione alla normativa nazionale in tema di pagamento ticket in Pronto Soccorso
78	COD_ESEN	Codice Esenzione Assistito	AN	6	390	395	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 Verifica codice esenzione (allegato 9)
79	TIPO_OPER	Tipo Operazione	AN	1	396	396		Compilare se DIRETTO = 0 I = inserimento V = variazione C = cancellazione
80	CDC_AS	Centro di Costo Aziendale	AN	10	397	406		
83	FAST	Fast Track	AN	1	407	407	OBB V	0 = no 1 = inviato e dimesso 2 = inviato, ma non dimesso
84	ACP	Ambulatorio Cure Primarie	AN	1	408	408	OBB V	0 = no 1 = inviato e dimesso 2 = inviato, ma non dimesso

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
85	DATA_DESTINAZIONE	Data di decisione dove inviare il paziente	DATA	8	409	416	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,O,T Formato GGMMAAAA
86	ORA_DESTINAZIONE	Ora di decisione dove inviare il paziente	TIME	4	417	420	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 e ESITO = 1,2,3,O,T Formato HHMM
87	DIAG_TER	Diagnosi secondaria 2	AN	5	421	425		Se compilato Verifica codice ICD9-CM
88	DIAG_QUAR	Diagnosi secondaria 3	AN	5	426	430		Se compilato Verifica codice ICD9-CM
89	DIAG_QUI	Diagnosi secondaria 4	AN	5	431	435		Se compilato Verifica codice ICD9-CM
90	PRES_TER	Prestazione Secondaria 2	AN	7	436	442		Se compilato Codici Nomenclatore Tar- rifiario Provinciale
91	PRES_QUAR	Prestazione Secondaria 3	AN	7	443	449		Se compilato Codici Nomenclatore Tar- rifiario Provinciale
92	PRES_QUI	Prestazione Secondaria 4	AN	7	450	456		Se compilato Codici Nomenclatore Tar- rifiario Provinciale
93	PROBLEMA_OBI	Problema Clinico Principale O.B.I.	AN	5	457	461	OBB	Compilare se ATT_OBI = 1 Verifica codice ICD9-CM
94	DIAG_SEC_OBI	Diagnosi secondaria 1 O.B.I.	AN	5	462	466		Se compilato Verifica codice ICD9-CM
95	DIAG_TER_OBI	Diagnosi secondaria 2 O.B.I.	AN	5	467	471		Se compilato Verifica codice ICD9-CM
96	DIAG_QUAR_OBI	Diagnosi secondaria 3 O.B.I.	AN	5	472	476		Se compilato Verifica codice ICD9-CM
97	DIAG_QUI_OBI	Diagnosi secondaria 4 O.B.I.	AN	5	477	481		Se compilato Verifica codice ICD9-CM
98	PRES_PRI_OBI	Prestazione Principale O.B.I.	AN	7	482	488	OBB	Compilare se ATT_OBI = 1 Codici Nomenclatore Tar- rifiario Provinciale
99	PRES_SEC_OBI	Prestazione Secondaria 1 O.B.I.	AN	7	489	495		Se compilato Codici Nomenclatore Tar- rifiario Provinciale

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
100	PRES_TER_OBI	Prestazione Secondaria 2 O.B.I.	AN	7	496	502		Se compilato Codici Nomenclatore Tariffario Provinciale
101	PRES_QUAR_OBI	Prestazione Secondaria 3 O.B.I.	AN	7	503	509		Se compilato Codici Nomenclatore Tariffario Provinciale
102	PRES_QUI_OBI	Prestazione Secondaria 4 O.B.I.	AN	7	510	516		Se compilato Codici Nomenclatore Tariffario Provinciale
103	DISC_CONSULENZA_1_OBI	Disciplina Prima Consulenza O.B.I.	AN	2	517	518		Se compilato Vedi allegato 11
104	NUM_CONSULENZA_1_OBI	Numero Prime Consulenze O.B.I.	N	1	519	519		Se compilato 1 ≤ N ≤ 9
105	DISC_CONSULENZA_2_OBI	Disciplina Seconda Consulenza O.B.I.	AN	2	520	521		Se compilato Vedi allegato 11
106	NUM_CONSULENZA_2_OBI	Numero Seconda Consulenze O.B.I.	N	1	522	522		Se compilato 1 ≤ N ≤ 9
107	ESITO_OBI	Esito O.B.I.	AN	1	523	523	OBB	Compilare se ATT_OBI = 1 1 = a domicilio 2 = ricovero in reparto di degenza 3 = trasferimento ad altro istituto 4 = deceduto in Pronto Soccorso 6 = rifiuta ricovero 9 = il paziente abbandona il PS/OBI in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica T = struttura territoriale X = dimissione a domicilio con successivo invio a strutture ambulatoriali
108	DATA_USC_OBI	Data di uscita dall'O.B.I.	DATA	8	524	531	OBB	Compilare se ATT_OBI = 1 Formato GGMMAAAA

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
109	ORA_USC_OBI	Ora di uscita dall'O.B.I.	TIME	4	532	535	OBB	Compilare se ATT_OBI = 1 Formato HHMM
110	DATA_ORA_TRIAGE	Data/ora di presa in carico al triage	DATA/ TIME	12	536	547	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 Formato GGMMAAAAHHMM
111	VIOLENZA_TRIAGE	Violenza dichiarata al triage	N	1	548	548	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 1 = dichiarata 2 = non dichiarata, ma so- spetta 3 = no
112	VIOLENZA	Elementi per una violenza di genere	N	1	549	549	OBB	Compilare se DIRETTO = 0 1 = dichiarata 2 = non dichiarata, ma so- spetta 3 = no

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
113	VIOLENZA_RELAZIONE	Tipologia di relazione tra la vittima ed il presunto autore della violenza	N	2	550	551	OBB	Compilare se VIOLENZA = 1 1 = coniuge/convivente 2 = fidanzato 3 = ex coniuge/ex convivente 4 = ex fidanzato 5 = altro parente 6 = collega/datore di lavoro 7 = conoscente/amico 8 = cliente 9 = vicino di casa 10 = compagno di scuola 11 = insegnante o persona che esercita un'attività di cura e/o custodia 12 = medico o personale sanitario 13 = persona sconosciuta alla vittima 14 = altro 15 = autore non identificato 99 = non dichiarato
114	VIOLENZA_FISICA	Violenza fisica predominante	N	1	552	552	OBB	Compilare se VIOLENZA = 1 o 2 1 = si 2 = no
115	VIOLENZA_SESSUALE	Violenza sessuale predominante	N	1	553	553	OBB	Compilare se VIOLENZA = 1 o 2 1 = si 2 = no
116	VIOLENZA_PSICO	Violenza psicologica predominante	N	1	554	554	OBB	Compilare se VIOLENZA = 1 o 2 1 = si 2 = no

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
117	VIOLENZA_ECONOMICA	Violenza economica predominante	N	1	555	555	OBB	Compilare se VIOLENZA = 1 o 2 1 = sì 2 = no
118	VIOLENZA_ASSISTITA	Violenza in presenza di altre persone o meno	N	1	556	556	OBB	Compilare se VIOLENZA = 1 o 2 1 = in presenza di figli minorenni 2 = in presenza di figli maggiorenni 3 = no 9 = non rilevabile
119	VIOLENZA_PERSECUTORI	Violenza riferita ad atti persecutori	N	1	557	557	OBB	Compilare se VIOLENZA = 1 o 2 1 = sì 2 = no 9 = non rilevabile
120	VIOLENZA_BRAFED	Somministrazione del questionario BRAFED	N	1	558	558	OBB	Compilare se VIOLENZA = 1 o 2 1 = sì 2 = no 3 = non rilevabile 9 = non rilevato
121	VIOLENZA_BRAFED_VALUTAZIONE	Valutazione del questionario BRAFED	N	1	559	559	OBB	Compilare se VIOLENZA_BRAFED = 1 1 = Nessuna risposta affermativa; 2 = 1 risposta affermativa 3 = 2 risposte affermative 4 = 3 risposte affermative 5 = 4 risposte affermative 6 = 5 risposte affermative
122	VIOLENZA_PERCORSO	Percorso territoriale antiviolenza	N	1	560	560	OBB	Compilare se VIOLENZA = 1 o 2 1 = accettazione 2 = rifiuto 3 = non rilevabile

Nota:

I campi con tracciato alfanumerico (AN) vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi a destra.
I campi con tracciato numerico (N) vanno sempre allineati a destra e riempiti con zero.
I campi data di questo archivio sono di tipo GGMMAAAA; se mancanti, valorizzati con spazio.
Le variabili evidenziate in verde sono definite variabili chiave per l'unione dei tracciati.

ALLEGATO 2: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI

Legenda:

OBB V = Campo obbligatorio e vincolante

OBB = Campo obbligatorio in determinate circostanze

“vuoto” = Campo facoltativo

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBLIGO	
1. ASL_INV Comprensorio Sanitario Inviante	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico
2. ISTITUTO Presidio Ospedaliero	AN (8)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice istituto nell'elenco dei codici istituto HSP11
3. ID_ACC Identificativo Accesso	AN (16)	OBB V	Obbligatorietà Verifica composizione AAAA(4)+ISTITUTO(6)+Progressivo(6) AAAA(ID_ACC) = AAAA(COD_MISSIONE) o (AAAA(COD_MISSIONE)+1)
4. COGNOME Cognome dell'assistito	AN (30)	OBB V	Obbligatorietà Verifica non presenza criteri non validi
5. NOME Nome dell'assistito	AN (20)	OBB V	Obbligatorietà Verifica non presenza criteri non validi
6. NOMEA Cognome acquisito dell'assistito	AN (30)		Verifica congruità con SESSO = 2 Verifica non presenza criteri non validi
7. SESSO Sesso dell'assistito	N (1)	OBB V	Obbligatorietà 1 = maschio 2 = femmina 9 = non dichiarato

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
8. DNASCITA Data di nascita dell'assistito	DATA (8)	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 dell'assistito	AN (6)	OBB V	Obbligatorietà Se NOME = ANONIMO allora codice "999999". 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.
10. S_CIVILE Stato civile dell'assistito	N (1)	OBB V	Obbligatorietà 1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato
11. COM_RES Comune in cui il soggetto è residente	AN (6)	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. Se REG_RES = 999 allora COM_RES = 999999 Se NOME = ANONIMO allora codice "999997" oppure "999998" oppure "999999"

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
12. C_CITT Cittadinanza dell'assistito	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice nel Codice del Ministero degli Interni 998 = sconosciuta o anonimo 999 = apolidi
13. COD_SANI Codice sanitario individuale - Libretto	AN (16)	OBB	Se TIPO_ID = 2, 4, 9, Z Obbligatorietà 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 e viene ricoverato presso un ospedale pubblico, il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatica che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche. Nel caso di pazienti che richiedono di poter beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, verrà generato un codice fittizio.
14. REG_RES Regione in cui il soggetto è residente	AN (3)	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 Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Se COM_RES = 021xxx allora 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico Altrimenti esistenza del codice regione sull'elenco delle regioni definito dal DM 17.09.1986 e successive modifiche Se COM_RES = 999999 allora ASL_RES = 999
16. REG_ASS Regione di appartenenza dell'ASL di assistenza	AN (3)		Se compilato, verifica esistenza del codice sull'elenco delle regioni italiane (Ministero della Salute) o sull'elenco dei paesi esteri (codici del Ministero degli Interni).

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
17. ASL_ASS Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria in cui è iscritto l'assistito	AN (3)		Se compilato: Se COM_RES = 021xxx allora 101 = Bolzano 102 = Merano 103 = Bressanone 104 = Brunico Altrimenti esistenza del codice regione sull'elenco delle regioni definito dal DM 17.09.1986 e successive modifiche
18. TIPO_ID Tipo identificativo assistito	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 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) Z = Altro
19. COD_ID Codice identificativo univoco dell'assistito	AN (20)	OBB V	Obbligatorietà se residente in Italia allora compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze (si verificano i caratteri 7-11 nel seguente modo: 7-8 carattere uguale agli ultimi due caratteri anno di nascita, 9 carattere uguale a mese di nascita A=gennaio, B=febbraio, C=marzo, D= aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre, 10-11 carattere = a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40 10-11 CARATTERE UGUALE A SESSO (SE <40 SESSO=M, SE > 40 SESSO=F); se straniero temporaneamente presente alloca compilare con Codice STP: STP+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo se non identificato o anonimo allora compilare con 17 "X" e 3 caratteri numerici se straniero comunitario non residente allora compilare con codice personale TEAM (campo nr. 6 della TEAM) se straniero comunitario indigente, va compilato il codice ENI a 16 caratteri composto da ENI + codice regione + codice ASL + progressivo. Per tutti gli altri casi (TIPO_ID = "Z"), compilare con il codice associato di lunghezza massima 20 caratteri (SPAG, ASC, HIC, paziente residente a cassa estera: se paziente residente a cassa estera, compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze) o 20 "X".
20. N_TEAM Numero identificazione TEAM dell'assistito	AN (20)	OBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà Inserire il campo nr. 6 della TEAM Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
21. COD_IST Codice istituzione competente TEAM	AN (15)	OBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà Inserire il campo nr. 8 della TEAM Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato
22. DEN_IST Acronimo istituzione competente TEAM	AN (30)		
23. ST_ESTERO Stato che rilascia la tessera TEAM	AN (2)	OBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato
24. TIPO_TEAM Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN (4)	OBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà E111 o E106 Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato
25. DATA_SCAD Data Scadenza TEAM	DATA (8)	OBB	Se TIPO_ID = 4 Obbligatorietà DATA_SCAD ≥ DNASCITA DATA_SCAD ≥ DATA_AC Se il campo di una delle date non obbligatori è vuoto non controllare Se TIPO_ID <> 4, il campo non va compilato
26. CO_STS11 Codice struttura erogatrice STS11	AN (6)	OBB V	Obbligatorietà Verifica presenza nei codici ministeriali STS11
27. CDC_PS Centro di Costo Pronto Soccorso	AN (20)		Se compilato Verifica presenza nella tabella di dominio
28. DATA_AC Data di arrivo al Pronto Soccorso	DATA (8)	OBB V	Obbligatorietà Verifica 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

