

Registro regionale
traumi gravi
RRTG

Data Dictionary

Aprile 2010

Redazione a cura di

<i>Barozzi Marco</i>	<i>Azienda USL di Modena</i>
<i>Cancellieri Francesco</i>	<i>Azienda USL di Bologna</i>
<i>Chieregato Arturo</i>	<i>Azienda USL di Cesena</i>
<i>De Palma Rossana</i>	<i>Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</i>
<i>Fabbri Andrea</i>	<i>Azienda USL di Forlì</i>
<i>Ferrari Anna Maria</i>	<i>Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia</i>
<i>Ferri Enrico</i>	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara</i>
<i>Gambale Giorgio</i>	<i>Azienda USL di Forlì</i>
<i>Gamberini Alfio</i>	<i>Azienda USL di Ravenna</i>
<i>Giugni Aimone</i>	<i>Azienda USL di Bologna</i>
<i>Gordini Giovanni</i>	<i>Azienda USL di Bologna</i>
<i>Mergoni Mario</i>	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma</i>
<i>Negro Antonella</i>	<i>Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</i>
<i>Pizzamiglio Mario</i>	<i>Azienda USL di Piacenza</i>
<i>Ravaldini Maurizio</i>	<i>Azienda USL di Cesena</i>
<i>Targa Luigi</i>	<i>Azienda USL di Cesena</i>
<i>Trabucco Laura</i>	<i>Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia</i>
<i>Trombetti Susanna</i>	<i>Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</i>
<i>Ventura Chiara</i>	<i>Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale</i>
<i>Volpi Annalisa</i>	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma</i>

Obiettivo del presente documento è la definizione condivisa dei contenuti dei campi del tracciato record del database Traumi Gravi Emilia Romagna. La standardizzazione delle informazioni garantisce la riproducibilità dei dati su osservazioni diverse dello stesso fenomeno.

La rilevazione riguarda tutti i pazienti traumatizzati assistiti presso gli ospedali della Regione Emilia Romagna e che presentano almeno una delle seguenti condizioni:

- ISS > 15 (ricoverato, in qualsiasi reparto, compreso centri ustione, entro 7 giorni dall'evento);
- Ricovero in Terapia Intensiva (TI);
- Deceduti in Pronto Soccorso (PS).

I pazienti con le seguenti caratteristiche non devono essere inclusi nel registro:

- Ricovero in un secondo stabilimento ospedaliero regionale, dopo un ricovero in un reparto a più alto livello di intensità di cura di un altro ospedale. Classicamente il ricovero in una terapia intensiva Spoke dopo il ricovero in terapia intensiva Hub;
- Qualsiasi trauma ricoverato dopo 7 giorni dall'evento in qualsiasi reparto, anche se il ricovero è correlato al trauma. Rientra nel registro solo se il suo ISS è aggiornato e >15;
- I pazienti entrati per sottodurale cronico.

Le informazioni raccolte comprendono:

- Dati identificativi del ricovero o dell'accesso al PS
- Informazioni relative alla fase preospedaliera
- Assistenza in Pronto Soccorso
- Diagnostica strumentale e terapia
- Severità del Trauma
- Assistenza in Reparto
- Procedure eseguite
- Esito al momento della dimissione
- Complicanze

INDICE

SEZIONE 0: OSPEDALE E REPARTO DI RILEVAZIONE.....	4
SEZIONE 1: DATI GENERALI.....	5
SEZIONE 2: FASE PRE-OSPEDALIERA.....	6
SEZIONE 3: PRONTO SOCCORSO.....	11
SEZIONE 4: DIAGNOSTICA STRUMENTALE E TERAPIA.....	24
SEZIONE 5: RICOVERO.....	27
SEZIONE 6: SEVERITÀ DEL TRAUMA.....	30
SEZIONE 5 : RICOVERO.....	32
SEZIONE 7: MONITORAGGIO PROCEDURE.....	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
SEZIONE 8: ESITO DAL REPARTO A PIÙ ALTA COMPLESSITÀ DI CURA.....	36
SEZIONE 9: COMPLICANZE.....	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
CODICI STABILIMENTO.....	43
CODICI REPARTO.....	44
CODICI INTERVENTI CHIRURGICI.....	45
CODICI ISTAT COMUNI REGIONE EMILIA-ROMAGNA.....	48

GLOSSARIO

AIS	Abbreviated Injury Score
ATLS	Advanced Trauma Life Support
BE	Base Excess
EDH	Ematoma extradurale
FR	Frequenza Respiratoria
GCS	Glasgow Coma Scale
ICP	Pressione Intra Cranica
ISS	Injury Severity Score
PaCO ₂	Pressione parziale di CO ₂
PAS	Pressione Arteriosa Sistolica
PS	Pronto Soccorso
RTS	Revised Trauma Score
SDH	Ematoma subdurale
TI	Terapia Intensiva
TRISS	Trauma Revised Injury Severity Score
SR	Shock Room

Sezione 0: OSPEDALE E REPARTO DI RILEVAZIONE**1_4 CODICE STABILIMENTO DI COMPILAZIONE**

Definizione: individua lo stabilimento che inserisce i dati durante il ricovero o transito in Pronto Soccorso nel caso di decesso in PS. Insieme ai campi 1_5 e 1_6 forma la chiave per i link con l'archivio regionale SDO (Scheda di dimissione ospedaliera). Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale. Questo campo serve per riconoscere lo stabilimento compilatore.

Formato: C

Posizione: 1-8

Lunghezza: 8 (se lunghezza <8 allineare a destra)

Codifica: ELENCO STABILIMENTI (Tab. 1)

1_4_1 UNITA' OPERATIVA DI COMPILAZIONE

Definizione: individua l'UO in cui avviene l'inserimento dei dati. Pertanto questa UO non necessariamente deve coincidere con quello di primo ricovero. Se il paziente transita dalla terapia intensiva l'UO di compilazione è la TI.

Formato: C

Posizione: 9-11

Lunghezza: 3

Codifica: ELENCO REPARTI+PS (Tab. 2)

Sezione 1: DATI GENERALI**1_2 ETA'**

Definizione: età del paziente (espressa in anni) al momento del trauma. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: N

Posizione: 12-14

Lunghezza: 3

Codifica: per i pazienti pediatrici di età inferiore ai 12 mesi indicare 0.

Uso: parametro inserito nel calcolo del TRISS.

1_3 SESSO

Definizione: sesso del paziente. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 15

Lunghezza: 1

Codifica:

M=MASCHIO

F=FEMMINA

1_5 ANNO SDO

Definizione: identifica l'anno del ricovero. Insieme ai campi 1_4 e 1_6 forma la chiave per i link con l'archivio regionale SDO (Scheda di dimissione ospedaliera). Il campo deve essere valorizzato per i pazienti che hanno un ricovero. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: N

Posizione: 16-19

Lunghezza: 4

1_6 PROGRESSIVO SDO

Definizione: numero progressivo della SDO; corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. Insieme ai campi 1_4 e 1_5 forma la chiave per i link con l'archivio regionale SDO (Scheda di dimissione ospedaliera). Il campo deve essere valorizzato per i pazienti che hanno un ricovero. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale. Questo è valido ad eccezione dei pazienti che muoiono in PS prima del ricovero.

Formato: N

Posizione: 20-25

Lunghezza: 6

1_7 MODALITA' DI AMMISSIONE NEL PRIMO REPARTO

Definizione: corrisponde alla modalità con cui il paziente giunge in reparto per il ricovero.

Formato: C

Posizione: 26

Lunghezza: 1

Codifica:

1=DIRETTA

2=INVIATO DA PS ESTERNO

3=PRECEDENTE RICOVERO IN STRUTTURA

4=ALTRO

La modalità 1= DIRETTA identifica l'ammissione da Pronto Soccorso dello stesso Ospedale nel quale il paziente viene ricoverato senza precedenti transiti in PS esterno (questi accessi sono gergalmente definiti "primari").

La modalità 2='INVIATO DA PS ESTERNO' identifica i pazienti che arrivano da un PS esterno anche se transitano nel PS dell'ospedale di ricovero (sono gli accessi che comunemente si chiamano "secondari").

La modalità 3=PRECEDENTE RICOVERO IN ALTRA STRUTTURA sono anch'essi dei "secondari" ma sono stati ricoverati nel primo ospedale in un reparto.

Sezione 2: FASE PRE-OSPEDALIERA**2_0 COMUNE DELL'EVENTO**

Definizione: Comune dell'evento

Obiettivo: mappaggio centralizzazione primaria

Formato: C

Posizione: 27-32

Lunghezza:6

Codifica:

Lista codice ISTAT comuni dell'Emilia-Romagna (Tab. 4)

Se provenienti da altra regione codificare: 9999

2_1 DATA DELLA CHIAMATA ALLA CENTRALE OPERATIVA

Definizione: data della chiamata alla Centrale Operativa (CO) come rilevato dalla scheda 118.

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 33-40

Lunghezza: 8

2_2 ORA DELLA CHIAMATA ALLA CENTRALE OPERATIVA

Definizione: ora della chiamata alla Centrale Operativa (CO) come rilevato dalla scheda 118.

Formato: HHMM

Posizione: 41-44

Lunghezza: 4

2_3 DATA DI ARRIVO DEL PRIMO MEZZO SUL POSTO

Definizione: data di arrivo del primo mezzo di soccorso come rilevato dalla scheda 118.

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 45-52

Lunghezza: 8

2_4 ORA DI ARRIVO DEL PRIMO MEZZO SUL POSTO

Definizione: ora di arrivo del primo mezzo di soccorso come rilevato dalla scheda 118.

Formato: HHMM

Posizione: 53-56

Lunghezza: 4

2_5 TIPOLOGIA DEL MEZZO PRESENTE SUL POSTO

Definizione: individua il mezzo di soccorso più avanzato presente sul posto (se presente sia automedica che elisoccorso segnare quest'ultimo).

Formato: C

Posizione: 57

Lunghezza: 1

Codifica:

1=AMBULANZA CON MEDICO

2=ELISOCCORSO

3=INFERMIERE

4=VOLONTARIO

5=ALTRO

In caso di più mezzi di soccorso indicare il più avanzato presente sul posto.

Indicare 5=ALTRO nel caso in cui il soccorso sia stato prestato con mezzo diverso da quelli indicati ad es. con mezzo privato. Include anche il paziente portato, non da personale sanitario, in ospedale non immediatamente dopo il trauma.

2_6 TIPO DI TRAUMA

Definizione: Viene definita penetrante la lesione determinata da oggetti che penetrano all'interno del corpo quali coltelli, altre armi da taglio, pallottole, punteruoli e oggetti appuntiti. Una soluzione di continuo (frattura esposta, ferita lacero contusa) non è una lesione penetrante ma aperta, per cui il trauma si considera chiuso.

Le lesioni ascrivibili a trauma chiuso sono quelle secondarie ad incidenti d'auto, moto o bici, investimento di pedoni, cadute accidentali o lesioni volontarie, baro traumi. Le ustioni e le inalazioni rientrano nei traumi chiusi.

Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 58

Lunghezza: 1

Codifica:

1=CHIUSO

<p>2=PENETRANTE</p>
<p>2_7 USTIONE Definizione: qualsiasi ustione che meriti un ricovero Formato: C Posizione: 59 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>2_8 INTENZIONE Definizione: viene individuato la volontarietà del soggetto di procurarsi il trauma (autolesione), la casualità del trauma (accidentale) ovvero la volontarietà di terzi (violenza interpersonale). Formato: C Posizione: 60 Lunghezza: 1 Codifica: 1=ACCIDENTALE 2=VIOLENZA INTERPERSONALE 3=AUTOLESIONE 4=DUBBIA Codificare 4=DUBBIA nel caso in cui non sia possibile stabilire l'intenzionalità.</p>
<p>2_9 DINAMICA DEL TRAUMA Definizione: individua il meccanismo con cui si determina la lesione traumatica. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale. Formato: C Posizione: 61-62 Lunghezza: 2 Codifica: 1=TRAFFICO 2=CADUTA MINORE 3=COLPITO DA PERSONA/OGGETTO 4=SCHIACCIAMENTO 5=ARMA BIANCA 6=ARMA DA FUOCO 7=CALORE 8=ASFISSIA/IMPICCAGIONE 9=ANNEGAMENTO 10=FOLGORAZIONE 11=SCONOSCIUTA 12=ALTRO 13=PRECIPITAZIONE Se il trauma è di tipo misto (es. incidente stradale con incendio dei mezzi), scegliere la voce che ha avviato la catena di eventi indipendentemente dalla gravità delle lesioni conseguenti (es. "traffico" nel caso precedente). Caduta minore: caduta con impatto a bassa energia (da meno di 3 mt. di altezza) Precipitazione: caduta con impatto ad alta energia (da più di 3 mt. di altezza)</p>
<p>2_10 TIPO DI INCIDENTE DA TRAFFICO Campo condizionale: se 2_9 DINAMICA=1 Definizione: individua la posizione: del paziente, come conducente/passeggero di un veicolo o pedone. Formato: C Posizione: 63 Lunghezza: 1 Codifica: 1=CAMION 2=AUTO 3=MOTO 4=PEDONE 5=CICLISTA 6=ALTRO Nella categoria ALTRO sono comprese altre categorie di veicoli ad es. autobus o treno.</p>

<p>2_11 INFORTUNIO SUL LAVORO</p> <p>Definizione: individua la circostanza nella quale si realizza il trauma.</p> <p>Formato: C</p> <p>Posizione: 64</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica:</p> <p>1=SI</p> <p>0=NO</p> <p>Sono da considerare” infortunio sul lavoro” (indicare 1=SI) gli incidenti da traffico avvenuti in itinere.</p>
<p>2_12 GLASGOW COMA SCALE OCCHI</p> <p>Definizione: rileva la prima valutazione in fase preospedaliera, comunque prima di ogni manovra ABC. Nei pazienti che accedono spontaneamente è la ricostruita condizione dopo il trauma.</p> <p>Se il paziente durante la fase di primo soccorso dovesse migliorare o peggiorare il GCS questa seconda valutazione non dovrebbe modificare il dato registrato che è quello della prima valutazione.</p> <p>La scala del coma di Glasgow (Glasgow Coma Scale – GCS) è il punteggio di valutazione dello stato di coscienza, e quindi della gravità del coma, internazionalmente nota e riconosciuta; il GCS, rappresenta lo standard di riferimento per molti protocolli terapeutici. Lo score assegnato sulla base del GCS è determinante anche per identificare i pazienti con indicazione all’intubazione precoce e può condizionare anche l’iter diagnostico e terapeutico intraospedaliero.</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 65</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 4</p> <p><u>Apertura degli occhi:</u></p> <p>Spontanea (punti 4)</p> <p>Agli stimoli verbali (punti 3)</p> <p>Al dolore (punti 2)</p> <p>Nessuna (punti 1)</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del GCS totale, del RTS e del TRISS.</p>
<p>2_13 GLASGOW COMA SCALE VERBALE</p> <p>Definizione: rileva la prima valutazione in fase preospedaliera, comunque prima di ogni manovra ABC. Nei pazienti che accedono spontaneamente è la ricostruita condizione dopo il trauma.</p> <p>Se il paziente durante la fase di primo soccorso dovesse migliorare o peggiorare il GCS questa seconda valutazione non dovrebbe modificare il dato registrato che è quello della prima valutazione.</p> <p>VEDI CAMPO 2_12</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 66</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 5</p> <p><u>Risposta verbale:</u></p> <p>Orientata, appropriata (punti 5)</p> <p>Confusa (punti 4)</p> <p>Parole inappropriate (punti 3)</p> <p>Suoni incomprensibili (punti 2)</p> <p>Nessuna (punti 1)</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del GCS totale, del RTS e del TRISS.</p>
<p>2_14 GLASGOW COMA SCALE MOTORIO</p> <p>Definizione: rileva la prima valutazione in fase preospedaliera, comunque prima di ogni manovra ABC. Nei pazienti che accedono spontaneamente è la ricostruita condizione dopo il trauma.</p> <p>Se il paziente durante la fase di primo soccorso dovesse migliorare o peggiorare il GCS questa seconda valutazione non dovrebbe modificare il dato registrato che è quello della prima valutazione.</p> <p>Va ricordato che nel caso di asimmetrie della risposta motoria vale la risposta migliore. Il GCS è infatti uno score della coscienza e non di focalità.</p> <p>Nei pazienti tetraplegici si valuta la risposta motoria dei nervi cranici.</p> <p>VEDI CAMPO 2_12</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 67</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6</p> <p><u>Risposta motoria:</u></p> <p>Obbedisce al comando (punti 6)</p>

<p>Localizza il dolore (punti 5) Retrae al dolore (punti 4) Flette al dolore (punti 3) Estende al dolore (punti 2) Nessuna (punti 1) Uso: parametro inserito nel calcolo del GCS totale, del RTS e del TRISS.</p>
<p>2_15_0 ARRESTO CARDIACO PREOSPEDALIERO Definizione: arresto cardiaco preospedaliero in relazione all'evento traumatico Formato: C Posizione: 68 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO 2=SCONOSCIUTO</p>
<p>2_15 PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA Definizione: rileva la prima misurazione della pressione sistolica (in mmHg) in fase preospedaliera. Riportare il valore riscontrato appena approcciato il paziente, prima di qualsiasi trattamento. Nel paziente con arresto cardiaco va riportato il valore "0". Formato: N Posizione: 69-71 Lunghezza: 3 Codifica: VALORI INTERI Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS.</p>
<p>2_15_1 PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA IN CLASSI Nelle condizioni in cui non sia disponibile un valore puntuale della pressione arteriosa riportare i valori intervallo o qualitativi. Formato: N Posizione: 72 Lunghezza: 1 Codifica: 0=pressione arteriosa 0 ("nessuna pulsazione carotide") 1=pressione arteriosa nel range 1-49 ("percepibile solo polso carotideo") 2=pressione arteriosa nel range 50-75 ("percepibile solo polso femorale") 3=pressione arteriosa nel range 76-89 ("polso radiale debole") 4=pressione arteriosa >89 ("buon polso radiale") Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS.</p>
<p>2_16 FREQUENZA RESPIRATORIA Definizione: rileva la prima misurazione della frequenza respiratoria in fase preospedaliera (espressa come numero di atti respiratori per minuto). Riportare il valore riscontrato appena approcciato il paziente, prima di qualsiasi trattamento. Formato: N Posizione: 73-75 Lunghezza: 3 Codifica: VALORI INTERI Se il paziente è ventilato codificare 999 Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS.</p>
<p>2_16_1 FREQUENZA RESPIRATORIA IN CLASSI. Riportare i valori intervallo o qualitativi Formato: N Posizione: 76 Lunghezza: 1 Codifica: 0 = frequenza respiratoria 0 ("arresto ventilatorio") 1 = frequenza respiratoria nel range 1-5 ("gasping"), 2 = frequenza respiratoria nel range 6-9 ("bradipnea") 3 = frequenza respiratoria nel range 10-29 ("respiro normale") 4 = frequenza respiratoria nel range >29 ("tachipnea") 5='Paziente ventilato' Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS</p>

2_17 PUPILLE

Definizione: Nella valutazione dello status pupillare, le variabili da considerare sono due, il calibro della pupilla e la sua reattività alla luce. Di queste la preminente è la reattività alla luce. E' infatti noto che una grave sofferenza cerebrale si esprime con la perdita di questo riflesso.

Ad esempio due pupille possono essere dilatate ma fotoreagenti ed allora dovranno essere classificate al punto 1 ("entrambe fotoreagenti").

La reattività è fondamentale anche quando è presente una asimmetria del calibro. Se le due pupille fossero diverse (anisocoriche), una midriatica massimale ma l'altra in media dilatazione, sarà discriminante la fotoreazione: se la pupilla in media dilatazione fosse fotoreagente allora si tratterebbe di applicare la definizione "unilateralmente dilatata areattiva". Se al contrario questa pupilla non fosse fotoreagente allora la classificazione appropriata sarebbe "entrambe dilatate e areattive"; nel caso invece di pupille anisocoriche ma entrambe fotoreagenti la classificazione corrispondente sarà "entrambe fotoreagenti".

La pupilla di piccole dimensioni ma differente da quella contro laterale, quindi "sfumata" anisocoria, è da classificare al punto 1 ("entrambe fotoreagenti").

Formato: C

Posizione: 77

Lunghezza: 1

Codifica:

1=ENTRAMBE FOTOREAGENTI

2=UNILATERALMENTE DILATATA AREATTIVA

3=ENTRAMBE DILATATE E AREATTIVE

2_18 SATURAZIONE PERIFERICA OSSIGENO

Definizione: rileva la prima misurazione della saturazione periferica ossigeno in fase preospedaliera. Riportare il valore riscontrato appena approcciato il paziente, prima di qualsiasi trattamento.

Formato: N

Posizione: 78-80

Lunghezza: 3

Codifica: espresso in valore percentuale da 0 a 100

2_19 INTUBAZIONE

Definizione: indica il posizionamento di una via aerea definitiva (tubo endotracheale o cricotirotomia).

Formato: C

Posizione: 81

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se il paziente viene intubato prima dell'arrivo in PS. Il posizionamento di dispositivi laringoesofagei non sono ritenuti intubazione propriamente detta.

2_20 DECOMPRESSIONE PLEURICA

Definizione: indica il posizionamento di qualsiasi dispositivo o manovra di decompressione pleurica di pneumotorace (drenaggio pleurico, agocanula, minitoracotomia).

Formato: C

Posizione: 82

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

Indicare 1=SI se viene posizionato il drenaggio pleurico, agocanula, o se viene effettuata una minitoracotomia prima dell'arrivo in PS

Sezione 3: PRONTO SOCCORSO**3_0 PERCORSO DEL PAZIENTE DAL PS**

Questo campo serve per mappare il percorso del paziente.

Formato: C

Posizione: 83

Lunghezza: 1

Codifica:

A=da PS/SR -HUB a ricovero HUB

B=da PS/SR-Spoke a ricovero Spoke

C=da PS/SR -Spoke1 o PPI a PS/SR -Spoke2 a ricovero Spoke2

D=da PS/SR -Spoke a ricovero HUB

E=da PS/SR -Spoke a PS/SR -HUB a ricovero HUB

F=da PPI >PS/SR -Spoke a PS/SR -HUB a ricovero HUB

G=Altro

H=da PS/SR Spoke a ricovero Spoke a ricovero HUB

I=da PS HUB1 a ricovero HUB1 a ricovero HUB2

J=da PS/SR HUB1 a PS/SR HUB2 a ricovero HUB2

Con PS si intende anche il PS/shock room (SR) di terapia intensiva.

Pronto Soccorso1: Indica il primo o l'unico PS di destinazione (da compilare nei casi A,B,C,D,E,F,H,I,J). Nei casi in cui il transito è in un unico PS compilare la sezione primo PS, nel caso siano due PS compilare le sezioni primo e secondo PS.

3_1 CODICE STABILIMENTO DI PRIMA DESTINAZIONE

Definizione: Individua lo stabilimento sede del PS di prima destinazione (nel caso in cui vi sia un transito da tre PS ossia campo precedente='F', inserire il codice stabilimento dello spoke)

Formato: C

Posizione: 84-91

Lunghezza: 8 (se Lunghezza: <8 allineare a destra)

Codifica: ELENCO STABILIMENTI (Tab. 1)

3_1_1 LUOGO FISICO DELLA RILEVAZIONE:

Definizione: Individua il luogo dove viene effettuata la prima valutazione che potrebbe essere il PS o la terapia intensiva.

Formato: C

Posizione: 92

Lunghezza: 1

Codifica:

1=PS

2=SHOCK ROOM DI TERAPIA INTENSIVA

3=ALTRO

3_2 DATA DI ARRIVO IN PRONTO SOCCORSO

Definizione: data di arrivo del paziente in Pronto Soccorso rilevata dal PS.

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 93-100

Lunghezza: 8

3_3 ORA DI ARRIVO IN PRONTO SOCCORSO

Definizione: ora di arrivo del paziente in Pronto Soccorso rilevata dal PS.

Formato: HHMM

Posizione: 101-104

Lunghezza: 4

3_4 GLASGOW COMA SCALE OCCHI

Definizione: se il paziente non è intubato, sedato o curarizzato indicare il GCS all'arrivo; se il paziente viene intubato, sedato o curarizzato in PS/shock room indicare il GCS peggiore pre-intubazione valutato dopo l'arrivo in Ospedale.

Quando invece non vi sia nessuna possibilità o non vi sia l'indicazione di una valutazione naturale del livello di coscienza, allora è necessario comunque riportare il valore di GCS misurato. In questo caso la ridotta qualità del dato sarà segnalata dal campo 3_18.

VEDI CAMPO 2_12

Formato: N

Posizione: 105

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 4 (vedi campo 2_12)

Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, del RTS e del TRISS.

3_5 GLASGOW COMA SCALE VERBALE

Definizione: se il paziente non è intubato, sedato o curarizzato indicare il GCS all'arrivo; se il paziente viene intubato, sedato o curarizzato in PS/shock room indicare il GCS peggiore pre-intubazione valutato dopo l'arrivo in Ospedale.

Quando invece non vi sia nessuna possibilità o non vi sia l'indicazione di una valutazione naturale del livello di coscienza, allora è necessario comunque riportare il valore di GCS misurato. In questo caso la ridotta qualità del dato sarà segnalata dal campo 3_18.

VEDI CAMPO 2_12

Formato: N

Posizione: 106

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 5 (vedi campo 2_13)

Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, del RTS e del TRISS.

3_6 GLASGOW COMA SCALE MOTORIO

Definizione: se il paziente non è intubato, sedato o curarizzato indicare il GCS all'arrivo; se il paziente viene intubato, sedato o curarizzato in PS/shock room indicare il GCS peggiore pre-intubazione valutato dopo l'arrivo in Ospedale.

<p>Quando invece non vi sia nessuna possibilità o non vi sia l'indicazione di una valutazione naturale del livello di coscienza, allora è necessario comunque riportare il valore di GCS misurato. In questo caso la ridotta qualità del dato sarà segnalata dal campo 3_18.</p> <p>VEDI CAMPO 2_12</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 107</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6 (vedi campo 2_14)</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, del RTS e del TRISS.</p>
<p>3_7 PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA</p> <p>Definizione: rileva la prima misurazione della pressione sistolica (in mmHg) in PS/shock room. Riportare il valore riscontrato appena approcciato il paziente, prima di qualsiasi trattamento. Nel paziente con arresto cardiaco va riportato il valore "0".</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 108-110</p> <p>Lunghezza: 3</p> <p>Codifica: VALORI INTERI</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS.</p>
<p>3_7_1 PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA IN CLASSI</p> <p>Nelle condizioni in cui non sia disponibile un valore puntuale della pressione arteriosa riportare i valori intervallo o qualitativi.</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 111</p> <p>Lunghezza: 1:</p> <p>Codifica:</p> <p>0=pressione arteriosa 0 ("nessuna pulsazione carotidea")</p> <p>1=pressione arteriosa nel range 1-49 ("percepibile solo polso carotideo")</p> <p>2=pressione arteriosa nel range 50-75 ("percepibile solo polso femorale")</p> <p>3=pressione arteriosa nel range 76-89 ("polso radiale debole")</p> <p>4=pressione arteriosa >89 ("buon polso radiale")</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS.</p>
<p>3_8 FREQUENZA RESPIRATORIA</p> <p>Definizione: rileva la prima misurazione della frequenza respiratoria all'arrivo in PS/shock room (espressa come numero di atti respiratori per minuto). Riportare il valore riscontrato appena approcciato il paziente, prima di qualsiasi trattamento.</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 112-114</p> <p>Lunghezza: 3</p> <p>Codifica: VALORI INTERI</p> <p>Se il paziente è ventilato codificare 999</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS.</p>
<p>3_8_1 FREQUENZA RESPIRATORIA IN CLASSI</p> <p>Riportare i valori intervallo o qualitativi</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 115</p> <p>Lunghezza: 1:</p> <p>Codifica:</p> <p>0 = frequenza respiratoria 0 ("arresto ventilatorio")</p> <p>1 = frequenza respiratoria nel range 1-5 ("gasping"),</p> <p>2 = frequenza respiratoria nel range 6-9 ("bradipnea")</p> <p>3 = frequenza respiratoria nel range 10-29 ("respiro normale")</p> <p>4 = frequenza respiratoria nel range >29 ("tachipnea")</p> <p>5='Paziente ventilato'</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS</p>
<p>3_9 PUPILLE</p> <p>Definizione: VEDI CAMPO 2_17</p> <p>Formato: C</p> <p>Posizione: 116</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica:</p>

<p>1=ENTRAMBE FOTOREAGENTI 2=UNILATERALMENTE DILATATA AREATTIVA 3=ENTRAMBE DILATATE AREATTIVE</p>
<p>3_10 SATURAZIONE PERIFERICA OSSIGENO Definizione: rileva la misurazione della saturazione periferica di ossigeno in Pronto Soccorso. Riportare il primo valore riscontrato in Pronto Soccorso. Formato: N Posizione: 117-119 Lunghezza: 3 Codifica: espresso in valore percentuale da 0 a 100</p>
<p>3_11 INTUBAZIONE Definizione: indica il posizionamento di una via aerea definitiva (tubo endotracheale o cricotirotonomia) in PS. Formato: C Posizione: 120 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO Indicare 1=SI se il paziente viene intubato o re-intubato (per malposizionamento, estubazione fallita, estubazione accidentale) in PS, indicare 0=NO se il paziente non viene intubato in PS o se è stato intubato in fase preospedaliera</p>
<p>3_12 DRENAGGIO PLEURICO Definizione: indica il posizionamento di qualsiasi dispositivo o manovra di decompressione pleurica di pneumotorace (drenaggio pleurico, agocanula, minitoracotomia) o sostituito un drenaggio posizionato dal 118. Formato: C Posizione: 121 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO Indicare 1=SI sia se viene posizionato un primo drenaggio pleurico in PS o se ne viene posizionato uno aggiuntivo, indicare 0=NO se non viene posizionato alcun drenaggio pleurico e se era stato posizionato in fase preospedaliera</p>
<p>3_13 PaCO2 Definizione: pressione parziale arteriosa di CO2 (dati non T° corretti). E' da registrare il primo valore disponibile, possibilmente prima di un'eventuale intubazione o di un riassetto della ventilazione dopo il trasporto, Formato: N Posizione: 122-124 Lunghezza: 3 Codifica: da 0 a 120</p>
<p>3_14 BE Definizione: Base Excess (BE) misura in valore assoluto lo scostamento dall'equilibrio metabolico del paziente, Il "BE" può avere un valore positivo o negativo (definito "base deficit"). Quest'ultimo si riscontra più frequentemente nei pazienti traumatizzati con alterazione della perfusione ed è una misura dell'acidosi metabolica basata sulla quantità di basi che dovrebbero essere aggiunte per unità di volume di sangue per raggiungere un pH normale di 7.4. Formato: N Posizione: 125-127 Lunghezza: 3 Codifica: da -20 a +20</p>
<p>3_15 USO TELECONSULTO Definizione: Indica l'uso del trasferimento di immagini per parere specialistico Formato: C Posizione: 128 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>

<p>3_15_1 PRINCIPALE MOTIVAZIONE DELL'USO DEL TELECONSULTO (Ai fini del trasferimento) Campo condizionale: se 3_15=1 specificare Definizione: Indica il principale distretto anatomico per il quale è stato richiesto il teleconsulto Formato: C Posizione: 129-130 Lunghezza: 2 Codifica: 1=TESTA 2=FACCIA 3=TORACE 4=ADDOME 5=PELVI 6=RACHIDE 7=ARTI 8=SUPERFICIE ESTERNA 9=ALTRO</p>
<p>3_18 SEDAZIONE/CURARIZZAZIONE: Definizione: E' presente sedazione e/o curarizzazione durante la valutazione GCS. La presenza di questi farmaci deve essere tale da condizionare negativamente la valutabilità neurologica: Formato: C Posizione: 131 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>3_19 INR: 'International Normalized Ratio' Definizione: Il primo INR disponibile entro la prima ora dall'arrivo al PS. Misura della via estrinseca della coagulazione. Formato: N Posizione: 132-134 Lunghezza: 3 Codifica: Valori possibili 0-9.9 INR=PT test/PT norm/PT=Protombin time (tempo di protombina) VN:12-15 sec</p>

DIMISSIONE/ESITO DAL PS 1**3_16_1 ESITO PS**

Definizione: si riferisce al destino del paziente dopo il trattamento in PS. Nel caso di transito in due PS riferirsi al secondo PS altrimenti all'unico PS di accesso. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 492

Lunghezza: 1

Codifica:

1=DECEDUTO IN PS

2=RICOVERO

3=TRASFERITO AD ALTRO OSPEDALE

Indicare la codifica 2=RICOVERO se il paziente viene ricoverato nello stesso ospedale sede del PS al quale è giunto.

Se l'esito 1=DECEDUTO IN PS specificare la data e l'ora di morte nei campi 6_2:data del decesso e 6_3:ora del decesso

1_8_1 PRIMO REPARTO DI RICOVERO

Campo condizionale: Se 3_16=2

Definizione: individua il reparto di primo ricovero. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale. Questo reparto può non coincidere con il reparto di ricovero a più alta intensità (vedi sezione cinque).

Formato: C

Posizione: 493-495

Lunghezza: 3

Codifica: corrisponde al codice identificativo della disciplina di ammissione (Tab. 2)

1_8_1a DATA DI ARRIVO AL PRIMO REPARTO DI RICOVERO

Campo condizionale: Se 3_16=2

Da compilare sempre anche se coincide con il reparto a più alta intensità di cura (quello della sezione "RICOVERO", sezione 5)

Definizione: data di arrivo del paziente nel primo reparto.

Formato: GMMMAAAA

Posizione: 496-503

Lunghezza: 8

1_8_1b ORA DI ARRIVO AL PRIMO REPARTO DI RICOVERO

Campo condizionale: Se 3_16=2

Da compilare sempre anche se coincide con il reparto a più alta intensità di cura (quello della sezione "RICOVERO", sezione 5).

Definizione: ora di arrivo del paziente nel primo reparto.

Formato: HHMM

Posizione: 504-507

Lunghezza: 4

3_17_1 ALTA SPECIALITA'

Campo condizionale se PERCORSO DEL PAZIENTE ='C', 'F', 'J'

Definizione: descrive la presenza nell'ospedale di destinazione di un'alta specialità fra quelle in elenco che giustifica il trasferimento.