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
29. ORA_AC Ora di arrivo al Pronto Soccorso (momento di arrivo del paziente al PS)	TIME (4)	OBB V	Obbligatorietà Verifica formato HHMM Se DATA_AC = DATA_MED allora ORA_AC ≤ ORA_MED Se DATA_AC = DATA_USC allora ORA_AC < ORA_USC
30. DIRETTO Invio diretto	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 0 = no 1 = sì
31. TRIAGE Triage di accesso	AN (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 Obbligatorietà 1 = Rosso 2 = Giallo 3 = Verde 5 = Nero 6 = Arancione 7 = Blu 9 = Triage non compilato Se TRIAGE = 9 verifica che il campo ISTITUTO = 041006, 041007 o 041011 Se TRIAGE = 5, verifica che ESITO = 5 Altrimenti non compilare (NULL)
32. MOD_ARR Modalità di arrivo in Pronto Soccorso	AN (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 Obbligatorietà 1 = con mezzi propri 2 = ambulanza 118 con medico d'urgenza 3 = ambulanza 118 4 = eliambulanza 5 = forze dell'ordine 6 = altra ambulanza 7 = altro elicottero 8 = mezzo di soccorso 118 di altre regioni 9 = Accompagnata (operatrici centri antiviolenza o servizi pubblici o privati) Altrimenti non compilare (NULL)
33. COD_MEZ Codice Mezzo di Trasporto	AN (10)		Campo vuoto

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
34. COD_TRA_OLD Codice Individuale del Trasporto	AN (1)		Campo vuoto
35. CAUSA_AC Causa di Accesso al Pronto Soccorso	AN (2)	OBB	Se DIRETTO = 0 e PROBLEMA_PRINCIPALE = 10 Obbligatorietà 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 Altrimenti non compilare (NULL)
36. DATA_INC Data Incidente in Montagna	DATA (8)		Se compilato Verifica 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 in Montagna	TIME (4)		Se compilato Verifica formato HHMM oppure "9999"
38. LES_INC Natura della lesione	AN (4)		Se compilato Verifica presenza nell'allegato 10
39. LES_CORP Parte del corpo coinvolta	AN (4)		Se compilato Verifica presenza nell'allegato 10

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
40. DIN_INC Dinamica Incidente in Montagna	AN (1)		Se compilato 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
41. TIPO_P Tipo di percorso	AN (1)		Se compilato 1 = in pista 2 = fuori pista 9 = non specificato
42. ATT_INC Attività svolta al momento dell'incidente in montagna	AN (1)		Se compilato 1 = sci 3 = snowboard 4 = escursionismo/alpinismo 7 = slittino
43. DATA_MED Data di presa in carico da parte del medico	DATA (8)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,9,X,O,T Obbligatorietà Verifica formato GGMMAAAA DATA_MED < Data Sistema DATA_MED ≥ DNASCITA DATA_AC ≤ DATA_MED DATA_MED ≤ DATA_USC DATA_MED ≥ DATA_INC Altrimenti non compilare (NULL)
44. ORA_MED Ora di presa in carico da parte del medico	TIME (4)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,9,X,O,T Obbligatorietà Verifica formato HHMM Se DATA_MED = DATA_AC allora ORA_AC ≤ ORA_MED Se DATA_MED = DATA_USC allora ORA_MED < ORA_USC ORA_MED - ORA_TRIAGE < 24 ore Altrimenti non compilare (NULL)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
45. TRIAGE_MED Triage medico	AN (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T Obbligatorietà 1 = Rosso 2 = Giallo 3 = Verde 5 = Nero 6 = Arancione 7 = Blu Altrimenti non compilare (NULL)
46. ID_MED Codice Fiscale del Medico che prende in carico il paziente	AN (16)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO = 1,2,3,4,5,6,9,X,O,T Obbligatorietà Altrimenti non compilare (NULL)
47. DIAG_PRI Codice diagnosi principale	AN (5)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T Obbligatorietà Verifica Codice ICD9-CM Altrimenti non compilare (NULL)
48. DIAG_SEC Codice diagnosi secondaria 1	AN (5)		Se compilato Verifica Codice ICD9-CM
49. DIAG_3 Codice terza diagnosi	AN (5)		Campo vuoto
50. DIAG_DES Descrizione diagnosi	AN (100)		Campo vuoto

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
51. DATA_USC Data di uscita dal Pronto Soccorso	DATA (8)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T Obbligatorietà Verifica formato GGMMAAAA DATA_USC < Data Sistema DATA_USC ≥ DNASCITA DATA_USC ≥ DATA_AC DATA_USC ≥ DATA_MED (se compilato) DATA_USC ≥ DATA_INC (se compilato) DATA_USC ≤ DAT_SCAD (se compilato) DATA_USC_OBI = DATA_USC (se compilato) $[(MM-1)(DATA_USC)] \leq [MM(DATA_AC)] \leq [MM(DATA_USC)]$ Altrimenti non compilare (NULL)
52. ORA_USC Ora di uscita dal Pronto Soccorso	TIME (4)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T Obbligatorietà Verifica formato HHMM Se DATA_USC (compilato) = DATA_AC allora ORA_AC < ORA_USC (se compilato) Se DATA_USC (compilato) = DATA_MED allora ORA_MED < ORA_USC (se compilato) Altrimenti non compilare (NULL)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
53. ESITO Esito di Pronto Soccorso	AN (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 Obbligatorietà 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 O = O.B.I. T = struttura territoriale Se ESITO <> O allora ATT_OBI = 2 Se ESITO = 2 o 3 allora POS_TICK = 9 e COD_ESEN = TR Altrimenti non compilare (NULL)
54. TIP_TRAS Tipo di Struttura di Trasferimento	AN (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 e (se ESITO = 3 o ESITO_OBI = 3) Obbligatorietà 1 = provinciale 2 = austriaca convenzionata 3 = resto d'Italia 4 = estero/austriaco non convenzionato Altrimenti non compilare (NULL)
55. STR_TRAS Codice Struttura di Trasferimento	AN (6)	OBB	Se DIRETTO = 0 e (se ESITO = 3 o ESITO_OBI = 3) e se TIP_TRAS = 1, 2, 3 Obbligatorietà Esistenza del codice istituto Altrimenti non compilare (NULL)
56. ATT_OBI Attivazione O.B.I.	AN (1)	OBB V	Se DIRETTO = 0 Obbligatorietà 1 = sì 2 = no Se ATT_OBI = 1 allora ESITO = 0

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
57. TIPO_OBI Modalità Organizzativa O.B.I.	AN (1)	OBB	Se ATT_OBI = 1 Obbligatorietà 1 = centralizzato 2 = decentralizzato Altrimenti non compilare (NULL)
58. REP_OBI Unità Operativa O.B.I.	AN (4)	OBB	Se ATT_OBI = 1 Obbligatorietà Esistenza del codice reparto HSP12 Altrimenti non compilare (NULL)
59. DATA_OBI Data di Attivazione O.B.I.	DATA (8)	OBB	Se ATT_OBI = 1 Obbligatorietà Verifica formato GGMMAAAA DATA_USC < Data Sistema DATA_OBI ≥ DATA_AC DATA_OBI ≥ DATA_MED Altrimenti non compilare (NULL)
60 ORA_OBI Ora di Attivazione O.B.I.	TIME (4)	OBB	Se ATT_OBI = 1 Obbligatorietà Verifica formato HHMM Se DATA_AC = DATA_OBI allora ORA_AC < ORA_OBI Se DATA_MED = DATA_OBI allora ORA_MED < ORA_OBI Altrimenti non compilare (NULL)
61 DIAG_OBI Diagnosi Principale O.B.I.	AN (5)	OBB	Se ATT_OBI = 1 Obbligatorietà Verifica Codice ICD9-CM Altrimenti non compilare (NULL)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
62. CENTRALE Codice Identificativo Centrale Operativa	AN (5)	OBB	Se DIRETTO = 0 e MOD_ARR = 2,3,4, 8 e RESPONSABILE INVIO = 5 Obbligatorietà Verifica codice compreso nella tabella di dominio. Altrimenti non compilare (NULL)
63. COD_MISSIONE Codice Identificativo Missione	AN (16)	OBB	Se DIRETTO = 0 e MOD_ARR = 2,3,4, 8 e RESPONSABILE INVIO = 5 Obbligatorietà Verifica composizione: posizione da 1-4 = anno erogazione, posizione da 5 - 16 = numero progressivo Anno DATA_AC = Anno COD_MISSIONE oppure Anno COD_MISSIONE + 1 Anno ID_ACC = Anno COD_MISSIONE oppure Anno COD_MISSIONE + 1 Altrimenti non compilare (NULL)
64. COD_TRA Codice Individuale di Assistenza	AN (9)	OBB	Se DIRETTO = 0 e MOD_ARR = 2,3,4, 8 e RESPONSABILE INVIO = 5 Obbligatorietà Altrimenti non compilare (NULL)
65. RESPONSABILE_INVIO Responsabile Invio al Pronto Soccorso	N (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 Obbligatorietà 1 = MMG/PLS 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 Altrimenti non compilare (NULL)
66. ISTITUTO_PROVENIENZA Codice Istituto di Ricovero Inviante	AN (8)	OBB	Se DIRETTO = 0 e RESPONSABILE INVIO = 4 Obbligatorietà Esistenza del codice istituto Altrimenti non compilare (NULL)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
67. PROBLEMA_PRINCIPALE Problema Principale al momento del Triage	AN (2)		Se DIRETTO = 0 Obbligatorietà 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 Altrimenti non compilare (NULL)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
68. PRES_PRI Prestazione Principale	AN (7)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,X,O,T Obbligatorietà Verifica codici nomenclatore tariffario provinciale Altrimenti non compilare (NULL)
69. PRES_SEC Prestazione Secondaria 1	AN (7)		Se compilato Verifica codici nomenclatore tariffario provinciale
70. REFERTO Referto	AN (1)		Se compilato 1 = Inail 2 = Autorità Giudiziaria 3 = ASL per morso di animale (cane e canidi) 9 = Altro
71. SPEC_REPARTO Codice Reparto di Ricovero	AN (2)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO = 2 Obbligatorietà Verifica codici reparto HSP12
72. PROG_RICOVERO Codice Nosografico Ricovero	AN (10)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO = 2 Obbligatorietà Verifica che i primi 4 caratteri (AAAA) siano uguali all'anno di DATA_USC oppure all'anno di DATA_USC + 1)
73. MOTIVO_TRASF Motivo di Trasferimento	AN (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 e (se ESITO = 3 o ESITO_OBI = 3) Obbligatorietà 1 = In continuità di soccorso 2 = Per mancanza di posto letto 3 = Ritorno all'ospedale che ha richiesto consulenza Altrimenti non compilare (NULL)
74. REG_EROGAZIONE Regime di Erogazione	N (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,X,O,T Obbligatorietà 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/Ministero della Salute 9 = Altro (pagamento del ticket attraverso terzo pagante o assistito pagante in proprio) Altrimenti non compilare (NULL)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
75. IMP_TARI Importo Tariffario (incluso eventuale OBI)	N (9)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO=1,2,3,4,5,6,9,X,O,T Obbligatorietà Valori ammessi 0,01 – 999999,99 Se ATT_OBI = 1 allora IMP_TARI ≥ 250,00 Altrimenti non compilare (NULL)
76. IMP_TICKET Importo Ticket	N (9)	OBB	Se POS_TICKET = 0,1 Obbligatorietà Valori ammessi 0,01 – 999999,99 Altrimenti non compilare (NULL)
77. POS_TICKET Posizione Ticket Assistito	N (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T Obbligatorietà 0 = Figli a carico 1 = Non esente 2 = Esente totale per invalidità 3 = Esente per età e reddito 4 = Esente per patologia 5 = Esente per categoria 6 = Donne in stato di gravidanza 7 = Esente parziale per invalidità 8 = Altre categorie 9 = Esente, laddove previsto in relazione al livello appropriatezza accesso e in relazione alla normativa nazionale in tema di pagamento ticket in Pronto Soccorso.
78. COD_ESEN Codice Esenzione Assistito	AN (6)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO = 1,2,3,4,5,6,X,O,T Obbligatorietà Verifica codice esenzione (allegato 9) Se POS_TICKET = 0 allora COD_ESEN = E22 Se POS_TICKET = 1 e ESITO <> 2 o 3 allora COD_ESEN = TN

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
79. TIPO_OPER Tipo Operazione	AN (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 Obbligatorietà I = inserimento V = variazione C = cancellazione Altrimenti non compilare (NULL)
80. CDC_AS Centro di Costo Aziendale	AN (10)		
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 (1)	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 (2)	OBB V	Obbligatorietà 0 = codice fiscale 1 = codice STP 2 = codice ENI 3 = codice TEAM 4 = codice numerico provvisorio a 11 cifre 97 = codice STP non presente in anagrafe 98 = assistito richiedente l'anonimato 99 = codice non presente o sconosciuto Se TS_COD_ID = 98 o 99 allora PRES_COD_ID = 1
83. FAST Fast Track	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 0 = no 1 = inviato e dimesso 2 = inviato, ma non dimesso