Formato: C

Posizione: 508-509

Lunghezza: 2

Codifica:

1=NEUROCHIRURGIA

2=CARDIOCHIRURGIA

3=MAXILLOFACCIALE

4=USTIONI

5=ALTRO

6=ORTOPEDIA

7=RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

8=CHIRURGIA D'URGENZA

<p>3_20_1 STABILIZZAZIONE BE: STABILIZZAZIONE ENTRO 24 HR</p> <p>Definizione: Si interessa delle prime 24 ore dall'arrivo nel primo ospedale. Deve essere riferito alla prima rilevazione in ospedale. Se il paziente arriva nel primo o unico PS e il suo BE è stabile il campo (ovvero compreso fra -3 e +3) deve essere compilato: "non applicabile".</p> <p>Se nel primo o unico PS il paziente è instabile e successivamente si stabilizza compilare: SI</p> <p>Riportare data e ora della stabilizzazione. Se nel primo o unico PS il paziente è instabile e successivamente non si stabilizza entro 24 ore compilare: NO</p> <p>Formato: C</p> <p>Posizione: 510</p> <p>Lunghezza:1</p> <p>Codifica:</p> <p>1=SI</p> <p>0=NO</p> <p>2=NON APPLICABILE</p>
<p>3_21_1 DATA DI RIENTRO BE (ENTRO I LIMITI -3 e +3)</p> <p>Definizione:Si applica solo se il valore iniziale di BE era inferiore (più negativo) a -3 entro 24 hr dall'arrivo nell'ospedale.</p> <p>Se il BE è già stabile (fra -3 e +3) alla prima valutazione, il campo non si compila e/o alle successive</p> <p>Formato: GGMMAAAA</p> <p>Posizione: 511-518</p> <p>Lunghezza: 8</p>
<p>3_22_1 ORA DI RIENTRO BE ENTRO (ENTRO I LIMITI -3 e +3)</p> <p>Definizione:Si applica solo se il valore iniziale di BE era inferiore (più negativo) a -3 dall'arrivo nell'ospedale.</p> <p>Se il BE è già stabile (fra -3 e +3) alla prima valutazione, il campo non si compila.</p> <p>Formato: HHMM</p> <p>Posizione: 519-522</p> <p>Lunghezza: 4</p>

Pronto Soccorso2: Indica il secondo PS di destinazione (da compilare nei casi A,B,C,D,E,F,H,I,J). Nei casi in cui il transito è in un unico PS compilare la sezione primo PS, nel caso siano due PS compilare le sezioni primo e secondo PS.

<p>3_2_0 LUOGO FISICO DELLA RILEVAZIONE: Formato: C Posizione: 135 Lunghezza: 1 Codifica: 1=PS 2=SHOCK ROOM DI TERAPIA INTENSIVA 3=ALTRO</p>
<p>3_2_1 CODICE STABILIMENTO DI SECONDA DESTINAZIONE Definizione: Individua lo stabilimento sede del PS di seconda destinazione (nel caso in cui vi sia un transito da tre PS ossia campo precedente='F' ,inserire il codice stabilimento dello spoke) Formato: C Posizione: 136-143 Lunghezza: 8 (se Lunghezza: <8 allineare a destra) Codifica: ELENCO STABILIMENTI (Tab. 1)</p>
<p>3_2_2 DATA DI ARRIVO IN PRONTO SOCCORSO Definizione: data di arrivo del paziente in Pronto Soccorso. Formato: GMMMAAAA Posizione: 144-151 Lunghezza: 8</p>
<p>3_3_2 ORA DI ARRIVO IN PRONTO SOCCORSO Definizione: ora di arrivo del paziente in Pronto Soccorso. Formato: HHMM Posizione: 152-155 Lunghezza: 4</p>
<p>3_4_2 GLASGOW COMA SCALE OCCHI Definizione: se il paziente non è intubato, sedato o curarizzato indicare il GCS all'arrivo; se il paziente viene intubato, sedato o curarizzato in PS/shock room indicare il GCS peggiore pre-intubazione valutato dopo l'arrivo in Ospedale. Quando invece non vi sia nessuna possibilità o non vi sia l'indicazione di una valutazione naturale del livello di coscienza, allora è necessario comunque riportare il valore di GCS misurato. In questo caso la ridotta qualità del dato sarà segnalata dal campo 3_18_2. VEDI CAMPO 2_12 Formato: N Posizione: 156 Lunghezza: 1 Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 4 (vedi campo 2_12) VEDI CAMPO 2_12 Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, del RTS e del TRISS.</p>
<p>3_5_2 GLASGOW COMA SCALE VERBALE Definizione: se il paziente non è intubato, sedato o curarizzato indicare il GCS all'arrivo; se il paziente viene intubato, sedato o curarizzato in PS/shock room indicare il GCS peggiore pre-intubazione valutato dopo l'arrivo in Ospedale. Quando invece non vi sia nessuna possibilità o non vi sia l'indicazione di una valutazione naturale del livello di coscienza, allora è necessario comunque riportare il valore di GCS misurato. In questo caso la ridotta qualità del dato sarà segnalata dal campo 3_18_2. VEDI CAMPO 2_12 Formato: N Posizione: 157 Lunghezza: 1 Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 5 (vedi campo 2_13) Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, del RTS e del TRISS.</p>
<p>3_6_2 GLASGOW COMA SCALE MOTORIO Definizione: se il paziente non è intubato, sedato o curarizzato indicare il GCS all'arrivo; se il paziente viene intubato, sedato o curarizzato in PS/shock room indicare il GCS peggiore pre-intubazione valutato dopo l'arrivo in Ospedale. Quando invece non vi sia nessuna possibilità o non vi sia l'indicazione di una valutazione naturale del livello di</p>

<p>coscienza, allora è necessario comunque riportare il valore di GCS misurato. In questo caso la ridotta qualità del dato sarà segnalata dal campo 3_18_2.</p> <p>VEDI CAMPO 2_12</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 158</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6 (vedi campo 2_14)</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, del RTS e del TRISS.</p>
<p>3_7_2 PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA</p> <p>Definizione: rileva la prima misurazione della pressione sistolica (in mmHg) in fase preospedaliera. Riportare il valore riscontrato appena approcciato il paziente, prima di qualsiasi trattamento. Nel paziente con arresto cardiaco va riportato il valore "0".</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 159-161</p> <p>Lunghezza: 3</p> <p>Codifica: VALORI INTERI</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS.</p>
<p>3_7_1_2 PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA IN CLASSI</p> <p>Nelle condizioni nel quale non sia disponibile un valore puntuale della pressione arteriosa riportare i valori intervallo o qualitativi.</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 162</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica:</p> <p>0=pressione arteriosa 0 ("nessuna pulsazione carotidea")</p> <p>1=pressione arteriosa nel range 1-49 ("percepibile solo polso carotideo")</p> <p>2=pressione arteriosa nel range 50-75 ("percepibile solo polso femorale ")</p> <p>3= pressione arteriosa nel range 76-89 ("polso radiale debole")</p> <p>4=pressione arteriosa >89 ("buon polso radiale")</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS.</p>
<p>3_8_2 FREQUENZA RESPIRATORIA</p> <p>Definizione: rileva la prima misurazione della frequenza respiratoria in fase preospedaliera (espressa come numero di atti respiratori per minuto). Riportare il valore riscontrato appena approcciato il paziente, prima di qualsiasi trattamento.</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 163-165</p> <p>Lunghezza: 3</p> <p>Codifica: VALORI INTERI</p> <p>Se il paziente è ventilato codificare 999</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS.</p>
<p>3_8_1_2 FREQUENZA RESPIRATORIA IN CLASSI.</p> <p>Riportare i valori intervallo o qualitativi</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 166</p> <p>Lunghezza: 1:</p> <p>Codifica:</p> <p>0 = frequenza respiratoria 0 ("arresto ventilatorio")</p> <p>1 = frequenza respiratoria nel range 1-5 ("gasping"),</p> <p>2 = frequenza respiratoria nel range 6-9 ("bradipnea")</p> <p>3 = frequenza respiratoria nel range 10-29 ("respiro normale")</p> <p>4 = frequenza respiratoria nel range >29 ("tachipnea")</p> <p>5='Paziente ventilato'</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del RTS e del TRISS</p>

<p>3_9_2 PUPILLE Definizione: VEDI CAMPO 2_17 Formato: C Posizione: 167 Lunghezza: 1 Codifica: 1=ENTRAMBE FOTOREAGENTI 2=UNILATERALMENTE DILATATA AREATTIVA 3=ENTRAMBE DILATATE AREATTIVE</p>
<p>3_10_2 SATURAZIONE PERIFERICA OSSIGENO Definizione: rileva la misurazione della saturazione periferica di ossigeno in Pronto Soccorso. Riportare il primo valore riscontrato in Pronto Soccorso . Formato: N Posizione: 168-170 Lunghezza: 3 Codifica: espresso in valore percentuale da 0 a 100</p>
<p>3_11_2 INTUBAZIONE Definizione: indica il posizionamento di una via aerea definitiva (tubo endotracheale o cricotirotomia). Formato: C Posizione: 171 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO Indicare 1=SI se il paziente viene intubato o re-intubato (per malposizionamento, estubazione fallita, estubazione accidentale) in PS, indicare 0=NO se il paziente non viene intubato in PS o se è stato intubato in fase preospedaliera</p>
<p>3_12_2 DRENAGGIO PLEURICO Definizione: indica il posizionamento di qualsiasi dispositivo o manovra di decompressione pleurica di pneumotorace (drenaggio pleurico, agocanula, minitoracotomia) o sostituito un drenaggio posizionato dal 118. Formato: C Posizione: 172 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO Indicare 1=SI sia se viene posizionato un primo drenaggio pleurico in PS o se ne viene posizionato uno aggiuntivo, indicare 0=NO se non viene posizionato alcun drenaggio pleurico e se era stato posizionato in fase preospedaliera</p>
<p>3_13_2 PaCO2 Definizione: pressione parziale arteriosa di CO2 (dati non T° corretti). E' da registrare il primo valore disponibile, possibilmente prima di un'eventuale intubazione o di un riassetto della ventilazione dopo il trasporto, Formato: N Posizione: 173-175 Lunghezza: 3 Codifica: da 0 a 120</p>
<p>3_14_2 BE Definizione: Base Excess (BE) misura in valore assoluto lo scostamento dall'equilibrio metabolico del paziente, Il "BE" può avere un valore positivo o negativo (definito "base deficit"). Quest'ultimo si riscontra più frequentemente nei pazienti traumatizzati con alterazione della perfusione ed è una misura dell'acidosi metabolica basata sulla quantità di basi che dovrebbero essere aggiunte per unità di volume di sangue per raggiungere un pH normale di 7.40 Formato: N Posizione: 176-178 Lunghezza: 3 Codifica: da -20 a +20</p>

<p>3_15_2 USO TELECONSULTO Definizione: Indica l'uso del trasferimento di immagini per parere specialistico Formato: C Posizione: 179 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>3_15_1_2 PRINCIPALE MOTIVAZIONE DELL'USO DEL TELECONSULTO (Ai fini del trasferimento) Campo condizionale: se 3_15_1_2=1 specificare Definizione: Indica il principale distretto anatomico per il quale è stato richiesto il teleconsulto Formato: C Posizione: 180 Lunghezza: 1 Codifica: 1=TESTA-COLLO 2=FACCIA 3=TORACE 4=ADDOME 5=PELVI 6=RACHIDE 7=ARTI 8=SUPERFICIE ESTERNA 9=ALTRO</p>
<p>3_18_2 SEDAZIONE/CURARIZZAZIONE: Definizione: E' presente sedazione e/o curarizzazione durante la valutazione GCS. La presenza di questi farmaci deve essere tale da condizionare negativamente la valutabilità neurologica: Formato: C Posizione: 181 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>3_19_2 INR: 'International Normalized Ratio' Definizione: Il primo INR disponibile entro la prima ora dall'arrivo al PS. Misura della via estrinseca della coagulazione. Formato: N Posizione: 182-184 Lunghezza: 3 Codifica: Valori possibili 0-9.9 INR=PT test/PT norm/PT=Protombin time (tempo di protombina) VN:12-15 sec</p>

DIMISSIONE/ESITO DAL PS 2**3_16_2 ESITO PS**

Definizione: si riferisce al destino del paziente dopo il trattamento in PS. Nel caso di transito in due PS riferirsi al secondo PS altrimenti all'unico PS di accesso. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: C

Posizione: 185

Lunghezza: 1

Codifica:

1=DECEDUTO IN PS

2=RICOVERO

3=TRASFERITO AD ALTRO OSPEDALE

Indicare la codifica 2=RICOVERO se il paziente viene ricoverato nello stesso ospedale sede del PS al quale è giunto.

Se l'esito 1=DECEDUTO IN PS specificare la data e l'ora di morte nei campi 6_2:data del decesso e 6_3:ora del decesso

1_8_2 PRIMO REPARTO DI RICOVERO

Campo condizionale: Se 3_16=2

Definizione: individua il reparto di primo ricovero. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale. Questo reparto può non coincidere con il reparto di ricovero a più alta intensità (vedi sezione cinque).