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
84. ACP Ambulatorio Cure Primarie	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà 0 = no 1 = inviato e dimesso 2 = inviato, ma non dimesso Se ISTITUTO <> "041001" verifica che ACP = 0
85. DATA_DESTINAZIONE Data di decisione di invio del paziente	DATA (8)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO = 1,2,3,O,T Obbligatorietà Verifica formato GGMMAAAA DATA_DESTINAZIONE < Data Sistema DATA_DESTINAZIONE ≥ DNASCITA DATA_DESTINAZIONE ≥ DATA_AC DATA_DESTINAZIONE ≥ DATA_MED DATA_DESTINAZIONE ≤ DATA_USC (se compilata) Altrimenti non compilare (NULL)
86. ORA_DESTINAZIONE Ora di decisione di invio del paziente	TIME (4)	OBB	Se DIRETTO = 0 e se ESITO=1,2,3,O,T Obbligatorietà Verifica formato HHMM Se DATA_DESTINAZIONE = DATA_AC allora ORA_AC < ORA_DESTINAZIONE Se DATA_DESTINAZIONE = DATA_MED allora ORA_MED ≤ ORA_DESTINAZIONE Se DATA_USC = DATA_DESTINAZIONE allora ORA_DESTINAZIONE ≤ ORA_USC Altrimenti non compilare (NULL)
87. DIAG_TER Codice diagnosi secondaria 2	AN (5)		Se compilato Verifica Codice ICD9-CM
88. DIAG_QUAR Codice diagnosi secondaria 3	AN (5)		Se compilato Verifica Codice ICD9-CM
89. DIAG QUI Codice diagnosi secondaria 4	AN (5)		Se compilato Verifica Codice ICD9-CM
90. PRES_TER Prestazione Secondaria 2	AN (7)		Se compilato Verifica codici nomenclatore tariffario provinciale
91. PRES_QUAR Prestazione Secondaria 3	AN (7)		Se compilato Verifica codici nomenclatore tariffario provinciale

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
92. PRES_QUI Prestazione Secondaria 4	AN (7)		Se compilato Verifica codici nomenclatore tariffario provinciale
93. PROBLEMA_OBI Problema clinico principale O.B.I.	AN (5)	OBB	Se ATT_OBI = 1 Obbligatorietà Verifica Codice ICD9-CM Altrimenti non compilare (NULL)
94. DIAG_SEC_OBI Codice diagnosi secondaria 1 O.B.I.	AN (5)		Se compilato ATT_OBI = 1 Verifica Codice ICD9-CM
95. DIAG_TER_OBI Codice diagnosi secondaria 2 O.B.I.	AN (5)		Se compilato ATT_OBI = 1 Verifica Codice ICD9-CM
96. DIAG_QUAR_OBI Codice diagnosi secondaria 3 O.B.I.	AN (5)		Se compilato ATT_OBI = 1 Verifica Codice ICD9-CM
97. DIAG_QUI_OBI Codice diagnosi secondaria 4 O.B.I.	AN (5)		Se compilato ATT_OBI = 1 Verifica Codice ICD9-CM
98. PRES_PRI_OBI Prestazione Principale in O.B.I.	AN (7)	OBB	Se ATT_OBI = 1 Obbligatorietà Verifica codici nomenclatore tariffario provinciale Altrimenti non compilare (NULL)
99. PRES_SEC_OBI Prestazione Secondaria 1 in O.B.I.	AN (7)		Se compilato ATT_OBI = 1 Verifica codici nomenclatore tariffario provinciale
100. PRES_TER_OBI Prestazione Secondaria 2 in O.B.I.	AN (7)		Se compilato ATT_OBI = 1 Verifica codici nomenclatore tariffario provinciale
101. PRES_QUAR_OBI Prestazione Secondaria 3 in O.B.I.	AN (7)		Se compilato ATT_OBI = 1 Verifica codici nomenclatore tariffario provinciale

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
102. PRES_QUAR_OBI Prestazione Secondaria 4 in O.B.I.	AN (7)		Se compilato ATT_OBI = 1 Verifica codici nomenclatore tariffario provinciale
103. DISC_CONSULENZA_1_OBI Disciplina prima consulenza O.B.I.	AN (2)		Se compilato ATT_OBI = 1 Verifica allegato 11
104. NUM_CONSULENZA_1_OBI Numero prime consulenze O.B.I.	AN (2)		Se compilato ATT_OBI = 1 $1 \leq N \leq 9$
105. DISC_CONSULENZA_2_OBI Disciplina seconda consulenza O.B.I.	AN (2)		Se compilato ATT_OBI = 1 Verifica allegato 11
106. NUM_CONSULENZA_1_OBI Numero seconde consulenze O.B.I.	AN (2)		Se compilato ATT_OBI = 1 $1 \leq N \leq 9$
107. ESITO_OBI Esito O.B.I.	AN (1)	OBB	Se ATT_OBI = 1 Obbligatorietà 1 = a domicilio 2 = ricovero in reparto di degenza 3 = trasferimento ad altro istituto 4 = deceduto in Pronto Soccorso 6 = rifiuta ricovero 9 = il paziente abbandona il PS/OBI in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica T = struttura territoriale X = dimissione a domicilio con successivo invio a strutture ambulatoriali Se ESITO_OBI = 2 o 3 allora POS_TICK = 9 e COD_ESEN = TR Altrimenti non compilare (NULL)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
108. DATA_USC_OBI Data di uscita dall'O.B.I.	DATA (8)	OBB	Se ATT_OBI = 1 Obbligatorietà Verifica formato GGMMAAAA DATA_USC_OBI < Data Sistema DATA_USC_OBI ≥ DNASCITA DATA_USC_OBI ≥ DATA_AC DATA_USC_OBI ≥ DATA_MED (se compilato) DATA_USC_OBI ≥ DATA_INC (se compilato) DATA_USC_OBI ≤ DAT_SCAD (se compilato) DATA_USC_OBI ≥ DATA_OBI DATA_USC_OBI = DATA_USC Altrimenti non compilare (NULL)
109. ORA_USC_OBI Ora di uscita dall'O.B.I.	TIME (4)	OBB	Se ATT_OBI = 1 Obbligatorietà Verifica formato HHMM Se DATA_USC_OBI = DATA_AC allora ORA_AC < ORA_USC_OBI Se DATA_USC_OBI = DATA_MED allora ORA_MED < ORA_USC_OBI Se DATA_USC_OBI = DATA_OBI allora ORA_OBI < ORA_USC_OBI ORA_USC_OBI = ORA_USC Altrimenti non compilare (NULL)
110. DATA_ORA_TRIAGE Data/ora di presa in carico al triage	DATA/ TIME (12)	OBB	Se DIRETTO = 0 Obbligatorietà Verifica formato GGMMAAAAHHMM DATA_TRIAGE < Data Sistema DATA_TRIAGE ≥ DATA_AC DATA_TRIAGE ≥ DNASCITA DATA_TRIAGE ≤ DATA_MED (se compilato) DATA_TRIAGE ≤ DATA_USC (se compilato) DATA_TRIAGE ≤ DATA_INC (se compilato) Se DATA_AC = DATA_TRIAGE allora ORA_AC ≤ ORA_TRIAGE Se DATA_TRIAGE = DATA_USC allora ORA_TRIAGE < ORA_USC ORA_MED – ORA_TRIAGE < 24 ore

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
111. VIOLENZA_TRIAGE Violenza dichiarata al triage	N (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 Obbligatorietà 1 = dichiarata 2 = non dichiarata, ma sospetta 3 = no
112. VIOLENZA Elementi per una violenza di genere	N (1)	OBB	Se DIRETTO = 0 Obbligatorietà 1 = dichiarata 2 = non dichiarata, ma sospetta 3 = no
113. VIOLENZA_RELAZIONE Tipologia di relazione tra la vittima ed il presunto autore della violenza	N (2)	OBB	Se VIOLENZA = 1 Obbligatorietà 1 = coniuge/convivente 2 = fidanzato 3 = ex coniuge/ex convivente 4 = ex fidanzato 5 = altro parente 6 = collega/datore di lavoro 7 = conoscente/amico 8 = cliente 9 = vicino di casa 10 = compagno di scuola 11 = insegnante o persona che esercita un'attività di cura e/o custodia 12 = medico o personale sanitario 13 = persona sconosciuta alla vittima 14 = altro 15 = autore non identificato 99 = non dichiarato
114. VIOLENZA_FISICA Violenza fisica predominante	N (1)	OBB	Se VIOLENZA = 1 o 2 Obbligatorietà 1 = sì 2 = no
115. VIOLENZA_SESSUALE Violenza sessuale predominante	N (1)	OBB	Se VIOLENZA = 1 o 2 Obbligatorietà 1 = sì 2 = no

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
116. VIOLENZA_PSICO Violenza psicologica predominante	N (1)	OBB	Se VIOLENZA = 1 o 2 Obbligatorietà 1 = sì 2 = no
117. VIOLENZA_ECONOMICA Violenza economica predominante	N (1)	OBB	Se VIOLENZA = 1 o 2 Obbligatorietà 1 = sì 2 = no
118. VIOLENZA_ASSISTITA Violenza in presenza di altre persone o meno	N (1)	OBB	Se VIOLENZA = 1 o 2 Obbligatorietà 1 = in presenza di figli minorenni 2 = in presenza di figli maggiorenni 3 = no 9 = non rilevabile
119. VIOLENZA_PERSECUTORI Violenza riferita ad atti persecutori	N (1)	OBB	Se VIOLENZA = 1 o 2 Obbligatorietà 1 = sì 2 = no 9 = non rilevabile
120. VIOLENZA_BRAFED Somministrazione del questionario BRAFED	N (1)	OBB	Se VIOLENZA = 1 o 2 Obbligatorietà 1 = sì 2 = no 3 = non rilevabile 9 = non rilevato
121. VIOLENZA_BRAFED_VALUTAZIONE Valutazione del questionario BRAFED	N (1)	OBB	Se VIOLENZA_BRAFED = 1 Obbligatorietà 1 = Nessuna risposta affermativa 2 = 1 risposta affermativa 3 = 2 risposte affermative 4 = 3 risposte affermative 5 = 4 risposte affermative 6 = 5 risposte affermative

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
122. VIOLENZA_PERCORSO Percorso territoriale antiviolenza	N (1)	OBB	Se VIOLENZA = 1 o 2 Obbligatorietà 1 = accettazione 2 = rifiuto 3 = non rilevabile

ALLEGATO 3: TRACCIATO RECORD SIAG PER L'OSSERVATORIO PER LA SALUTE

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Tracciato 1	Tracciato 2
1	ASL_INV	Comprensorio Sanitario Inviante	AN	3	1	3	x	
2	ISTITUTO	Presidio Ospedaliero	AN	8	4	11	x	
3	ID_ACC	Identificativo Accesso	AN	16	12	27	x	
4	SESSO	Sesso dell'assistito	N	1	28	28	x	
5	DNASCITA	Data di nascita dell'assistito	DATA	8	54	61	x	
6	COM_NASC	Comune di nascita dell'assistito	AN	6	62	67	x	
7	S_CIVILE	Stato civile dell'assistito	N	1	67	68	x	
8	COM_RES	Comune in cui il soggetto è residente	AN	6	69	74	x	
9	CITTADINANZA	Cittadinanza dell'assistito	AN	3	75	77	x	
10	COD_SANI	Codice Sanitario Individuale	AN	20	78	97	x	
11	REG_RES	Regione in cui il soggetto è residente	AN	3	98	100	x	
12	ASL_RES	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito	AN	3	101	103	x	
13	REG_ASS	Regione di appartenenza dell'ASL di assistenza	AN	3	104	106	x	
14	ASL_ASS	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria in cui è iscritto l'assistito	AN	3	107	109	x	
15	TIPO_ID	Tipo identificativo assistito	AN	1	110	110	x	
16	N_TEAM	Numero identificazione TEAM dell'assistito	AN	20	111	130	x	
17	COD_IST	Codice istituzione competente TEAM	AN	15	131	145	x	
18	DEN_IST	Acronimo istituzione competente TEAM	AN	30	146	175	x	
19	ST_ESTERO	Stato che rilascia la tessera TEAM	AN	2	176	177	x	
20	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza prevista dalla TEAM	AN	4	178	181	x	
21	DATA_SCAD	Data scadenza TEAM	DATA	8	182	189	x	
22	CO_STS11	Codice struttura erogatrice STS11	AN	6	190	195		x
23	CDC_PS	Centro di Costo Pronto Soccorso	AN	20	196	215		x
24	DATA_AC	Data di arrivo al Pronto Soccorso	DATA	8	216	223		x
25	ORA_AC	Ora di arrivo al Pronto Soccorso	H	4	224	227		x
26	DIRETTO	Invio diretto	AN	1	228	228		x
27	TRIAGE	Triage di accesso	AN	1	229	229		x
28	MOD_ARR	Modalità di arrivo in Pronto Soccorso	AN	1	230	231		x
29	CAUSA_AC	Causa di accesso al Pronto Soccorso	AN	2	231	232		x