Formato: C

Posizione: 186-188

Lunghezza: 3

Codifica: corrisponde al codice identificativo della disciplina di ammissione (Tab.2)

1_8_2a DATA DI ARRIVO AL PRIMO REPARTO DI RICOVERO

Campo condizionale: Se 3_16=2

Da compilare sempre anche se coincide con il reparto a più alta intensità di cura (quello della sezione "RICOVERO", sezione 5)

Definizione: data di arrivo del paziente nel primo reparto.

Formato: GMMMAAAA

Posizione: 189-196

Lunghezza: 8

1_8_2b ORA DI ARRIVO AL PRIMO REPARTO DI RICOVERO

Campo condizionale: Se 3_16=2

Da compilare sempre anche se coincide con il reparto a più alta intensità di cura (quello della sezione "RICOVERO", sezione 5).

Definizione: ora di arrivo del paziente nel primo reparto.

Formato: HHMM

Posizione: 197-200

Lunghezza: 4

3_17_2 ALTA SPECIALITA'

Campo condizionale se PERCORSO DEL PAZIENTE ='C','F','J'

Definizione: descrive la presenza nell'ospedale di destinazione di un'alta specialità fra quelle in elenco che giustifica il trasferimento.

Formato: C

Posizione: 201-202

Lunghezza: 2

Codifica:

1=NEUROCHIRURGIA

2=CARDIOCHIRURGIA

3=MAXILLOFACCIALE

4=USTIONI

5=ALTRO

6=ORTOPEDIA

7=RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

8=CHIRURGIA D'URGENZA

<p>3_20_2 STABILIZZAZIONE BE: STABILIZZAZIONE ENTRO 24 HR</p> <p>Definizione: Si interessa delle prime 24 ore dall'arrivo nel primo ospedale. Deve essere riferito alla prima rilevazione in ospedale. Se il paziente arriva nel primo o unico PS e il suo BE è stabile il campo (ovvero compreso fra -3 e +3) deve essere compilato: "non applicabile".</p> <p>Se nel primo o unico PS il paziente è instabile e successivamente si stabilizza compilare: SI</p> <p>Riportare data e ora della stabilizzazione. Se nel primo o unico PS il paziente è instabile e successivamente non si stabilizza entro 24 ore compilare: NO</p> <p>Formato: C</p> <p>Posizione: 203</p> <p>Lunghezza:1</p> <p>Codifica:</p> <p>1=SI</p> <p>0=NO</p> <p>2=NON APPLICABILE</p>
<p>3_21_2 DATA DI RIENTRO BE (ENTRO I LIMITI -3 e +3)</p> <p>Definizione:Si applica solo se il valore iniziale di BE era inferiore (più negativo) a -3 entro 24 hr dall'arrivo nell'ospedale.</p> <p>Se il BE è già stabile (fra -3 e +3) alla prima valutazione, il campo non si compila e/o alle successive</p> <p>Formato: GGMMAAAA</p> <p>Posizione: 204-211</p> <p>Lunghezza: 8</p>
<p>3_22_2 ORA DI RIENTRO BE ENTRO (ENTRO I LIMITI -3 e +3)</p> <p>Definizione:Si applica solo se il valore iniziale di BE era inferiore (più negativo) a -3 dall'arrivo nell'ospedale.</p> <p>Se il BE è già stabile (fra -3 e +3) alla prima valutazione, il campo non si compila.</p> <p>Formato: HHMM</p> <p>Posizione: 212-215</p> <p>Lunghezza: 4</p>

Sezione 4: DIAGNOSTICA STRUMENTALE E TERAPIA

Se il paziente effettua una TC Total Body compilare TC cranio, TC rachide cervicale, TC torace e/o addome .

4_1 TC CRANIO

Definizione: diagnostica

Formato: C

Posizione: 216

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

4_2 DATA TC CRANIO

Definizione: Data di esecuzione della prima TAC cranio. La data di esecuzione da stampa su lastra TC o PACS

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 217-224

Lunghezza: 8

4_3 ORA TC CRANIO

Definizione: Ora di esecuzione della prima TAC cranio. L'ora di esecuzione da stampa su lastra TC o PACS

Formato: HHMM

Posizione: 225-228

Lunghezza: 4

4_4 TC RACHIDE CERVICALE

Definizione: diagnostica

Formato: C

Posizione: 229

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

4_5 TC TORACE E/O ADDOME (comprende la ricostruzione del rachide dorso-lombare)

Definizione: diagnostica

Formato: C

Posizione: 230

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

4_6 DATA TC TORACE E/O ADDOME

Definizione: Data di esecuzione della prima TAC torace e/o addome. La data di esecuzione da stampa su lastra TC o PACS

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 231-238

Lunghezza: 8

4_7 ORA TC TORACE E/O ADDOME

Definizione: Data di esecuzione della prima TAC torace e/o addome. L'ora di esecuzione da stampa su lastra TC o PACS

Formato: HHMM

Posizione: 239-242

Lunghezza: 4

4_8 MARSHALL 1a TAC

Definizione: INQUADRAMENTO TAC. La prima TAC eseguita dal momento del trauma. Per i centri che ricevono il paziente in seconda battuta, dopo una prima TAC eseguita in altro ospedale, la prima TAC è quella del primo ospedale, non quella dell'ospedale HUB).

Formato: C

Posizione: 243

Lunghezza: 1

Codifica:

1=Tac negative

2=Lesione diffusa tipo II

3=Swelling

4=Swelling e shift

5=Massa evacuata

6=Massa non evacuata

La scala di Marshall segue una progressione ordinale della gravità che consiste in:

grado 1: danno diffuso di tipo 1

la TAC è negativa

grado 2: danno diffuso di tipo 2

le cisterne non sono compresse, la massa non è superiore a 25 ml, lo shift può essere presente (maggiore di 0 mm) non è maggiore di 5 mm.

La TAC è tuttavia positiva o per ESA traumatica (tSAH) o per petecchie o per contusioni multiple non maggiori di 25 ml e non evacuati o per ematomi sottodurali (SDH) o extradurali (EDH) non maggiori di 25 ml e non evacuati

grado 3: danno diffuso di tipo 3

le cisterne sono compresse, non esistono masse >25 ml e non esistono masse evacuate o che si intendano evacuare

grado 4: danno diffuso di tipo 4

esiste uno shift >5 mm in assenza di masse >25 ml e non esistono masse evacuate o che si intendano evacuare

grado 5: massa evacuata

qualsiasi massa evacuata o che si intende evacuare

grado 6: massa non evacuata

qualsiasi massa >25 ml che non venga evacuata

4_9 Tipo di Massa principale alla 1a TAC

Definizione: INQUADRAMENTO TAC In presenza di lesioni multiple deve essere scelta la lesione di volume maggiore o quella che ha condizionato il quadro clinico.

Formato: C

Posizione: 244

Lunghezza: 1

Codifica:

1=EDH

2=SDH

3=CONTUSIONE

4=EMATOMA INTRAPARENCHIMALE

5=PETECCHIA

In presenza di lesioni multiple deve essere scelta la lesione di volume maggiore.

L'ematoma intraparenchimale è un vero e proprio ematoma. Domina la quota centrale emorragica ed è di grandi dimensioni. Come la contusione è dentro il parenchima cerebrale

4_9_1 tSAH ALLA 1a TAC

Definizione: Presenza di emorragia subaracnoidea, sia essa diffusa, a spessore spesso o sottile, sul tentorio, interpeduncolare, sulla volta, emisferica, scissurale.

Formato: C

Posizione: 245

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

4_10 MARSHALL WORST TAC

Definizione: VEDI CAMPO 4_8 La TAC peggiore è quella che, nelle prime 24-48 ore ha condizionato la prognosi.

Usualmente il peggioramento di una TAC consiste nel

1) passaggio da una TAC negativa ad una TAC positiva,

2) da una TAC con tSAH ad una TAC con massa,

3) l'evoluzione in uno swelling.

In alcuni casi possono coincidere nel peggioramento la presenza di una massa e di un rigonfiamento. Nella convenzione

<p>si da la preferenza, nella classificazione, alla massa.</p> <p>Formato: C</p> <p>Posizione: 246</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica:</p> <p>1=Tac negativa</p> <p>2=Lesione diffusa tipo II</p> <p>3=Swelling</p> <p>4=Swelling e shift</p> <p>5=Massa evacuata</p> <p>6=Massa non evacuata</p>
<p>4_11 TIPO DI MASSA PRINCIPALE ALLA WORST TAC</p> <p>Definizione: VEDI CAMPO 4_8</p> <p>Formato: C</p> <p>Posizione: 247</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica:</p> <p>1=EDH</p> <p>2=SDH</p> <p>3=CONTUSIONE</p> <p>4=EMATOMA INTRAPARENCHIMALE</p> <p>5=PETECCHIA</p>
<p>4_12 Angiografia (diagnostica)</p> <p>Definizione: altra diagnostica (eseguita entro 24h dall'arrivo in PS)</p> <p>Formato: C</p> <p>Posizione: 248</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica:</p> <p>1=SI</p> <p>0=NO</p> <p>Se l'angiografia è anche terapeutica, codificarla anche negli interventi chirurgici (dal CAMPO 5_27 al 5_45)</p>
<p>4_13 ML DI SANGUE TRASFUSE NELLE PRIME 24h DALL'AMMISSIONE IN PS</p> <p>Definizione: terapia (eseguita entro 24h dall'arrivo in PS)</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 249-253</p> <p>Lunghezza:5</p> <p>Codifica: VALORI INTERI</p>
<p>4_14 ML DI PLASMA TRASFUSE NELLE PRIME 24h DALL'AMMISSIONE IN PS</p> <p>Definizione: terapia (eseguita entro 24h dall'arrivo in PS)</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 254-258</p> <p>Lunghezza: 5</p> <p>Codifica: VALORI INTERI</p>

Sezione 5: RICOVERO**5_0 REPARTO DI RICOVERO PIU' COMPLESSO**

A scopo esemplificativo, immaginando la presenza di multipli transiti in reparti diversi si può immaginare che l'ordine decrescente di complessità sia questo:

Rianimazione (TI)/Terapia semi-intensiva/Medicina d'urgenza/Altro reparto

Codificare i Centri grandi ustionati come terapia intensiva.

Formato:C

Posizione: 259

Lunghezza:1

Codifica:

1=RIANIMAZIONE (TI)

2=TERAPIA SEMI-INTENSIVA

3=MEDICINA D'URGENZA

4=ALTRO REPARTO

5_1 DATA DI ARRIVO NEL REPARTO PIU' COMPLESSO

Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 260-267

Lunghezza: 8

5_2 ORA DI ARRIVO NEL REPARTO PIU' COMPLESSO

Formato: HHMM

Posizione: 268-271

Lunghezza: 4

5_3_2 SEDAZIONE/CURARIZZAZIONE

Definizione:E' presente sedazione e/o curarizzazione durante la valutazione GCS. La presenza di questi farmaci deve essere tale da condizionare negativamente la valutabilità neurologica:

Formato: C

Posizione: 272

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

5_3 GLASGOW COMA SCALE OCCHI POST STABILIZZAZIONE

Definizione: descrivere la prima valutazione attendibile entro le prime 48 ore; quando il paziente è giunto in reparto, i parametri emodinamici si sono stabilizzati, il paziente è stato riscaldato, l'analgesia è stata controllata, le emergenze neurochirurgiche sono state risolte è necessario eseguire una "finestra neurologica", ovvero un esame neurologico elementare diretto alla raccolta del GCS.

La valutazione deve essere condotta riducendo al minimo compatibile le interferenze farmacologiche. Questa valutazione è affidata al buon senso dell'esaminatore, essendo difficilmente predicibili le farmacocinetiche dei farmaci sedativi e analgesici in questi pazienti e la loro relativa influenza sul quadro neurologico.

Nel caso in cui non sia possibile o indicato effettuare una "finestra neurologica" descrivere lo stato neurologico rilevato del paziente.

Quando invece non vi sia nessuna possibilità o non vi sia l'indicazione di una valutazione naturale del livello di coscienza, allora è necessario comunque riportare il valore di GCS misurato. In questo caso la ridotta qualità del dato sarà segnalata dal campo 5_3_2.

VEDI CAMPO 2_12

Formato: N

Posizione: 273

Lunghezza: 1

Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 4 (vedi campo 2_12)

Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, del RTS e del TRISS.

<p>5_4 GLASGOW COMA SCALE VERBALE POST STABILIZZAZIONE</p> <p>Definizione: Descrivere la prima valutazione clinica attendibile entro 48h. quando il paziente è giunto in reparto, i parametri emodinamici si sono stabilizzati, il paziente è stato riscaldato, l'analgesia è stata controllata, le emergenze neurochirurgiche sono state risolte è necessario eseguire una "finestra neurologica", ovvero un esame neurologico elementare diretto alla raccolta del GCS.</p> <p>La valutazione deve essere condotta riducendo al minimo compatibile le interferenze farmacologiche. Questa valutazione è affidata al buon senso dell'esaminatore, essendo difficilmente predicibili le farmacocinetiche dei farmaci sedativi e analgesici in questi pazienti e la loro relativa influenza sul quadro neurologico.</p> <p>Nel caso in cui non sia possibile o indicato effettuare una "finestra neurologica" descrivere lo stato neurologico rilevato del paziente.</p> <p>Quando invece non vi sia nessuna possibilità o non vi sia l'indicazione di una valutazione naturale del livello di coscienza, allora è necessario comunque riportare il valore di GCS misurato. In questo caso la ridotta qualità del dato sarà segnalata dal campo 5_3_2.</p> <p>VEDI CAMPO 2_12</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 274</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 5 (vedi campo 2_13)</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score, del RTS e del TRISS.</p>
<p>5_5 GLASGOW COMA SCALE MOTORIO POST STABILIZZAZIONE</p> <p>Definizione: Descrivere la prima valutazione clinica attendibile entro 48h; quando il paziente è giunto in reparto, i parametri emodinamici si sono stabilizzati, il paziente è stato riscaldato, l'analgesia è stata controllata, le emergenze neurochirurgiche sono state risolte è necessario eseguire una "finestra neurologica", ovvero un esame neurologico elementare diretto alla raccolta del GCS.</p> <p>La valutazione deve essere condotta riducendo al minimo compatibile le interferenze farmacologiche. Questa valutazione è affidata al buon senso dell'esaminatore, essendo difficilmente predicibili le farmacocinetiche dei farmaci sedativi e analgesici in questi pazienti e la loro relativa influenza sul quadro neurologico.</p> <p>Nel caso in cui non sia possibile o indicato effettuare una "finestra neurologica" descrivere lo stato neurologico rilevato del paziente.</p> <p>Quando invece non vi sia nessuna possibilità o non vi sia l'indicazione di una valutazione naturale del livello di coscienza, allora è necessario comunque riportare il valore di GCS misurato. In questo caso la ridotta qualità del dato sarà segnalata dal campo 5_3_2.</p> <p>VEDI CAMPO 2_12</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 275</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6 (vedi campo 2_14)</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del Coma Score,</p>
<p>5_6 PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA IN mmHg</p> <p>Definizione: rileva la prima misurazione della pressione sistolica in Reparto</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 276-278</p> <p>Lunghezza: 3</p> <p>Codifica: VALORI INTERI DA 0 A 300</p>
<p>5_7 FREQUENZA RESPIRATORIA</p> <p>Definizione: rileva la prima misurazione della frequenza respiratoria in Reparto. Indicare 999 per i pazienti ventilati</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 279-281</p> <p>Lunghezza: 3</p> <p>Se il paziente è ventilato codificare 999</p> <p>Codifica: VALORI INTERI DA 0 A 100</p>
<p>5_8 SATURAZIONE PERIFERICA OSSIGENO</p> <p>Definizione: rileva la prima misurazione della saturazione periferica di ossigeno in Reparto.</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 282-284</p> <p>Lunghezza: 3</p> <p>Codifica: espresso in valore percentuale da 0 a 100</p>

<p>5_9 INTUBAZIONE</p> <p>Definizione: indica il posizionamento di una via aerea definitiva (tubo endotracheale o cricotirotonomia). Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.</p> <p>Formato: C</p> <p>Posizione: 285</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica:</p> <p>1=SI</p> <p>0=NO</p> <p>Indicare 1=SI se il paziente viene intubato o re-intubato (per malposizionamento, estubazione fallita, estubazione accidentale) in Reparto in qualsiasi momento del ricovero, indicare 0=NO se il paziente non viene intubato e se è stato intubato in fase preospedaliera o in PS.</p> <p>Se il paziente viene intubato in sala operatoria e poi resta intubato segnare 'SI'.</p> <p>Se il paziente viene intubato solo per l'intervento chirurgico segnare 'NO'.</p>
<p>5_10 DRENAGGIO PLEURICO</p> <p>Definizione: indica il posizionamento di qualsiasi dispositivo o manovra di decompressione pleurica di pneumotorace (drenaggio pleurico, agocanula, minitoracotomia).</p> <p>Formato: C</p> <p>Posizione: 286</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica:</p> <p>1=SI</p> <p>0=NO</p> <p>Indicare 1=SI se viene posizionato un nuovo drenaggio pleurico in Reparto o se ne viene posizionato uno aggiuntivo, indicare 0=NO se non viene posizionato alcun drenaggio pleurico e se era stato posizionato in fase preospedaliera o in PS</p>
<p>5_11 PaCO2</p> <p>Definizione: pressione parziale arteriosa di CO2 (dati non T° corretti). Da registrare immediatamente all'arrivo in reparto</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 287-289</p> <p>Lunghezza: 3</p> <p>Codifica: da 0 A 120</p>
<p>5_12 BE</p> <p>Definizione: VEDI CAMPO 3_14. Da registrare immediatamente all'arrivo in reparto</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 290-292</p> <p>Lunghezza: 3</p> <p>Codifica: da -20 a +20</p>
<p>5_13 PUPILLE</p> <p>Definizione: VEDI CAMPO 2_17. Da registrare immediatamente all'arrivo in reparto.</p> <p>Formato: C</p> <p>Posizione: 293</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica:</p> <p>1=ENTRAMBE FOTOREAGENTI</p> <p>2=UNILATERALMENTE DILATATA AREATTIVA</p> <p>3=ENTRAMBE DILATATE AREATTIVE</p>

Sezione 6: SEVERITÀ' DEL TRAUMA
<p>5_14 ISS (INJURY SEVERITY SCORE)</p> <p>Definizione: ISS fornisce uno score globale di gravità da lesione anatomica. Ad ogni lesione è assegnato un punteggio secondo la codifica AIS (come da campi successivi da 5_15 a 5_20) per ognuna delle sei regioni del corpo. Vengono pertanto presi in esame al massimo i tre distretti lesionati con punteggio più alto: La somma del quadrato di ciascun valore di AIS selezionato darà l'ISS. La compilazione del punteggio andrà eseguita dopo il completamento delle indagini clinico-diagnostiche e/o autoptiche (quando necessarie) miranti ad identificare tutte le lesioni anatomiche rilevanti (originate dal traumatismo primario) in termini di morbilità e/o mortalità. Non andranno invece prese in esame le complicanze insorte durante la degenza non connesse direttamente con il traumatismo primario (Es.:ematoma intracranico da risanguinamento postneurochirurgico con lesione più severa della primitiva).</p> <p>Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 294-295</p> <p>Lunghezza: 2</p> <p>Codifica: campo calcolato (campi dal 5_14 al 5_20)</p> <p>VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 75</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo del TRISS.</p>
<p>5_14_1 NISS (NEW INJURY SEVERITY SCORE)</p> <p>Definizione: Score di gravità anatomica derivato dall'ISS.</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 296-297</p> <p>Lunghezza: 2</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 75</p> <p>Si prendono i tre valori maggiori di AIS evidenziati, indipendentemente dal distretto anatomico, si eleva ciascuno al quadrato e si sommano i valori risultanti.</p>
<p>5_15 AIS (testa-collo)</p> <p>Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto. Per le lesioni funzionali che prevedano valutazione di perdita di coscienza maggiore di 24-48 h (Es.: danno assonale diffuso con quadro TC con piccole petecchie bilaterali e profonde con coma protratto) attendere per codificare almeno 48h dall'ammissione.</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 298</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.</p>
<p>5_16 AIS (faccia)</p> <p>Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 299</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.</p>
<p>5_17 AIS (torace)</p> <p>Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 300</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.</p>
<p>5_18 AIS (addome)</p> <p>Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto</p> <p>Formato: N</p> <p>Posizione: 301</p> <p>Lunghezza: 1</p> <p>Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6</p> <p>Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.</p>

<p>5_19 AIS (arti) Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto Formato: N Posizione: 302 Lunghezza: 1 Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6 Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.</p>
<p>5_20 AIS (superficie esterna) Definizione: indicare il valore peggiore di AIS tra le lesioni selezionate del distretto Formato: N Posizione: 303 Lunghezza: 1 Codifica: VALORI AMMISSIBILI DA 1 A 6 Uso: parametro inserito nel calcolo dell'ISS.</p>
<p>5_21 COMORBIDITY (APACHE -Acute Physiology And Chronic Health Enquiry- CRONICO) Definizione: indice di comorbidità Formato: C Posizione: 304 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SANO 2=PAATOLOGIA MINORE 3=PAATOLOGIA SERIA 4=PAATOLOGIA INVALIDANTE 5=NON NOTO Definire 1. SANO il paziente senza comorbidità associate, 2. PAATOLOGIA MINORE il paziente che presenta una malattia sistemica lieve, 3. PAATOLOGIA SERIA il paziente con una malattia sistemica severa che limita l'attività ma non invalidante, 4. PAATOLOGIA INVALIDANTE il paziente con una malattia sistemica che lo pone in costante rischio di vita.</p>

Sezione 7: MONITORAGGIO PROCEDURE
<p>5_22 PRESSIONE INTRA CRANICA (ICP) Definizione: identifica il posizionamento di trasduttore per la misurazione della pressione intracranica (indipendentemente dal tipo di trasduttore e dalla sede di posizionamento). Formato: C Posizione: 305 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>5_23 DATA ICP Definizione: data di rilevazione della ICP Formato: GGMMAAAA Posizione: 306-313 Lunghezza: 8</p>
<p>5_24 ORA ICP Definizione: ora di rilevazione della ICP Formato: HHMM Posizione: 314-317 Lunghezza: 4</p>
<p>5_46 VENTILAZIONE DURANTE IL RICOVERO Definizione:Qualsiasi periodo di ventilazione artificiale invasiva (con tubo tracheale o tracheostomica) durante il ricovero. Sono compresi i periodi di ventilazione con CPAP sempre nel contesto di un periodo di weaning dalla ventilazione meccanica e quindi in presenza di tracheotomia. Formato: C Posizione: 318 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>5_47 TRASFERIMENTO DI PAZIENTE IN VENTILAZIONE MECCANICA Definizione: Specificare 'SI' solo se trasferito con ventilazione meccanica invasiva Formato: C Posizione: 319 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>5_48 NUMERO DI GIORNATE DI VENTILAZIONE MECCANICA Definizione: il numero totale di giornate in ventilazione, includendo anche periodi frazionati; (frazioni di giorno sono da considerare un giorno) Anche qui come prima; specificherei invasiva o invasiva e non invasiva Formato: N Posizione: 320-322 Lunghezza: 3</p>
<p>5_25 TRACHEOSTOMIA Definizione: identifica l'esecuzione di tracheostomia temporanea (con qualsiasi tecnica). Formato: C Posizione: 323 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>5_26 DATA TRACHEOSTOMIA Definizione: data tracheostomia Formato: GGMMAAAA Posizione: 324-331 Lunghezza: 8</p>