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Tracciato 1	Tracciato 2
30	DATA_INC	Data Incidente in Montagna	DATA	8	233	240		x
31	ORA_INC	Ora Incidente in Montagna	H	4	241	244		x
32	LES_INC	Natura della Lesione	AN	4	245	248		x
33	LES_CORP	Parte del corpo coinvolta	AN	4	249	252		x
34	DIN_INC	Dinamica Incidente in Montagna	AN	1	253	253		x
35	TIPO_P	Tipo di percorso	AN	1	254	254		x
36	ATT_INC	Attività svolta al momento dell'incidente in montagna	AN	1	255	255		x
37	DATA_MED	Data di presa in carico da parte del medico	DATA	8	256	263		x
38	ORA_MED	Ora di presa in carico da parte del medico	TIME	4	264	267		x
39	TRIAGE_MED	Triage medico	AN	1	268	268		x
40	ID_MED	Codice Fiscale del Medico che prende in carico il paziente	AN	16	269	284		x
41	DIAG_PRI	Codice Diagnosi Principale	AN	5	285	289		x
42	DIAG_SEC	Codice Diagnosi Secondaria 1	AN	5	290	294		x
43	DIAG_TER	Codice Diagnosi Secondaria 2	AN	5	295	299		x
44	DIAG_QUAR	Codice Diagnosi Secondaria 3	AN	5	300	304		x
45	DIAG_QUI	Codice Diagnosi Secondaria 4	AN	5	305	309		x
46	DATA_DESTINAZIONE	Data di decisione di invio del paziente	DATA	8	310	317		x
47	ORA_DESTINAZIONE	Ora di decisione di invio del paziente	TIME	4	318	321		x
48	DATA_USC	Data di uscita dal Pronto Soccorso	DATA	8	322	329		x
49	ORA_USC	Ora di uscita dal Pronto Soccorso	TIME	4	330	333		x
50	ESITO	Esito di Pronto Soccorso	AN	1	334	334		x
51	TIP_TRAS	Tipo di Struttura di Trasferimento	AN	1	335	335		x
52	STR_TRAS	Codice Struttura di Trasferimento	AN	6	336	341		x
53	ATT_OBI	Attivazione O.B.I.	AN	1	342	342		x
54	TIPO_OBI	Modalità Organizzativa O.B.I.	AN	1	343	343		x
55	REP_OBI	Unità Operativa O.B.I.	AN	4	344	344		x
56	DATA_OBI	Data Attivazione O.B.I.	DATA	8	345	352		x
57	ORA_OBI	Ora Attivazione O.B.I.	TIME	4	353	356		x
58	DIAG_OBI	Diagnosi Principale O.B.I.	AN	5	357	361		x
59	DIAG_OBI_2	Diagnosi Secondaria 1 O.B.I.	AN	5	362	366		x
60	DIAG_OBI_3	Diagnosi Secondaria 2 O.B.I.	AN	5	367	371		x

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Tracciato 1	Tracciato 2
61	DIAG_OBI_4	Diagnosi Secondaria 3 O.B.I.	AN	5	372	377		x
62	DIAG_OBI_5	Diagnosi Secondaria 4 O.B.I.	AN	5	378	381		x
63	CENTRALE	Codice Identificativo Centrale Operativa	AN	5	382	386		x
64	CODICE_MISSIONE	Codice Identificativo Missione	AN	16	387	402		x
65	COD_TRA	Codice Individuale di Assistenza	AN	9	403	411		x
66	RESPONSABILE_INVIO	Responsabile Invio al Pronto Soccorso	N	1	412	412		x
67	ISTITU- TO_PROVENIENZA	Codice Istituto di Ricovero Inviante	AN	8	413	420		x
68	PROBLE- MA_PRINCIPALE	Problema Principale al Triage	AN	2	421	422		x
69	PRES_PRI	Prestazione Principale	AN	7	423	429		x
70	PRES_SEC	Prestazione Secondaria 1	AN	7	430	436		x
71	PRES_TER	Prestazione Secondaria 2	AN	7	437	443		x
72	PRES_QUAR	Prestazione Secondaria 3	AN	7	444	450		x
73	PRES_QUI	Prestazione Secondaria 4	AN	7	451	457		x
74	REFERTO	Referto	AN	1	458	458		x
75	SPEC_REPARTO	Codice Reparto di Ricovero	AN	2	459	460		x
76	PROG_RICOVERO	Codice Nosografico Ricovero	AN	2	461	462		x
77	MOTIVO_TRASF	Motivo di Trasferimento	AN	1	463	463		x
78	REG_EROGAZIONE	Regime di Erogazione	N	1	464	464		x
79	IMP_TARI	Importo Tariffario Lordo	N	9	465	473		x
80	IMP_TICKET	Importo Ticket	N	9	474	482		x
81	POS_TICKET	Posizione Ticket Assistito	N	1	483	483		x
82	COD_ESEN	Codice Esenzione Assistito	AN	6	484	489		x
83	CDC_AS	Centro Di Costo Aziendale	AN	10	490	499		x
84	FAST	Fast Track	AN	1	500	500		x
85	ACP	Ambulatorio Cure Primarie	AN	1	501	501		x
86	PROBLEMA_OBI	Problema Clinico Principale O.B.I.	AN	5	502	506		x
87	PRES_PRI_OBI	Prestazione Principale O.B.I.	AN	7	507	513		x
88	PRES_SEC_OBI	Prestazione Secondaria 1 O.B.I.	AN	7	514	520		x
89	PRES_TER_OBI	Prestazione Secondaria 2 O.B.I.	AN	7	521	527		x

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Tracciato 1	Tracciato 2
90	PRES_QUAR_OBI	Prestazione Secondaria 3 O.B.I.	AN	7	528	534		x
91	PRES QUI_OBI	Prestazione Secondaria 4 O.B.I.	AN	7	535	541		x
92	DISC_CONSULENZA_1_OBI	Disciplina prima Consulenza O.B.I.	AN	2	542	543		x
93	NUM_CONSULENZA_1_OBI	Numero prime Consulenza O.B.I.	AN	2	544	545		x
94	DISC_CONSULENZA_2_OBI	Disciplina seconda Consulenza O.B.I.	AN	2	546	547		x
95	NUM_CONSULENZA_2_OBI	Numero seconde Consulenza O.B.I.	AN	2	548	549		x
96	ESITO_OBI	Esito O.B.I.	AN	1	550	550		x
97	DATA_USC_OBI	Data di uscita dall'O.B.I.	DATA	8	551	558		x
98	ORA_USC_OBI	Ora di uscita dall'O.B.I.	TIME	4	559	562		x
99	DATA_TRIAGE	Data della presa in carico al triage	DATA	8	563	570		x
100	ORA_TRIAGE	Ora della presa in carico al triage	TIME	4	571	574		x
101	VIOLENZA_TRIAGE	Violenza dichiarata al triage	N	1	575	575		x
102	VIOLENZA	Elementi per una violenza di genere	N	1	576	576		x
103	VIOLENZA_RELAZIONE	Tipologia di relazione tra la vittima ed il presunto autore della violenza	N	2	577	578		x
104	VIOLENZA_FISICA	Violenza fisica predominante	N	1	579	579		x
105	VIOLENZA_SESSUALE	Violenza sessuale predominante	N	1	580	580		x
106	VIOLENZA_PSICO	Violenza psicologica predominante	N	1	581	581		x
107	VIOLENZA_ECONOMICA	Violenza economica predominante	N	1	582	582		x
108	VIOLENZA_ASSITITA	Violenza in presenza di altre persone o meno	N	1	583	583		x
109	VIOLENZA_PERSECUTORI	Violenza riferita ad atti persecutori	N	1	584	584		x
110	VIOLENZA_BRAFED	Somministrazione del questionario BRAFED	N	1	585	585		x
111	VIOLENZA_BRAFED_VALUTAZIONE	Valutazione del questionario BRAFED	N	1	586	586		x
112	VIOLENZA_PERCORSO	Percorso territoriale antiviolenza	N	1	587	587		x

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Tracciato 1	Tracciato 2
113	ASS_SESSO	Sesso dell'assistito	AN	1	588	588	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
114	ASS_DATA_NA	Data di nascita dell'assistito	DATA	8	589	596	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
115	ASS_CITT	Cittadinanza dell'assistito	AN	3	597	599	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
116	ASS_COM_RES	Comune in cui il soggetto è residente	AN	6	600	605	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
117	ASS_REG_RES	Regione in cui il soggetto è residente	AN	3	606	608	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
118	ASS_ASL_RES	Comprensorio Sanitario/Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito	AN	3	609	611	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
119	ETA_ANNO	Età Assistito (anno di analisi – anno di nascita)	N	3	612	614	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	
120	ETA_PRES	Età Assistito (anno di erogazione della prestazione – anno di nascita)	N	3	615	617	Variabile di controllo con incrocio altre banche dati	

ALLEGATO 4: TRACCIATO INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE

Criteri di selezione:

Tracciato 2

30. DIRETTO = 0

54. TIP_TRAS = 1, 2, 3 o 4

62. CENTRALE <> 99999

63.COD_MISSIONE <> 0000000000000000

PROVINCIA – SIAG					
N°	Nome	Tipo	Lung	Tr1	Tr2
79	TIPO_OPER	AN	1		x
2	ISTITUTO	AN	8	x	
3	ID_ACC	AN	16	x	
110	DATA_ORA_TRIAGE	DATA	8		x
110	DATA_ORA_TRIAGE	H	4		x
32	MOD_ARR	N	1		x
62	CENTRALE	AN	5		x
63	MISSIONE	N	16		x
66	ISTITUTO_PROVENIENZA	AN	8		x
65	RESPONSABILE_INVIO	N	1		x
67	PROBLEMA_PRINCIPALE	AN	2		x

SIAG - MINISTERO						
N°	Nome	Tipo	Lung	DA	A	Transcodifiche
1	TIPO_OPER	AN	1	1	1	
2	ISTITUTO	AN	9	2	9	
3	ID_ACC	AN	16	10	25	
4	DATA_ORA_TRIAGE	DATA	10	26	35	Format AAAA-MM-GG
5	DATA_ORA_TRIAGE	H	5	36	40	Format HH:MM
6	MOD_ARR	N	1	41	41	1 = 3 2 = 1 3 = 1 4 = 4 5 = 7 6 = 2 7 = 5 8 = 6 9 = 8
7	CENTRALE	AN	5	42	46	
8	MISSIONE	N	16	47	62	
9	ISTITUTO_PROVENIENZA	AN	8	63	70	Se ISTITUTO_PROVENIENZA compreso nell'elenco delle strutture austriache conven- zionate codificare: XX + ISTITU- TO_PROVENIENZA dove XX = codice Stato Estero
10	RESPONSABILE_INVIO	N	1	71	71	
11	PROBLEMA_PRINCIPALE	AN	2	72	73	

PROVINCIA – SIAG					
N°	Nome	Tipo	Lung	Tr1	Tr2
35	CAUSA_AC	N	1		x
31	TRIAGE	N	1		x
43	DATA_MED	DATA	8		x
44	ORA_MED	H	4		x
53	ESITO	AN	1		x
85	DATA_DESTINAZIONE	DATA	8		x
86	ORA_DESTINAZIONE	H	4		x
51	DATA_USC	DATA	8		x
52	ORA_USC	H	4		x
70	REFERTO	N	1		x

SIAG - MINISTERO						
N°	Nome	Tipo	Lung	DA	A	Transcodifiche
12	CAUSA_AC	1	1	74	74	1 = 3 2 = 4 3 = 7 4 = 1 5 = 2 6 = 6 7 = 6 8 = 5 11 = 9
13	TRIAGE	AN	1	75	75	1 = 1 2 = 3 3 = 4 5 = N 6 = 2 7 = 5 9 = X
14	DATA_MED	DATA	10	76	85	Formato AAAA-MM-GG
15	ORA_MED	H	5	86	90	Formato HH:MM
16	ESITO	N	2	91	92	1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 9 6 = 5 8 = 6 9 = 7 X = 8 O = 10 T = 11
17	DATA_DESTINAZIONE	DATA	10	93	102	Formato AAAA-MM-GG
18	ORA_DESTINAZIONE	H	5	103	107	Formato HH:MM
19	DATA_USC	DATA	10	108	117	Formato AAAA-MM-GG
20	ORA_USC	H	5	118	122	Formato HH:MM
21	REFERTO	N	1	123	123	

PROVINCIA – SIAG					
N°	Nome	Tipo	Lung	Tr1	Tr2
45	TRIAGE_MED	AN	1		x
71	SPEC_REPARTO	AN	2		x
72	PROG_RICOVERO	AN	10		x
73	MOTIVO_TRAS	N	1		x
54	STR_TRAS	AN	6		x
74	REG_EROGAZIONE	N	1		x
75	IMP_TARI	N	9		x
76	IMP_TICKET	N	9		x
77	POS_TICKET	N	1		x
78	COD_ESEN	AN	6		x
19	COD_ID	AN	20	x	
81	PRES_COD_ID	N	1	x	
82	TS_COD_ID	N	2	x	
21	COD_IST	AN	15	x	
7	SESSO	N	1	x	
8	DNASCITA	DATA	8	x	
8	DNASCITA	DATA	8	x	
8	DNASCITA	DATA	8	x	

SIAG - MINISTERO						
N°	Nome	Tipo	Lung	DA	A	Transcodifiche
22	TRIAGE_MED	AN	1	124	124	1 = 1 2 = 3 3 = 4 6 = 2 5 = N 7 = 5
23	SPEC_REPARTO	AN	2	125	126	
24	PROG_RICOVERO	AN	8	127	134	AA + Progressivo
25	MOTIVO_TRAS	N	1	135	135	
26	STR_TRAS	AN	8	136	143	Se TIP_TRAS = 2 codificare XX + ISTITU- TO_PROVIENENZA dove XX = codice Stato Estero Se TIP_TRAS = 4 codificare XXXXXX
27	REG_EROGAZIONE	N	1	144	144	
28	IMP_TARI	N	9	145	153	Se IMP_TARI = 0 transcodifi- care con vuoto
29	IMP_TICKET	N	9	154	162	Se IMP_TICKET = 0 transcodi- ficare con vuoto
30	POS_TICKET	N	1	163	163	0 = 1
31	COD_ESEN	AN	6	164	169	
32	CUNI	AN	88	170	257	Da generare
33	PRES_COD_ID	N	1	258	258	
34	TS_COD_ID	N	2	259	260	
35	COD_IST	AN	28	261	288	Compilare 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
36	SESSO	N	1	289	289	
37	DNASCITA (anno)	N	4	290	293	Inserire AAAA
38	DNASCITA (mese)	N	2	294	295	Se età < 1 inserire MM
39	DNASCITA (presunta)	N	1	296	296	transcodificare con vuoto

PROVINCIA – SIAG					
N°	Nome	Tipo	Lung	Tr1	Tr2
12	C_CITT	AN	3	x	
11	COM_RES	AN	6	x	
14	REG_RES	AN	3	x	
11	COM_RES (ultimi tre caratteri)	AN	3	x	
15	ASL_RES	AN	3	x	
47	DIAG_PRI	AN	5		x
48	DIAG_SEC	AN	5		x
87	DIAG_TER	AN	5		x
88	DIAG_QUAR	AN	5		x
89	DIAG_QUI	AN	5		x
68	PREST_PRI	AN	7		x
69	PREST_SEC	AN	7		x
90	PREST_TER	AN	7		x
91	PREST_QUAR	AN	7		x
92	PREST_QUI	AN	7		x
93	PROBLEMA_OBI	AN	5		x
59	DATA_OBI	DATA	8		x
60	ORA_OBI	TIME	4		x
103	DISC_CONSULENZA_1_OBI	AN	2		x
104	NUM_CONSULENZA_1_OBI	N	1		x
105	DISC_CONSULENZA_2_OBI	AN	2		x
106	NUM_CONSULENZA_2_OBI	N	1		x

SIAG - MINISTERO						
N°	Nome	Tipo	Lung	DA	A	Transcodifiche
40	C_CITT	AN	2	297	298	Codici Alpha2 ZZ = apolidi XX = sconosciuto o anonimo
41	COM_RES	AN	6	299	304	999 + codice Paese = 999999 999998 = 999999
42	REG_RES	AN	3	305	307	Codice Paese = 999 000 = 999
43	COM_RES (ultimi tre caratteri)	AN	2	308	309	Compilare solo se <> IT Codici Alpha2 ZZ = apolidi XX = sconosciuto o anonimo
44	ASL_RES	AN	3	310	312	Se COM_RES = 021xxx allora 101 = 201 102 = 201 103 = 201 104 = 201
45	DIAG_PRI	AN	5	313	317	
46	DIAG_SEC	AN	5	318	322	
47	DIAG_TER	AN	5	323	327	
48	DIAG_QUAR	AN	5	328	332	
49	DIAG_QUI	AN	5	333	337	
50	PRES_PRI	AN	7	338	344	
51	PRES_SEC	AN	7	345	351	
52	PRES_TER	AN	7	352	358	
53	PRES_QUAR	AN	7	359	365	
54	PRES_QUI	AN	7	366	372	
55	PROBLEMA_OBI	AN	5	373	377	
56	DATA_OBI	DATA	10	378	387	Formato AAAA-MM-GG
57	ORA_OBI	TIME	5	388	392	Formato HH:MM
58	DISC_CONSULENZA_1_OBI	AN	2	393	394	Se una cifra inserire 0+cifra
59	NUM_CONSULENZA_1_OBI	N	1	395	395	
60	DISC_CONSULENZA_2_OBI	AN	2	396	397	
61	NUM_CONSULENZA_2_OBI	N	1	398	398	

PROVINCIA – SIAG					
N°	Nome	Tipo	Lung	Tr1	Tr2
107	ESITO_OBI	AN	1		x
98	PREST_PRI_OBI	AN	7		x
99	PREST_SEC_OBI	AN	7		x
100	PREST_TER_OBI	AN	7		x
101	PREST_QUAR_OBI	AN	7		x
102	PREST_QUI_OBI	AN	7		x
61	DIAG_PRI_OBI	AN	5		x
94	DIAG_SEC_OBI	AN	5		x
95	DIAG_TER_OBI	AN	5		x
96	DIAG_QUAR_OBI	AN	5		x
97	DIAG_QUI_OBI	AN	5		x
108	DATA_USC_OBI	DATA	8		x
109	ORA_USC_OBI	TIME	4		x
110	VIOLENZA_TRIAGE	N	1		x
111	VIOLENZA	N	1		x
112	VIOLENZA_RELAZIONE	N	2		x
113	VIOLENZA_FISICA	N	1		x
114	VIOLENZA_SESSUALE	N	1		x
115	VIOLENZA_PSICO	N	1		x
116	VIOLENZA_ECONOMICA	N	1		x
117	VIOLENZA_ASSISTITA	N	1		x
118	VIOLENZA_PERSECUTORI	N	1		x
119	VIOLENZA_BRAFED	N	1		x
120	VIOLENZA_BRAFED_VALUTAZIONE	N	1		x
121	VIOLENZA_PERCORSO	N	1		x

SIAG - MINISTERO						
N°	Nome	Tipo	Lung	DA	A	Transcodifiche
62	ESITO_OBI	N	1	399	399	1 =1 2 =2 3 =3 4 = 4 6 = 5 9 =7 X = 8 T = 9
63	PREST_PRI_OBI	AN	7	400	406	
64	PREST_SEC_OBI	AN	7	407	413	
65	PREST_TER_OBI	AN	7	414	420	
66	PREST_QUAR_OBI	AN	7	421	427	
67	PREST_QUI_OBI	AN	7	428	434	
68	DIAG_PRI_OBI	AN	5	435	439	
69	DIAG_SEC_OBI	AN	5	440	444	
70	DIAG_TER_OBI	AN	5	445	449	
71	DIAG_QUAR_OBI	AN	5	450	454	
72	DIAG_QUI_OBI	AN	5	455	459	
73	DATA_USC_OBI	DATA	10	460	469	Formato AAAA-MM-GG
74	ORA_USC_OBI	TIME	5	470	474	Formato HH:MM
75	VIOLENZA_TRIAGE	N	1	475	475	
76	VIOLENZA	N	1	476	476	
77	VIOLENZA_RELAZIONE	N	2	477	478	
78	VIOLENZA_FISICA	N	1	479	479	
79	VIOLENZA_SESSUALE	N	1	480	480	
80	VIOLENZA_PSICO	N	1	481	481	
81	VIOLENZA_ECONOMICA	N	1	482	482	
82	VIOLENZA_ASSISTITA	N	1	483	483	
83	VIOLENZA_PERSECUTORI	N	1	484	484	
84	VIOLENZA_BRAFED	N	1	485	485	
85	VIOLENZA_BRAFED_VALUTAZIONE	N	1	486	486	
86	VIOLENZA_PERCORSO	N	1	487	487	

ALLEGATO 5: STRUTTURA XML

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<!-- edited with XMLSpy v2010 (http://www.altova.com) by x123fgh-1 (z6y) -->
<xs:schema xmlns="http://flussi.mds.it/flsProSoc" xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" targetNamespace="http://flussi.mds.it/flsProSoc" elementFormDefault="qualified" attributeFormDefault="unqualified">
  <xs:element name="Accesso">
    <xs:complexType>
      <xs:sequence>
        <xs:element name="Identificativo" type="idAccesso"/>
        <xs:element ref="Erogatore"/>
        <xs:element ref="Entrata"/>
        <xs:element name="ModalitaArrivo" type="modalitaArrivo"/>
        <xs:element ref="CentraleOperativa" minOccurs="0"/>
        <xs:element name="ResponsabileInvio" type="responsabileInvio"/>
        <xs:element name="IstitutoProvenienza" type="istitutoProvenienza" minOccurs="0"/>
        <xs:element name="ProblemaPrincipale" type="problemaPrincipale"/>
        <xs:element name="Trauma" type="trauma" minOccurs="0"/>
        <xs:element name="Triage" type="triageAccesso"/></xs:element>
        <xs:element name="ViolenzaTriage" type="yesNo" minOccurs="0" nillable="true"/></xs:element>
        <xs:element ref="Assistito"/>
        <xs:element ref="Importo" minOccurs="0"/>
        <xs:element name="TipoTrasmissione" type="tipoTrasmissione"/>
      </xs:sequence>
    </xs:complexType>
  </xs:element>
  <xs:element name="Assistito">
    <xs:complexType>
      <xs:sequence>
        <xs:element name="CUNI" type="Cuni"/>
        <xs:element name="ValiditaCI" type="validitaCI"/>
        <xs:element name="TipologiaCI" type="tipologiaCI"/>
        <xs:element name="CodiceIstituzioneTEAM" type="codIstituzioneTeam" minOccurs="0"/>
        <xs:element ref="DatiAnagrafici"/>
        <xs:element ref="Prestazioni"/>
        <xs:element ref="Dimissione"/>
        <xs:element name="OBI" minOccurs="0">
          <xs:complexType>
            <xs:sequence>
              <xs:element name="ProblemaClinicoPrincipale" minOccurs="0">
                <xs:simpleType>
                  <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:minLength value="3"/>
                    <xs:maxLength value="6"/>
                  </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
              </xs:element>
              <xs:element name="DataIngresso" type="xs:date" minOccurs="0"/>
              <xs:element name="OraIngresso" type="ora" minOccurs="0"/>
              <xs:element name="PrimaConsulenzaSpecDis" type="specialitaReparto" minOccurs="0"/>
              <xs:element name="PrimaConsulenzaSpecNum" minOccurs="0">
                <xs:simpleType>
                  <xs:restriction base="xs:string">
                    <xs:pattern value="1"/>
                    <xs:pattern value="2"/>
                    <xs:pattern value="3"/>
                    <xs:pattern value="4"/>
                    <xs:pattern value="5"/>
                    <xs:pattern value="6"/>
                    <xs:pattern value="7"/>
                  </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
              </xs:element>
            </xs:sequence>
          </xs:complexType>
        </xs:element>
      </xs:sequence>
    </xs:complexType>
  </xs:element>
</xs:schema>
```

```

        <xs:pattern value="8"/>
        <xs:pattern value="9"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="SecondaConsulenzaSpecDis" type="specialitaReparto" minOccurs="0"/>
<xs:element name="SecondaConsulenzaSpecNum" minOccurs="0">
    <xs:simpleType>
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:pattern value="1"/>
            <xs:pattern value="2"/>
            <xs:pattern value="3"/>
            <xs:pattern value="4"/>
            <xs:pattern value="5"/>
            <xs:pattern value="6"/>
            <xs:pattern value="7"/>
            <xs:pattern value="8"/>
            <xs:pattern value="9"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
</xs:element>
<xs:element name="Esito" type="esito" minOccurs="0"/>
<xs:element name="PrestazionePrincipaleErogata" type="codicePrestazione" minOccurs="0"/>
<xs:element name="PrestazioneSecondariaErogata" type="codicePrestazione" minOccurs="0"
maxOccurs="4"/>
    <xs:element name="DiagnosiPrincipaleUscita" type="codiceDiagnosi" minOccurs="0"/>
    <xs:element name="DiagnosiSecondariaUscita" type="codiceDiagnosi" minOccurs="0" maxOc-
curs="4"/>
        <xs:element name="DataUscita" type="xs:date" minOccurs="0"/>
        <xs:element name="OraUscita" type="ora" minOccurs="0"/>
    </xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Violenza" minOccurs="0">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="Violenza" type="yesNo" minOccurs="0" nillable="true"/>
            <xs:element name="RelVittimaAutore" type="relVittimaAut" minOccurs="0" maxOccurs="1" nilla-
ble="true"/>
            <xs:element name="VittimaAttiPersecutori" type="yesNoND" minOccurs="0" maxOccurs="1" nilla-
ble="true"/>
            <xs:element name="TipologiaViolenza_Fisica" type="tipViolenza" minOccurs="0" maxOccurs="1"
nillable="true"/>
            <xs:element name="TipologiaViolenza_Sessuale" type="tipViolenza" minOccurs="0" maxOc-
curs="1" nillable="true"/>
            <xs:element name="TipologiaViolenza_Psicologica" type="tipViolenza" minOccurs="0" maxOc-
curs="1" nillable="true"/>
            <xs:element name="TipologiaViolenza_Economica" type="tipViolenza" minOccurs="0" maxOc-
curs="1" nillable="true"/>
            <xs:element name="ViolenzaAssistita" type="violenzaAss" minOccurs="0" maxOccurs="1" nilla-
ble="true"/>
            <xs:element name="Brafed_used" type="violenzaAss" minOccurs="0" maxOccurs="1" nilla-
ble="true"/>
            <xs:element name="Brafed_esito" type="Brafed_esitoType" minOccurs="0" maxOccurs="1" nilla-
ble="true"/>
            <xs:element name="Percorso_Violenza" type="violenzaAss" minOccurs="0" maxOccurs="1" nilla-
ble="true"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>

```