<p>5_27 INTERVENTI CHIRURGICI (anche oltre 7gg dal trauma) Definizione: interventi chirurgici eseguiti. Formato: C Posizione: 332 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO Indicare 1=SI se sono stati effettuati interventi chirurgici, comprese le angiografie terapeutiche ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP; 0=NO se non sono stati effettuati interventi chirurgici.</p>
<p>5_28 1° INTERVENTO Campo condizionale: se 5_27=1 specificare: Definizione: 1° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale Formato: C Posizione: 333-337 Lunghezza: 5 Codifica: utilizzare la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab. 3).</p>
<p>5_49 DAMAGE CONTROL (1° intervento) : Definizione: Procedure chirurgiche salva vita finalizzate a stabilizzare <u>in breve tempo</u> lesioni anatomiche potenzialmente letali o ad alta morbilità, in vista di un successivo o successivi interventi definitivi quando le condizioni generali del paziente siano state riportate ad un livello di stabilità. Formato: C Posizione: 338 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>5_29 DATA 1° INTERVENTO CHIRURGICO Definizione: data di inizio primo intervento chirurgico Formato: GGMMAAAA Posizione: 339-346 Lunghezza: 8</p>
<p>5_30 ORA 1° INTERVENTO CHIRURGICO Definizione: ora di inizio primo intervento chirurgico Formato: HHMM Posizione: 347-350 Lunghezza: 4</p>
<p>5_31 2° INTERVENTO Campo condizionale: se 5_27=1 specificare: Definizione: 2° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale Formato: C Posizione: 351-355 Lunghezza: 5 Codifica: utilizzare la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab.3).</p>
<p>5_50 DAMAGE CONTROL (2° intervento) : Definizione: Procedure chirurgiche salva vita finalizzate a stabilizzare <u>in breve tempo</u> lesioni anatomiche potenzialmente letali o ad alta morbilità, in vista di un successivo o successivi interventi definitivi quando le condizioni generali del paziente siano state riportate ad un livello di stabilità. Formato: C Posizione: 356 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>

<p>5_32 DATA 2° INTERVENTO CHIURURGICO Definizione: data del secondo intervento chirurgico Formato: GGMMAAAA Posizione: 357-364 Lunghezza: 8</p>
<p>5_33 3° INTERVENTO Campo condizionale: se 5_27=1 specificare: Definizione: 3° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale Formato: C Posizione: 365-369 Lunghezza: 5 Codifica: utilizzare la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP. VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab. 3).</p>
<p>5_51 DAMAGE CONTROL (3° intervento) : Definizione: Procedure chirurgiche salva vita finalizzate a stabilizzare <u>in breve tempo</u> lesioni anatomiche potenzialmente letali o ad alta morbilità, in vista di un successivo o successivi interventi definitivi quando le condizioni generali del paziente siano state riportate ad un livello di stabilità. Formato: C Posizione: 370 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>5_34 DATA 3° INTERVENTO CHIRURGICO Definizione: data del terzo intervento chirurgico Formato: GGMMAAAA Posizione: 371-378 Lunghezza: 8</p>
<p>5_35 4° INTERVENTO Campo condizionale: se 5_27=1 specificare: Definizione: 4° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale Formato: C Posizione: 379-383 Lunghezza: 5 Codifica: utilizzare la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP. VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab. 3).</p>
<p>5_36 DATA 4° INTERVENTO CHIRURGICO Definizione: data del quarto intervento chirurgico Formato: GGMMAAAA Posizione: 384-391 Lunghezza: 8</p>
<p>5_37 5° INTERVENTO Campo condizionale: se 5_27=1 specificare: Definizione: 5° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale Formato: C Posizione: 392-396 Lunghezza: 5 Codifica: utilizzare la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP. VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab. 3).</p>
<p>5_38 DATA 5° INTERVENTO CHIRURGICO Definizione: data del quinto intervento chirurgico Formato: GGMMAAAA Posizione: 397-404 Lunghezza: 8</p>

<p>5_39 6° INTERVENTO Campo condizionale: se 5_27=1 specificare: Definizione: 6° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale Formato: C Posizione: 405-409 Lunghezza: 5 Codifica: utilizzare la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP. VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab. 3).</p>
<p>5_40 DATA 6° INTERVENTO CHIRURGICO Definizione: data del sesto intervento chirurgico Formato: GGMMAAAA Posizione: 410-417 Lunghezza: 8</p>
<p>5_41 7° INTERVENTO Campo condizionale: se 5_27=1 specificare: Definizione: 7° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale Formato: C Posizione: 418-422 Lunghezza: 5 Codifica: utilizzare la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP. VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab. 3).</p>
<p>5_42 DATA 7° INTERVENTO CHIRURGICO Definizione: data del settimo intervento chirurgico Formato: GGMMAAAA Posizione: 423-430 Lunghezza: 8</p>
<p>5_43 8° INTERVENTO Campo condizionale: se 5_27=1 specificare: Definizione: 8° intervento chirurgico effettuato in ordine temporale Formato: C Posizione: 431-435 Lunghezza: 5 Codifica: utilizzare la codifica ICD9CM, comprese le angiografie terapeutiche (embolizzazioni) ed escluse la tracheotomia e la misurazione della ICP. VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab. 3).</p>
<p>5_44 DATA 8° INTERVENTO CHIRURGICO Definizione: data del settimo intervento chirurgico Formato: GGMMAAAA Posizione: 436-443 Lunghezza: 8</p>
<p>5_45 ALTRI INTERVENTI Definizione: Campo condizionale se 5_27 INTERVENTI CHIRURGICI=1 Formato: C Posizione: 444-448 Lunghezza: 5 Codifica: VEDI ALLEGATO PER LA CODIFICA. (Tab. 3).</p>

Sezione 8: ESITO DAL REPARTO A PIÙ ALTA COMPLESSITÀ DI CURA**6_1 MODALITÀ DIMISSIONE/ESITO**

Definizione: identifica la modalità di dimissione del paziente dal reparto a più alta complessità di cura. Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale. Indicare 10 nei casi in cui il paziente decede in fase acuta prima che arrivi fisicamente nel reparto di ricovero definitivo (ad esempio in sala operatoria o durante la diagnostica)

Formato: C

Posizione: 449-450

Lunghezza: 2

Codifica:

1=DECEDUTO DOPO AMMISSIONE IN REPARTO

2=ORDINARIA A DOMICILIO

3=PROTETTA C/O STRUTTURE EXTRAOSPED.

4=PROTETTA A DOMICILIO

5=VOLONTARIA

6=TRASF. AD ISTITUTO PER ACUTI

7=TRASF. ALTRO REGIME DI RICOVERO

8=TRASF. AD ISTITUTO RIABILITAZ.

9=PROTETTA CON ATTIVAZIONE A.D.I.

T= TRASFERITO AD ALTRO REPARTO (STESSO OSPEDALE)

10=DECEDUTO IN CARICO AL REPARTO DI MAGGIORE COMPLESSITÀ , MA PRIMA DELLA AMMISSIONE IN REPARTO

6_1_1 SEDE DEL DECESSO

Definizione: indicare il luogo dove il paziente muore nel caso in cui il decesso avvenga al di fuori del reparto di ricovero.

Formati: C

Posizione: 451

Lunghezza: 1

Codifica:

1=RADIOLOGIA

2=RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

3=SALA OPERATORIA

4=PS

5=ALTRO

6_2 DATA DI DECESSO

Campo condizionale: se: var6_1=1 o var6_1=10 oppure var3_16=1

Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Definizione: data del decesso

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 452-459

Lunghezza: 8

6_3 ORA DI DECESSO

Campo condizionale: se: var6_1=1 o var6_1=10 oppure var3_16=1

Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: HHMM

Posizione: 460-463

Lunghezza: 4

6_4 CAUSA DI MORTE**Campo condizionale: se 6_1=1 specificare:**

Formato: C

Posizione: 464

Lunghezza: 1

Codifica:

1=EMORRAGICA

2=CEREBRALE

3=IPOSSICA

4=MOF POST SEPSI

5=NON DETERMINATA

Emorragica fa riferimento ad uno shock emorragico causa della morte, Cerebrale fa riferimento ad una morte per ipertensione endocranica misurata o sospettata, ipossica fa riferimento ad una ipossia grave tale da essere la causa diretta e unica di morte, Mof post sepsi la causa multifattoriale di morte del quale il motore iniziale è una sepsi.

6_5 DATA DI DIMISSIONE

Definizione: data di dimissione dal reparto a più alta intensità di cura (sezione "RICOVERO"). Verrà effettuato un controllo scartante e la mancanza dell'informazione blocca l'ingresso del record nel database regionale.

Formato: GGMMAAAA

Posizione: 465-472

Lunghezza: 8

Sezione 9: COMPLICANZE
<p>9_0 COMPLICANZE: Definizione: qualsiasi complicanza medica o chirurgica che si verifica durante la degenza nell'UO principale Formato: C Posizione: 473 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>9_1 RIGONFIAMENTO CEREBRALE DIFFUSO Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: .si tratta di rigonfiamento cerebrale che si sviluppa diffusamente, successivamente alle prime 24-48 ore. La diagnosi è ottenibile con la TAC per la compressione delle cisterne basali, la scomparsa delle cisterne, la riduzione degli spazi nelle circonvoluzioni. Si associa, se misurata, ad ipertensione endocranica. Formato: C Posizione: 474 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>9_2 IPERTENSIONE ENDOCRANICA Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: un aumento della pressione endocranica > 20 mmHg, per almeno 15 minuti che abbiano indotto un trattamento nonostante i livelli terapeutici di base come la sedazione, l'analgesia, il controllo della temperatura. Formato: C Posizione: 475 Lunghezza: 1 Codifica: 2=Non Applicabile 1=SI 0=NO</p>
<p>9_3 IPERTENSIONE ENDOCRANICA REFRATTARIA Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: un aumento della pressione endocranica > 30 mmHg, per più di un'ora, resistente ai livelli terapeutici complessi come ipotermia, infusione continua di barbiturico, indometacina, craniotomia decompressiva Formato: C Posizione: 476 Lunghezza: 1 Codifica: 2=Non applicabile 1=SI 0=NO</p>
<p>9_4 INFARTO CEREBRALE POSTTRAUMATICO Campo condizionale: se 9_0=1 specificare L'infarto cerebrale post-traumatico è una complicanza frequente nel paziente con trauma cranico grave o moderato. E' una nuova ipodensità che si realizza come conseguenza differita del danno iniziale, di ipossia, di ipotensione e anemia o successivamente durante il ricovero per ridotta pressione di perfusione cerebrale. Si distinguono 3 tipologie differenti: 1. infarto cerebrale TERRITORIALE (completo o incompleto): lesioni ben circoscritte nell'ambito del territorio di irrorazione di un vaso cerebrale arterioso, con coinvolgimento parziale o totale del territorio stesso; 2. infarto cerebrale WATERSHED o EMODINAMICO: lesioni ben circoscritte localizzate nelle zone di confine tra i territori irrorati dalle arterie cerebrali anteriore, media e posteriore, le cosiddette aree di confine "superficiali o leptomeninge", oppure lesioni localizzate nelle zone terminali delle arterie perforanti nella profondità della sostanza bianca, le cosiddette aree di confine "profonde o midollari". 3. infarto cerebrale NON-TERRITORIALE e NON-EMODINAMICO: lesioni singole o multiple, unilaterali, bilaterali o multifocali, a limiti ben definiti, senza una localizzazione specifica nell'ambito di un determinato territorio vascolare ma non attribuibili a focolai contusivi, a lesioni da "shear-strain" o ad altre lesioni post-traumatiche primarie. Formato: C Posizione: 477</p>