```

        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="CentraleOperativa">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="Identificativo" type="identificativo"/>
            <xs:element name="CodiceMissione" type="idMissione"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="DatiAnagrafici">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element ref="Eta"/>
            <xs:element name="Genere" type="genere"/>
            <xs:element name="Cittadinanza" type="stato"/>
            <xs:element ref="Residenza"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Dimissione">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="EsitoTrattamento">
                <xs:simpleType>
                    <xs:restriction base="xs:integer">
                        <xs:minInclusive value="1"/>
                        <xs:maxInclusive value="11"/>
                    </xs:restriction>
                </xs:simpleType>
            </xs:element>
            <xs:element name="DataDest" type="xs:date" minOccurs="0"/>
            <xs:element name="OraDest" type="ora" minOccurs="0"/>
            <xs:element name="Data" type="xs:date" minOccurs="0"/>
            <xs:element name="Ora" type="ora" minOccurs="0"/>
            <xs:element name="Referto" type="referto" minOccurs="0"/>
            <xs:element name="LivelloAppropriatezzaAccesso" type="livelloAppropriatezza" minOccurs="0"/>
            <xs:element ref="Ricovero" minOccurs="0"/>
            <xs:element ref="Trasferimento" minOccurs="0"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Entrata">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="Data" type="xs:date"/>
            <xs:element name="Ora" type="ora"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Erogatore">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="CodiceIstituto" type="codiceIstituto"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Importo">
    <xs:complexType>

```

```

    <xs:sequence>
      <xs:element name="RegimeErogazione" type="regimeErogazione" minOccurs="0"/>
      <xs:element name="Lordo" type="importo" minOccurs="0"/>
      <xs:element name="Ticket" type="importo" minOccurs="0"/>
      <xs:element name="PosizioneAssistitoTicket" type="posAssistitoTicket" minOccurs="0"/>
      <xs:element name="CodiceEsenzione" type="codiceEsenzioneTicket" minOccurs="0"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="PresainCarico">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="Data" type="xs:date"/>
      <xs:element name="Ora" type="ora"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Prestazioni">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element ref="PresainCarico" minOccurs="0"/>
      <xs:element ref="Diagnosi" minOccurs="0"/>
      <xs:element ref="Prestazione" minOccurs="0"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Diagnosi">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element ref="DiagnosiPrincipale" minOccurs="0"/>
      <xs:element ref="DiagnosiSecondaria" minOccurs="0" maxOccurs="4"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Prestazione">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element ref="PrestazionePrincipale" minOccurs="0"/>
      <xs:element ref="PrestazioneSecondaria" minOccurs="0" maxOccurs="4"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="DiagnosiPrincipale">
  <xs:complexType>
    <xs:simpleContent>
      <xs:extension base="codiceDiagnosi"/>
    </xs:simpleContent>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="DiagnosiSecondaria">
  <xs:complexType>
    <xs:simpleContent>
      <xs:extension base="codiceDiagnosi"/>
    </xs:simpleContent>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="PrestazionePrincipale">
  <xs:complexType>
    <xs:simpleContent>
      <xs:extension base="codicePrestazione"/>
    </xs:simpleContent>
  </xs:complexType>
</xs:element>

```

```

        </xs:simpleContent>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="PrestazioneSecondaria">
    <xs:complexType>
        <xs:simpleContent>
            <xs:extension base="codicePrestazione"/>
        </xs:simpleContent>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Residenza">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="Regione" type="regione"/>
            <xs:element name="Comune" type="comune"/>
            <xs:element name="ASL" type="asl" minOccurs="0"/>
            <xs:element name="StatoEstero" type="stato" minOccurs="0"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Ricovero">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="Progressivo" type="progRicovero"/>
            <xs:element name="CodiceSpecialitaReparto" type="specialitaReparto"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Trasferimento">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="Motivo" type="motivoTrasferimento"/>
            <xs:element name="Istituto" type="istituto"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="flsProSoc">
    <xs:complexType mixed="true">
        <xs:choice>
            <xs:element ref="Accesso" minOccurs="0" maxOccurs="unbounded"/>
        </xs:choice>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:simpleType name="idAccesso">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:pattern value="[1-2]{1}[0-9]{15}"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="codiceIstituto">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:minLength value="6"/>
        <xs:maxLength value="8"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="tipoTrasmissione">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:pattern value="[IVC]{1}"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="ora">

```

```

<xs:restriction base="xs:string">
  <xs:pattern value="((([0-1]{1}[0-9]{1})|([2]{1}[0-3]{1})):([0-5]{1}[0-9]{1})"/>
</xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="modalitaArrivo">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[1-9]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="identificativo">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="5"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="idMissione">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[2]{1}[0]{1}[0-9]{14}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="responsabileInvio">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[1-79]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="istitutoProvenienza">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:minLength value="6"/>
    <xs:maxLength value="8"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="problemaPrincipale">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="01"/>
    <xs:pattern value="02"/>
    <xs:pattern value="03"/>
    <xs:pattern value="04"/>
    <xs:pattern value="05"/>
    <xs:pattern value="06"/>
    <xs:pattern value="07"/>
    <xs:pattern value="08"/>
    <xs:pattern value="09"/>
    <xs:pattern value="10"/>
    <xs:pattern value="11"/>
    <xs:pattern value="12"/>
    <xs:pattern value="13"/>
    <xs:pattern value="14"/>
    <xs:pattern value="15"/>
    <xs:pattern value="16"/>
    <xs:pattern value="17"/>
    <xs:pattern value="18"/>
    <xs:pattern value="19"/>
    <xs:pattern value="20"/>
    <xs:pattern value="21"/>
    <xs:pattern value="22"/>
    <xs:pattern value="23"/>
    <xs:pattern value="24"/>
    <xs:pattern value="25"/>
    <xs:pattern value="26"/>
    <xs:pattern value="27"/>
    <xs:pattern value="28"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>

```

```

        <xs:pattern value="29"/>
        <xs:pattern value="30"/>
        <xs:pattern value="31"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="trauma">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:pattern value="[1-79]{1}"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="triageAccesso">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:pattern value="[12345RGVBNX]{1}"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="Cuni">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:minLength value="88"/>
        <xs:maxLength value="88"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="validitaCI">
    <xs:restriction base="xs:int">
        <xs:enumeration value="0"/>
        <xs:enumeration value="1"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="tipologiaCI">
    <xs:restriction base="xs:int">
        <xs:enumeration value="0"/>
        <xs:enumeration value="1"/>
        <xs:enumeration value="2"/>
        <xs:enumeration value="3"/>
        <xs:enumeration value="4"/>
        <xs:enumeration value="97"/>
        <xs:enumeration value="98"/>
        <xs:enumeration value="99"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="codIstituzioneTeam">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:maxLength value="28"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:element name="Eta">
    <xs:complexType>
        <xs:choice>
            <xs:element ref="Nascita"/>
            <xs:element name="Presunta" type="etaPresunta"/>
        </xs:choice>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Nascita">
    <xs:complexType mixed="true">
        <xs:sequence>
            <xs:element name="Anno" type="anno"/>
            <xs:element name="Mese" type="mese" minOccurs="0"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>

```

```

<xs:simpleType name="etaPresunta">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[0-6]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="anno">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[1-2]{1}[0-9]{3}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="mese">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="(0[1-9]{1})|1[0-2]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="genere">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[1-29]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="stato">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[A-Z]{2}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="regione">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="010"/>
    <xs:pattern value="020"/>
    <xs:pattern value="030"/>
    <xs:pattern value="041"/>
    <xs:pattern value="042"/>
    <xs:pattern value="050"/>
    <xs:pattern value="060"/>
    <xs:pattern value="070"/>
    <xs:pattern value="080"/>
    <xs:pattern value="090"/>
    <xs:pattern value="100"/>
    <xs:pattern value="110"/>
    <xs:pattern value="120"/>
    <xs:pattern value="130"/>
    <xs:pattern value="140"/>
    <xs:pattern value="150"/>
    <xs:pattern value="160"/>
    <xs:pattern value="170"/>
    <xs:pattern value="180"/>
    <xs:pattern value="190"/>
    <xs:pattern value="200"/>
    <xs:pattern value="999"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="asl">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[a-zA-Z0-9]{3}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="comune">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[a-zA-Z0-9]{6}"/>
  </xs:restriction>

```

```

</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="codicePrestazione">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:minLength value="3"/>
    <xs:maxLength value="9"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="codiceDiagnosi">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:minLength value="3"/>
    <xs:maxLength value="6"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="livelloAppropriatezza">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[12345RGVBN]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="referto">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[1-39]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="progRicovero">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="8"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="motivoTrasferimento">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[1-3]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="regimeErogazione">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[1-39]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="istituto">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:maxLength value="8"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="importo">
  <xs:restriction base="xs:decimal">
    <xs:totalDigits value="8"/>
    <xs:fractionDigits value="2"/>
    <xs:minInclusive value="0.01"/>
    <xs:maxInclusive value="999999.99"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="posAssistitoTicket">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[1-9]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="codiceEsenzioneTicket">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:minLength value="3"/>
    <xs:maxLength value="6"/>
  </xs:restriction>

```

```

    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="specialitaReparto">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="2"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="esito">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="1"/>
    <xs:pattern value="2"/>
    <xs:pattern value="3"/>
    <xs:pattern value="4"/>
    <xs:pattern value="5"/>
    <xs:pattern value="7"/>
    <xs:pattern value="8"/>
    <xs:pattern value="9"/></xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="yesNoND">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="1"/>
    <xs:pattern value="2"/>
    <xs:pattern value="9"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="yesNoND2">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="1"/>
    <xs:pattern value="2"/>
    <xs:pattern value="9"/>
    <xs:pattern value=""/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="yesNo">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="|[1-3]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="relVittimaAut">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="|[1-9]{1}"/>
    <xs:pattern value="|[10-15]{2}"/>
    <xs:pattern value="99"/></xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="tipViolenza">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="|[1-2]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="luogoViolenza">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="|[1-8]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="violenzaAss">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="|[1-3]{1}"/>
    <xs:pattern value="|9"/></xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="Brafed_esitoType">

```

```
<xs:restriction base="xs:string">
  <xs:pattern value="[[1-6]{1}"/>
</xs:restriction>
</xs:simpleType>
</xs:schema>
```

ALLEGATO 6: TERMINI DI INVIO

Mese di erogazione delle prestazioni	Data scadenza invio definitivo CED → SIAG	Data scadenza invio definitivo SIAG → MINISTERO
Gennaio	25 Marzo	31 Marzo
Febbraio	24 Aprile	30 Aprile
Marzo	25 Maggio	31 Maggio
Aprile	25 Giugno	30 Giugno
Maggio	25 Luglio	31 Luglio
Giugno	25 Agosto	30 Agosto
Luglio	24 Settembre	30 Settembre
Agosto	25 Ottobre	31 Ottobre
Settembre	24 Novembre	29 Novembre
Ottobre	23 Dicembre	31 Dicembre
Novembre	25 Gennaio	31 Gennaio
Dicembre	23 Febbraio	28 Febbraio

ALLEGATO 7: TABELLE DI CONVERSIONE

Trauma	CODICE MINISTERO	CAUSA_AC (flusso Provincia)
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 MINISTERO	MOD_ARR (flusso Provincia)
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
Accompagnata (operatrici centri antiviolenza o servizi pubblici o privati)	8	9

Triage	CODICE MINISTERO	TRIAGE (flusso Provincia)
rosso	1	1
arancione	2	6
azzurro	3	2
verde	4	3
bianco	5	7
nero	N	5
non compilato	X	9

Livello Appropriatazza Accesso	CODICE MINISTERO	TRIAGE_MED (flusso Provincia)
rosso	1	1
arancione	2	6
azzurro	3	2
verde	4	3
bianco	5	7
nero	N	5

Esito trattamento	CODICE MINISTERO	ESITO (flusso Provincia)
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
Accesso in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)	10	O
Struttura territoriale	11	T

Esito O.B.I.	CODICE MINISTERO	ESITO (flusso Provincia)
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/OBI in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica	7	9
dimissione a strutture ambulatoriali	8	X
Struttura territoriale	9	T

ALLEGATO 8: DIAGNOSI O.B.I.

Quadri clinici indicati per ammissione in O.B.I. di pazienti adulti

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare 42731 fibrillazione atriale 42789 altre aritmie cardiache	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Approfondimento diagnostico strumentale e di laboratorio. Terapia farmacologica e/o elettrica e monitoraggio successivo cardioversione elettrica Esclusione di recidive	TPSV, Flutter o FA di recente insorgenza con indicazione alla cardioversione elettrica/farmacologica FA o Flutter ad elevata risposta ventricolare e necessità di riduzione della FC	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso Scompenso cardiaco e SCA Eventi acuti	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG Consulenza cardiologica
ASMA	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico-strumentale Controllo farmacologico di sintomi Approfondimento diagnostico Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Paziente stabile con broncospasmo e dispnea (grado medio), non risolta al primo trattamento in PS (≥ 3 aerosol) Sp O2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico instabile, Sa O2 < 90% Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio parametri vitali O2-terapia Somministrazione di farmaci corticosteroidi e broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore EGA
CEFALEA	7840 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici Monitoraggio parametri: PA, fundus, TC, RMN; Consulenza neurologica Trattamento sintomatico	Cefalea con obiettività neurologica negativa e con TC negativa per cause secondarie o senza miglioramento dopo primo approccio farmacologico	Instabilità emodinamica Eventi acuti concomitanti	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
CONVULSIONI	780.39 Crisi convulsiva SAI	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Monitoraggio clinico e strumentale Approfondimento diagnostico e differenziale Trattamento farmacologico	Anamnesi positiva di crisi convulsiva con stato post critico prolungato, con accertamenti negativi o con crisi convulsiva da sostanze tossiche o da sospensione di alcool o con elevato rischio di ricorrenza della crisi	Primo episodio Condizioni cliniche instabili Eventi acuti concomitanti	Monitoraggio parametri vitali somministrazione farmacologica esami ematologici
DIARREA	787.91 Diarrea SAI	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali. Monitoraggio clinico. Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Controllo farmacologico dei sintomi. Terapia con fluidi	Pazienti, in particolare anziani, con disidratazione e/o alterazioni idroelettrolitiche, associata o meno a vomito.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di dolore addominale intenso, febbre e immunodepressione. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG Esami: routine Rx torace Emoculture Coproculture
DISIDRATAZIONE	276.51 Disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico, in particolare anziani	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi, disturbi della deglutizione, comorbidità	Monitoraggio Introdotto/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
DOLORE TORACICO SOSPETTO PER SCA	786.50 Dolore toracico non specificato	Monitoraggio clinico –strumentale Monitoraggio ecografico Esecuzione prelievi ematici seriati. Approfondimento diagnostico strumentale	Pazienti con ECG normale o non diagnostico con markers di necrosi al tempo zero negativi e con probabilità alta o intermedia di sindrome coronarica acuta (SCA).	Pazienti con probabilità bassa di SCA, abuso di droghe, instabilità clinica. Presenza dei criteri per ricovero urgente	Monitoraggio multiparametrico EGA ECG: 0-4/6-12 h; Esami: routine + TN a 3-6h Rx torace eco cuore test da sforzo o eco stress

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
GESTIONE DEL DOLORE	3380 Sindrome da dolore centrale	Monitoraggio clinico. Controllo farmacologico dei sintomi. Analgesia loco-regionale.	Pazienti con dolore medio- grave (VAS >7) che non cede ad un trattamento appropriato eseguito in Pronto Soccorso, o in cui è necessario stabilire un'analgesia continua o locoregionale (es. analgesia epidurale)	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente.	Esami: routine Accesso venoso periferico/centrale Infusione ev di terapia Blocco loco-regionale
INTOSSICAZIONI	960 - 979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitoraggio clinico strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e di laboratorio. Terapia generale e specifica Decontaminazione o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope o altre sostanze tossiche con latenza di effetti < 24H o con clearance completa del farmaco < 30 H o con risposta efficace e completa dell'antidoto aspecifico e/o specifico in paziente stabile	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Comorbidità e/o presenza di eventi acuti. Stato di agitazione non controllabile	Monitoraggio parametri vitali Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti Monitoraggio ECG EGA Esami di routine Doppio accesso venoso ev CVC Gastrolusi Catarsi salina Ev EGDS Rx torace
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Monitoraggio clinico strumentale. Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni cutanee non risolvibili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri vitali Somministrazione farmaci
SCOMPENSO CARDIACO	4280 Insufficienza cardiaca congestizia non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico-strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti che hanno i criteri per essere definiti a basso rischio: Classe NYHA I II	Primo episodio. Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente. Classe NYHA III e IV	Monitoraggio multiparametrico EGA Esami: routine + a12 H Doppio accesso venoso e CV Rx torace Eco cuore TT Terapia ev

CONDIZIONE/SINTOMO	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
SINCOPE	780.2 Sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione e monitoraggio ECG consulenza cardiologica e neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici : TC, RMN	Ad etiologia indeterminata o inspiegata a rischio intermedio-alto	Condizioni cliniche instabili Eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	EGA ECG consulenze specialistiche Monitoraggio parametri vitali
SINDROME VERTIGINOSA	7804 Stordimento e capogiro	Inquadramento clinico, strumentale e di laboratorio: esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TC Controllo farmacologico dei sintomi	Paziente con vertigine in atto che non consente dimissione	Deficit neurologico cerebellare o insufficienza vertebro-basilar. Instabilità clinica Comorbidità e/o eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 338.11 dolore acuto da trauma	Inquadramento ed approfondimento diagnostico strumentale dell'etiologia del dolore mediante esami mirati Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifico Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata Monitoraggio clinico strumentale	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore. Dolore di recente insorgenza, in paziente stabile e che non necessita di procedura chirurgica	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore POLITRAUMA o condizioni cliniche instabili o in deterioramento	Valutazione mediante scale Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali
TIA	4359 Ischemia cerebrale transitoria non specificata	Monitoraggio clinico-strumentale Approfondimento diagnostico- strumentale e laboratoristico. Terapia farmacologica	Pazienti con TC negativa, deglutizione normale, livello normale di coscienza, assenza di crisi ipertensiva o comiziale, in cui sia stata esclusa l'origine cardioembolica e con un ABCD2 score <4.	Condizioni cliniche instabili. Presenza di comorbidità e/o di eventi acuti con indicazione al ricovero urgente	ECG Esami: routine TC encefalo Eco doppler TSA
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 8501 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica > a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Monitoraggio GCS e 3° nervo cranico Approfondimento diagnostico- strumentale	GCS ≥ 14 , senza possibilità di sorveglianza a domicilio o in terapia anticoagulante o doppia antiaggregazione Dinamica a bassa energia	GCS < 13, condizioni instabili Comorbidità e/o eventi acuti Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico- terapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica

Quadri clinici indicati per ammissione in O.B.I. di pazienti pediatrici

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
ARITMIE	4270 tachicardia parossistica sopraventricolare 42731 fibrillazione atriale	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con mezzi fisici e farmacologici per normalizzazione del ritmo; monitoraggio pazienti dopo cardioversione elettrica Esclusione nelle ore successive di comparsa di recidive	TPS in paziente con precedenti crisi Fibrillazione atriale già in trattamento Previsione di dimissibilità entro le 36 ore	Instabilità emodinamica Aritmie che richiedono un approfondimento diagnostico complesso	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Somministrazione farmaci antiaritmici ECG consulenza cardiologica
ASMA	493.92 asma, tipo non specificato con esacerbazione acuta	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali esami ematologici e radiologici Terapia dell'attacco acuto Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Broncospasmo e dispnea grado medio, non risolta al primo trattamento in PS SpO2 compresa tra 90 e 95%	Quadro clinico grave SaO2 < 90% (Livello grave secondo classificazione GINA per gradi delle riacutizzazioni asmatiche)	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Somministrazione broncodilatatori (salbutamolo o ipratropium) mediante distanziatore o nebulizzatore EGA
BRONCHIOLITE	4661 bronchiolite acuta	Stabilizzazione e monitoraggio parametri vitali Ricerca VRS su aspirato nasale Terapia 178farmacologia e somministrazione ossigeno Valutazione nelle ore successive della risposta alla terapia	Forme di media entità con SaO2 > 90% e età > 1 mesi	Associazione con fattori di rischio (prematurità, cardiopatia, basso livello socio-economico); condizioni che ne consigliano un ricovero ordinario	Monitoraggio Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2 terapia Aerosolterapia con adrenalina/soluzione ipertonica Idratazione ev EGA ricerca RSV

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
CEFALEA	7840 cefalea	Inquadramento clinico Esami diagnostici (monitoraggio PA, fundus, TC, RMN); Consulenza neurologica, trattamento sintomatico, dimissione a risoluzione della crisi ed eventuale programmazione follow-up ambulatoriale	Cefalea con obiettività neurologica negativa Cefalea recidivante e refrattaria al trattamento Primo episodio refrattario a terapia antalgica	Bambini con grave cefalea ad insorgenza acuta o cefalea cronica con segni d'allarme Gravi patologie sottostanti (ESA, meningite)	Valutazione dolore mediante scale adeguate all'età Terapia antalgica Monitoraggio PA Valutazione fundus Esami neuroradiologici Consulenze specialistiche (Centro Cefalee, NPI)
CONVULSIONI FEBBRILI SEMPLICI	780.31 convulsioni febbrili (semplici), non specificate	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Eventuali accertamenti ematochimici, Esclusione infezioni SNC. Trattamento patologia febbrile	Primo episodio o successivo, di convulsioni febbrili semplici	Convulsioni febbrili complesse Stato di male febbrile	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC somministrazione benzodiazepine esami ematologici per definire la natura della febbre
DISIDRATAZIONE	27.51 disidratazione	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Esecuzione esami ematologici Reidratazione per via e.v. o con sondino nasogastrico Monitoraggio dei sintomi clinici	Vomito e/o diarrea e stato di disidratazione lieve-medio non migliorati con reidratazione per os e/o con alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico	Instabilità emodinamica, disturbi elettrolitici severi	Monitoraggio Introdotto/eliminati Controllo peso Monitoraggio parametri: FC, FR, PAO Controllo EGA/elettroliti/glicemia Idratazione ev o mediante sondino NG
EPILESSIA	345.90 epilessia, non specificata, senza menzione di epilessia non trattabile	Monitoraggio parametri vitali e trattamento crisi, se in atto. Esecuzione esami specifici (EEG, RMN), dosaggio ematico farmaco utilizzato, Consulenza neurologica, Valutazione trattamento	Epilessia già nota Paziente con crisi responsiva al trattamento e che necessita di osservazione o approfondimento diagnostico	Stato di male Crisi subentranti	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC EEG consulenza NPI dosaggio farmaci anticonvulsivi somministrazione farmaci anticonvulsivi
FEBBRE	780.6 febbre	Inquadramento diagnostico non effettuabile in PS Eventuale inizio terapia specifica	Di non chiara eziologia in bambini con età > 1 mese	< 1 mese, fontanella ant. bombata, rigidità nucale, cefalea intensa, cond. generali scadenti, quadro di shock settico	Monitoraggio FC Indici di flogosi Esami culturali Somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INALAZIONE DI CORPO ESTRANEO	934 corpo estraneo nella trachea, nei	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Studio radiologico	Inalazione o sospetta inalazione di corpo estraneo	Distress respiratorio grave Indisponibilità anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
	bronchi e nei polmoni	Broncoscopia diagnostica con rimozione del corpo estraneo Valutazione nelle ore successive			
INFEZIONE DELLE VIE URINARIE	599.0 infezione del sistema urinario, sito non specificato	Inquadramento diagnostico mediante esami ematologici ed urinari, Ecografia apparato urinario, Inizio terapia con valutazione risposta	Età > 3 mesi	Età < 3 mesi, aspetto settico	Esame urine Urinocoltura indici di flogosi monitoraggio T° somministrazione farmaci (antipiretici/antibiotici)
INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI	9330 c. e. nel faringe 9351 c. e. nell'esofago 9352 c. e. nello stomaco 936 c. e. nell'intestino tenue e nel colon	Rimozione in endoscopia del corpo estraneo Osservazione transito se arrestato nello stomaco del corpo estraneo	Ingestione di sostanze estranee che per forma, dimensioni o composizione possano arrecare lesioni alle mucose	Indisponibilità anestesiológica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC
INTOSSICAZIONI	960-979 (avvelenamento da farmaci, medicinali e prodotti biologici) 305 abuso di droghe senza dipendenze (escluso 305.0 - abuso di alcool) 980-989 effetti tossici di sostanze di origine principalmente non medicamentosa (esclusi effetti tossici da sostanze caustiche)	Monitoraggio parametri vitali e trattamento del sintomo Trattamento di allontanamento della sostanza tossica o diminuzione dell'assorbimento Esecuzione di esami ematochimici e strumentali d'urgenza Esecuzione di ricerche tossicologiche Trattamenti con antidoti specifici Monitoraggio clinica e valutazione della risposta alla terapia	Intossicazione da farmaci, sostanze psicotrope, altre sostanze tossiche Dimissibilità prevedibile entro le 36 ore in relazione alla quantità di sostanza assunta ed alla sua emivita	Ingestione sostanze caustiche Instabilità emodinamica Patologie internistiche concomitanti o preminenti. Pazienti con evidente volontà autolesiva Stato di agitazione PGCS <= 11	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Dosaggio farmaci/sostanze Somministrazione carbone vegetale attivato Somministrazione antidoti ECG
LARINGITE	4640 laringite acuta	Trattamento della crisi con adrenalina e/o cortisone per aerosol e/o cortisone per via sistemica Monitoraggio nelle successive della risposta alla terapia.	Di media gravità secondo lo score di Westley (valori compresi tra 4 e 6)	Forma lieve e forme di gravità estrema che ne consigliano il ricovero ordinario	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC O2-terapia Aerosolterapia con adrenalina e budesonide Somministrazione cortisone <i>per os</i>
	7856	Inquadramento diagnostico non	ipotesi diagnostiche con	Forte sospetto di malattia	Indici di flogosi

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
LINFOADENOPATIA	linfadenomegalia	effettuabile in P.S. con esami ematochimici ecografia Eventuale inizio terapia specifica	prevedibile dimissibilità entro le 36 ore Quadro sospetto di evoluzione chirurgica	oncologica Quadro con chiara indicazione chirurgica	Sierologia per EBV Ecografia Consulenza ORL Somministrazione farmaci
POLMONITE	486 polmonite, agente non specificato	Esecuzione accertamenti ematologici e radiologici per inquadramento diagnostico Inizio terapia antibiotica con valutazione risposta	Di media entità, in relazione allo stato generale del bambino, alla saturazione, all'aspetto radiografico	Cianosi a riposo, distress grave	Monitoraggio parametri: FR-SatO2, FC Indici di flogosi Sierologia Mycoplasma Rx torace ecografia torace Somministrazione antibiotici ev/os
REAZIONI ANAFILATTICHE	995.2 effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici	Stabilizzazione e monitoraggio dei parametri vitali Terapia con adrenalina, cortisonici, antistaminici ev Valutazione decorso clinico	Reazioni anafilattiche con manifestazioni respiratorie non risolubili con terapia entro 6 ore in PS	Shock anafilattico Manifestazioni cutanee isolate	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Somministrazione farmaci (antistaminici, cortisone)
SINCOPE	780.2 sincope e collasso	Monitoraggio parametri vitali Esecuzione ECG e consulenza cardiologica, neurologica Eventuali ulteriori accertamenti specifici (visita neurologica, TC, RMN)	Di dubbia dinamica	Sincope cardiologica Sincope vasovagale	EGA ECG consulenze specialistiche (cardiologica/NPI)
SINDROME VERTIGINOSA	7804 stordimento e capogiro	Inquadramento clinico esami ematici, vis. ORL, vis. neurologica, TCc	Paziente con vertigine in atto	Deficit neurologico, compromissione della coscienza	Esami ematologici Consulenze specialistiche ORL/NPI
SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (DOLORI ADDOMINALI, COLICA RENALE, DOLORI TORACICI, FERITE, ESECUZIONE DI MANOVRE ORTOPEDICHE CRUENTI...)	7865 dolore toracico 788.0 colica renale 789.0 dolore addominale 33811 dolore acuto da trauma	Inquadramento diagnostico dell'etiologia del dolore Consulenze specialistiche Trattamento della patologia specifica Somministrazione di farmaci antidolorifici Sedazione moderata	Ipotesi diagnostiche con prevedibile dimissibilità entro le 36 ore	Presenza di patologie sottostanti e/o necessità di inquadramento che prevedibilmente richiede più di 36 ore	Valutazione mediante scale adeguate all'età Somministrazioni farmaci Esami ematologici e strumentali per definire la causa
TRAUMA ADDOMINO-PELVICO CHIUSO	922.2 contusione della parete addominale 843 distorsioni e distrazioni dell'anca e della coscia	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma addominale minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FC, SatO2 Esami radiologici/ecografici Terapia antalgica

CONDIZIONE	ICD9-CM	RAZIONALE	CRITERI INCLUSIONE	CRITERI ESCLUSIONE	PRESTAZIONI CONSIGLIATE
	846 regione sacro-iliaca 847.2 lombare 847.3 del sacro 847.4 del coccige 911 traumatismi superficiali tronco				
TRAUMA CRANICO MINORE	850.0 concussione con nessuna perdita di coscienza 850.1 concussione con breve perdita di coscienza	Osservazione clinica superiore a 6 ore ed eventuali indagini radiologiche. Dimissibile se non insorgenza di disturbi neurologici	GCS ≥ 14 , sintomatico (cefalea, vomito, amnesia, sonnolenza, cefaloematoma molle con EO neurologico negativo) Dinamica del trauma banale	Fattori di rischio concomitanti che rendono improbabile la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico entro le 36 ore	Monitoraggio parametri: FC, SatO2, PAO, pupille Terapia antalgica TC se alterazione del GCS o segni d'ipertensione endocranica consulenza NCH se frattura complicata o lesione endocranica
TRAUMA TORACICO CHIUSO	922.1 contusione della parete toracica, 847.1 distorsioni e distrazioni del torace 911 traumatismi superficiali del tronco	Esclusione complicanze in traumi minori	Trauma toracico minore, chiuso con valutazione iniziale negativa per complicanze	Trauma grave Instabilità emodinamica	Monitoraggio parametri: FR, SatO2, FC Esami radiologici Terapia antalgica

ALLEGATO 9: TABELLA DI TRANSCODIFICA TRA CODICI ESENZIONE E POSIZIONE TICKET

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Pos_ Ticket
0031 (in vigore dal 18.12.2023)	Ipertensione arteriosa con danno d'organo	4
da 001 a 067 (eccetto 002, 004, 010, 015, 033, 034, 043, 047), A02 (valida fino al 31.12.2024), A31 (valida fino al 31.12.2024), B02 (valida fino al 31.12.2024). 031 (valida fino al 31.12.2024)	persone affette dalle malattie croniche e invalidanti di cui all'allegato 8-bis DPCM 12.01.2017, e successive modifiche	4
0A02 (in vigore dal 18.12.2023)	Affezioni del sistema circolatorio (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari) – malattie cardiache e del circolo polmonare	4
0A31 (in vigore dal 18.12.2023)	Ipertensione arteriosa senza danno d'organo	4
0B02 (in vigore dal 18.12.2023)	Affezioni del sistema circolatorio (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari) – malattie cerebrovascolari	4
0C02 (in vigore dal 01.09.2018)	Malattie delle arterie, arteriole, capillari, vene e vasi linfatici	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
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
BZ4 (in vigore dal 01.09.2022)	Idrosadenite suppurativa (Delibera G.P. 439 del 21.06.2022)	4
BZ6 (in vigore dal 02.02.2024)	Vittime di violenza (Delibera G.P. 1165 del 29.12.2023)	8
BZ7 (in vigore dal 01.02.2026)	Pazienti in assistenza domiciliare integrata (ADI)	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

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Pos_ Ticket
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
COV (in vigore dal 01.07.2020)	Covid-19 (Delibera G.P. 433 del 16.06.2020)	4
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
CV2123 (in vigore dal 11.10.2021)	Esenzione di prestazioni di monitoraggio per pazienti ex Covid (Delibera G.P. 828 del 28.09.2021)	4
D01 (in vigore dal 01.03.2023)	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art.1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/98)	8
D02 (in vigore dal 01.03.2023)	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art.85 comma 4 lett. b della L. 388/2000) Citologico	8
D03 (in vigore dal 01.03.2023)	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art.85 comma 4 lett. a della L. 388/2000) mammografico	8
D04 (in vigore dal 01.03.2023)	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art.85 comma 4 lett. c della L. 388/2000) colon-retto	8
D05 (in vigore dal 01.03.2023)	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della Mammella	8
D99 (in vigore dal 01.01.2023)	Prestazioni diagnostiche correlate alla diagnosi precoce dei tumori in persone portatrici di mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2	8
DE	detenuti	8
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

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Pos_ Ticket
E02	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	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	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 presente anche il coniuge, inferiore a euro 11.362,05. Tali importi vanno incrementati di ulteriori euro 516,46 per ogni figlio a carico	5
E10 (valida dal 15.07.20)	Cassa integrati e familiari a carico ex L.427/1980	3
E11 (valida dal 15.07.20)	Soggetti residenti di età superiore ai 65 anni con reddito familiare compreso tra 36.151,98 e € 40.000,00 Euro	3
E12 (valida dal 15.07.20)	Soggetti residenti di età non superiore 14 anni non compiuti	3
E21	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
E22	Figli a carico (ai sensi della deliberazione della Giunta Provinciale n. 1862 del 27 maggio 2002, e successive modifiche) di età uguale o superiore ad anni 14	0
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

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Pos_ Ticket
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
L7	donatori di sangue	8
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 (valida dal 01.03.2019)	Esente per stato di gravidanza (ex D.M.10.09.1998) - in gravidanza a rischio	6
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
R99 o 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
T01 (valida dal 01.06.2017)	donatori viventi di sangue, organi e tessuti	8

Codice esenzione	Descrizione esenzione	Pos_ Ticket
T12 (valida dal 11/06/2012 al 31/12/2013 salvo proroga)	Esenzione terremoto 2012 ER (circolare Regione Emilia-Romagna del 08.06.2012, n.9, codice comuni: 035xxx, 036xxx, 037xxx, 038xxx)	8
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
TEL	Telemedicina (Delibera G.P. 433 del 16.06.2020)	8
TN	Prestazioni erogate senza esenzione	1
TR	Prestazioni di PS/OBI seguite da ricovero	9
TX	Ticket non dovuto per urgenza dell'accesso o ricorrenza di una delle cause di esclusione previste dall'Allegato A della Delibera G.P. n. 983/2019	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 extra-comunitari 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
X22 (valida dal 31.05.2022 al 31.12.2022 salvo proroga)	Protezione temporanea profughi ucraini	8
X23 (valida dal 07.06.2022)	Minori stranieri non regolari con meno di 6 anni Risoluzione nr. 25/E AdE	8
X24 (valida dal 07.06.2022)	Minori stranieri non accompagnati Risoluzione nr. 25/E AdE	8

ALLEGATO 10: NATURA DELLA LESIONE E PARTE DEL CORPO COINVOLTA

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		

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
4100	Ferite	Ferita lacerocontusa	Ferita lacerocontusa
4110	Ferite	Ferita lacerocontusa	Con lesione tendinea, muscol., 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-omerale ed estremità superiori		
2100	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Clavicola	Clavicola
2110	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Clavicola	Art. Sternoclavicolare
2120	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Clavicola	Art. Acromioclavicolare
2200	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Scapola	Scapola
2210	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Scapola	Faccia glenoidale
2220	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Scapola	Scapola restante
2300	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Art. Scapolo-omerale	Art. Scapolo-omerale
2310	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Art. Scapolo-omerale	Cuffia dei rotatori
2320	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Art. Scapolo-omerale	Tendine bicipite lungo
2400	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Omero
2410	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Epifisi prossimale
2411	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Testa dell'omero
2412	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Trochite

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
2413	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Collo (anat./chir.)
2420	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Diafisi omerale
2421	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Terzo prossimale
2422	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Terzo medio
2423	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Terzo distale
2430	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Epifisi distale
2431	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Capitolo omerale
2432	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Troclea
2433	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Epicondilo radiale
2434	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Epitroclea
2440	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Omero	Parti molli omerali
2500	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Art. Del gomito	Art. Del gomito
2600	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Radio	Radio
2610	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Radio	Epifisi prossimale
2611	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Radio	Testa radiale
2612	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Radio	Collo radiale
2620	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Radio	Diafisi radiale
2621	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Radio	Terzo prossimale
2622	Cingolo scapolo-	Radio	Terzo medio

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
	omero ed estremità superiori		
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

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
	superiori		
2813	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Ossa restanti del carpo
2820	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Tendini degli estensori
2821	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Est. Lungo d. Pollice
2822	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Abd. Breve d. Pollice
2823	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Est. Breve d. Pollice
2824	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Est. Radiale del carpo
2825	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Est. Comune delle dita
2830	Cingolo scapolo-omeroale ed estremità superiori	Carpo	Tendini flessori
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

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
2922	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Leg. Coll. Ulnari
2923	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Leg. Coll. Radiali
2924	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Falange pross.
2925	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Falange distale
2930	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Art. MCF 2.5
2931	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Capsola palmare
2932	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Leg. Collaterali
2940	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Art. Interfalangea pross. 2-5
2950	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Art. Interfalangea dist. 2-5
2960	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Falange pross. 2-5
2970	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Falange media 2-5
2980	Cingolo scapolo-omerale ed estremità superiori	Mano	Falange dist. 2-5
2990	Cingolo scapolo-omerale 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
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

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
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
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 / co-	Colonna vertebrale	Colonna lombare

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
	lonna vertebrale		
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.)
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

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
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 capsololeg. 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
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.

CODICE	GRANDI GRUPPI	GRUPPI	SOTTOGRUPPI
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 11: CODICI DELLE DISCIPLINE

Codice	Disciplina	Codice	Disciplina
1	Allergologia	42	Tossicologia
2	Day Hospital	43	Urologia
3	Anatomia ed istologia patologica	46	Grandi ustioni pediatriche
4	Osservazione Breve Intensiva	47	Grandi ustioni
5	Angiologia	48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)
6	Cardiochirurgia pediatrica	49	Terapia intensiva
7	Cardiochirurgia	50	Unita' coronarica
8	Cardiologia	51	Astanteria
9	Chirurgia generale	52	Dermatologia
10	Chirurgia maxillo-facciale	54	Emodialisi
11	Chirurgia pediatrica	55	Farmacologia clinica
12	Chirurgia plastica	56	Recupero e riabilitazione funzionale
13	Chirurgia toracica	57	Fisiopatologia della riproduzione umana
14	Chirurgia vascolare	58	Gastroenterologia
15	Medicina sportiva	60	Lungodegenti
18	Ematologia	61	Medicina nucleare
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	62	Neonatologia
20	Immunologia	64	Oncologia
21	Geriatrica	65	Oncoematologia pediatrica
24	Malattie infettive e tropicali	66	Oncoematologia
25	Medicina del lavoro	67	Pensionanti
26	Medicina generale	68	Pneumologia
27	Medicina legale	69	Radiologia
28	Unita' spinale	70	Radioterapia
29	Nefrologia	71	Reumatologia
30	Neurochirurgia	72	Terapia intensiva pediatrica
31	Nido	73	Terapia intensiva neonatale
32	Neurologia	74	Radioterapia oncologica
33	Neuropsichiatria infantile	75	Neuroriabilitazione
34	Oculistica	76	Neurochirurgia pediatrica
35	Odontoiatria e stomatologia	77	Nefrologia pediatrica
36	Ortopedia e traumatologia	78	Urologia pediatrica
37	Ostetricia e ginecologia	94	Terapia Semi intensiva
38	Otorinolaringoiatria	96	Terapia del dolore
39	Pediatria	97	Detenuti
40	Psichiatria	98	Day Surgery
41	Medicina termale	99	Cure Palliative