<p>Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>9_5 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: può essere secondaria a polmonite, shock, sepsi o al trauma. Insufficienza respiratoria improvvisa e severa caratterizzata da: PaO₂/FiO₂ • 200, riduzione della compliance polmonare e infiltrati polmonari diffusi bilaterali in assenza di evidenza clinica di insufficienza cardiaca congestizia. Il processo deve persistere per oltre 36 ore e richiedere ventilazione meccanica. Formato: C Posizione: 478 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>9_6 EMBOLIA POLMONARE Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: presenza di embolo in un'arteria polmonare che ostruisce la vascolarizzazione del parenchima in genere l'embolo origina dalle vene profonde degli arti inferiori, dai vasi venosi degli arti superiori (ascellare, succlavia) o dal sistema venoso pelvico. Si considera presente solo in presenza di esame diagnostico significativo quale la scintigrafia di ventilazione/per fusione, l'arteriografia o l'angioTAC polmonare. Formato: C Posizione: 479 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>9_7 EMBOLIA GRASSA Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: occlusione arteriosa dovuta alla presenza di un embolo grasso che si immette nel sistema circolatorio in seguito alla frattura di ossa lunghe. Si manifesta improvvisamente dalle 12 alle 36 ore dopo un trauma ed è caratterizzata da sintomi diversi in base alla sede del vaso occluso: dolore toracico severo, pallore, dispnea, tachicardia, delirio, sopore e in alcuni casi stato di coma. Sono frequenti anemia e trombocitopenia. Dopo un trauma si può verificare embolia grassa sistemica in quanto il metabolismo lipidico risulta alterato dal trauma stesso e gli acidi grassi liberi rilasciati possono determinare vasculiti e ostruzione di numerosi piccoli vasi polmonari e cerebrali. Segni classici di embolia grassa sistemica sono: petecchie emorragiche sul collo, spalle, ascelle, congiuntive che compaiono 2 o 3 giorni dopo il trauma. Segni radiologici quali opacità polmonari diffuse possono essere presenti. Formato: C Posizione: 480 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>9_8 INSUFFICIENZA RENALE ACUTA CON ANURIA Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: comparsa di insufficienza renale dopo il trauma associata ad oligo/a-nuria e che richiede emodialisi o ultrafiltrazione. Formato: C Posizione: 481 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>9_9 VENTRICULITE IN CATETERE ICP Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: almeno uno dei seguenti criteri: Criterio 1: una coltura positiva del liquido cerebrospinale (CSF) Criterio 2: • almeno uno dei seguenti segni o sintomi in assenza di altra causa nota: febbre (>38°C), cefalea, rigidità nucale, segni di irritazione meningea, segni a carico dei nervi cranici, o irritabilità e</p>

<ul style="list-style-type: none"> • almeno uno dei seguenti: <ol style="list-style-type: none"> a. leucocitosi, aumento delle proteine e/o diminuzione del glucosio nel CSF b. presenza di microrganismi alla colorazione di Gram del CSF c. emocoltura positiva d. test antigenico positivo su CSF, sangue o urine Formato: C Posizione: 482 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO
<p>9_10 FOCOLAIO BRONCOPNEUMONICO/ASCESSO POLMONARE Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: evidenza di polmonite che si manifesta durante il ricovero. Devono essere presente almeno uno di questi due criteri: Criterio 1. Ottusità alla percussione toracica e uno qualsiasi dei seguenti: <ol style="list-style-type: none"> a. secrezioni bronchiali purulente di nuova insorgenza o cambiamento nelle caratteristiche dell'escreato b. isolamento di organismi dalle emocolture c. isolamento di patogeni dalle colture di aspirati tracheali, bronchiali, brushing, o biopsia Criterio 2. Comparsa di nuovi infiltrati, consolidazioni o cavitazioni alla radiografia del torace o progressione di lesioni già presenti e uno qualsiasi dei seguenti: <ol style="list-style-type: none"> a. secrezioni bronchiali purulente di nuova insorgenza o cambiamento nelle caratteristiche dell'escreato b. isolamento di organismi dalle emocolture c. isolamento di patogeni dalle colture di aspirati tracheali, bronchiali, brushing, o biopsia d. isolamento di virus o identificazione di antigeni virali nelle secrezioni respiratorie e. singolo titolo anticorpale diagnostico (IgM) o aumento di 4 volte del titolo per il patogeno in due campioni serati (IgG) f. evidenze istopatologiche per polmonite. Formato: C Posizione: 483 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO </p>
<p>9_11 INFEZIONE SEDE CHIRURGICA/ASCESSO INTRA-ADDOMINALE/PERITONITE Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: INFEZIONE PROFONDA SEDE CHIRURGICA: Infezione che si verifica entro 30 giorni da un intervento chirurgico in seguito a trauma ed apparentemente in relazione all'intervento stesso. Coinvolgimento dei tessuti molli profondi (strati fasciali e muscolari) nella sede dell'incisione e almeno uno dei seguenti: <ol style="list-style-type: none"> 1. drenaggio purulento dall'incisione profonda ma non dagli organi della sede chirurgica. 2. deiscenza spontanea o riapertura voluta di una ferita chirurgica in presenza di almeno uno de seguenti segni/sintomi: febbre (> 38 C), dolore localizzato a meno che le colture della sede chirurgica siano negative. 3. ascesso o evidenza di infezione che coinvolge la parte profonda dell'incisione all'esplorazione diretta, durante reintervento o sulla base d indagini istopatologiche o radiologiche. INFEZIONE ORGANI SEDE CHIRURGICA infezione che si verifica entro 30 giorni da un intervento chirurgico in seguito a trauma con coinvolgimento di qualsiasi parte anatomica (organi o spazi) aperti o manipolati durante la procedura, oltre che dell'incisione stessa e almeno uno dei seguenti: <ol style="list-style-type: none"> 1. drenaggio purulento da un drenaggio posizionato in una ferita da taglio o in un organo/spazio/cavità; 2. Organismi isolate da colture di liquidi o tessuti in organi/cavità, ottenute in modo sterile; 3. ascesso o evidenza di infezione di organi/cavità all'esplorazione diretta, durante reintervento o sulla base di indagini istopatologiche o radiologiche. Formato: C Posizione: 484 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO </p>

<p>9_12 SHOCK SETTICO Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: Sepsi con ipotensione (PAS < 90 mmHg) nonostante rianimazione adeguata (fluidi), associata ad alterazioni della perfusione che possono manifestarsi con acidosi lattica, oliguria o alterazioni acute dello stato mentale. Nel caso sia necessario utilizzare inotropi e/o vasopressori classificare come shock settico anche se PAS > 90 mmHg. Sepsi: evidenza di infezione associate a risposta sistemica all'infezione stessa che si manifesta con la presenza di infezione e almeno due delle seguenti condizioni: 1. Temp >38°C o <36°C 2. HR >90 bpm 3. RR >20 respiri/min o PaCO2 <32 mmHg(<4.3 kPa) 4. WBC >12,000 cell/mm3, <4000 cells/mm3, o >10% forme immature (band). Formato: C Posizione: 485 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>9_13 MOF Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: insufficienza di 2 o più organi/sistemi conseguente a SIRS o sepsi. Formato: C Posizione: 486 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>9_14 TVP Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: formazione di un coagulo o trombo nel sistema vascolare venoso. La diagnosi può essere confermata con ecodoppler, venografia o TAC. Il paziente deve ricevere TAO o posizionare filtro cavale (non indicare TVP sottopoplitea). Formato: C Posizione: 487 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>9_15 LESIONE DECUBITO Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: "pressure sore" conseguente alla pressione esercitata su cute, tessuti molli, muscoli o ossa dal peso dell'individuo contro la superficie sottostante. Possono essere al sacro, talloni, nuca, tuberosità ischiatiche. Formato: C Posizione: 488 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>
<p>9_16 SINDROME COMPARTIMENTALE Campo condizionale: se 9_0=1 specificare Definizione: Addominale: aumento della pressione intra-addominale con alterazioni respiratorie (per diminuzione compliance), dei parametri emodinamici e della perfusione renale. Arti: edema e aumento della pressione a livello del comparto fasciale (che è uno spazio limitato) che comprime e compromette vasi, nervi, tendini all'interno del comparto stesso. Più frequentemente si riscontra agli arti inferiori ma può interessare altri distretti muscolo-scheletrici. Formato: C Posizione: 489 Lunghezza: 1 Codifica: 1=SI 0=NO</p>

9_17 REVISIONE CHIRURGICA NON PIANIFICATA ENTRO LE PRIME 24 ORE**Campo condizionale: se 9_0=1 specificare**

Definizione: necessità di reintervento chirurgico non programmato per emorragia o altre complicanze entro le prime 48 ore. Sono esclusi gli interventi nel contesto della Damage Control Surgery.

Formato: C

Posizione: 490

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

9_18 IATROGENIA**Campo condizionale: se 9_0=1 specificare**

Definizione: qualsiasi complicanza secondaria a trattamento medico (es. pneumotorace, perforazione intestinale durante il vaneggiamento chirurgico, danno di organi non lesionati durante il trauma).

Formato: C

Posizione: 491

Lunghezza: 1

Codifica:

1=SI

0=NO

*Allegati***Tabella 1**
CODICI STABILIMENTO

CODICE STABILIMENTO	Denominazione stabilimento	CODICE STABILIMENTO	Denominazione stabilimento
08000201	CASTEL S. GIOVANNI	08005309	S. GIOVANNI IN PERSICETO
08000202	BORGONOVO VAL TIDONE	08004401	IMOLA
080003	BOBBIO	08004402	CASTEL S. PIETRO TERME
080004	PIACENZA	080045	MONTECATONE
08000601	FIORENZUOLA D'ARDA	08006801	COMACCHIO
08000602	CORTEMAGGIORE	08006803	OSPEDALE DEL DELTA
08000603	VILLANOVA SULL'ARDA	08006804	ARGENTA
08001301	FIDENZA	08006805	PORTOMAGGIORE
08001302	S. SECONDO PARMENSE	08006806	CENTO
080015	BORGO VAL DI TARO	08006807	BONDENO
08002101	GUASTALLA	08006808	COPPARO
08002102	CORREGGIO	08006809	TRESIGALLO
08002103	MONTECCHIO EMILIA	080072	RAVENNA
08002104	SCANDIANO	080079	LUGO
08002105	CASTELNOVO NE' MONTI	080082	FAENZA
08003103	CASTELFRANCO EMILIA	08008501	FORLI'
08003104	CARPI	08008502	FORLIMPOPOLI
08003105	MIRANDOLA	08008503	S. SOFIA
08003106	FINALE EMILIA	08009101	CESENA
08003108	VIGNOLA	08009102	CESENATICO
08003109	PAVULLO NEL FRIGNANO	08009103	BAGNO DI ROMAGNA
08003110	BAGGIOVARA	08009501	RIMINI
080096	NUOVO OSP. SASSUOLO	08009502	SANTARCANGELO DI ROMAGNA
08005301	MAGGIORE - BO	08010001	RICCIONE
08005302	BELLARIA - BO	08010002	CATTOLICA
08005303	BAZZANO	080902	OSPEDALI RIUNITI-PR
08005304	PORRETTA TERME	080903	S. MARIA NUOVA-RE
08005305	VERGATO	080904	POLICLINICO-MO
08005306	LOIANO	080908	S. ORSOLA-MALPIGHI-BO
08005307	BENTIVOGLIO	080909	ARCISPEDALE S. ANNA-FE
08005308	BUDRIO	080960	II.OO. RIZZOLI - BO

Tabella 2
Codici reparto

Denominazione reparto	Codice reparto	Denominazione reparto	Codice reparto
PS	999	OTORINOLARINGOIATRIA	038
DAY HOSPITAL	002	PEDIATRIA	039
ANGIOLOGIA	005	PSICHIATRIA	040
CARDIOCHIRURGIA PEDIATR.	006	UROLOGIA	043
CARDIOCHIRURGIA	007	GRANDI USTIONATI	047
CARDIOLOGIA	008	NEFROLOGIA TRAPIANTI	048
CHIRURGIA GENERALE	009	TERAPIA INTENSIVA	049
CHIRURGIA MAXILLO FACCIA.	010	UNITA' CORONARICA	050
CHIRURGIA PEDIATRICA	011	ASTANTERIA	051
CHIRURGIA PLASTICA	012	DERMATOLOGIA	052
CHIRURGIA TORACICA	013	FARMACOLOGIA CLINICA	055
CHIRURGIA VASCOLARE	014	RECUPERO E RIABILITAZIONE	056
EMATOLOGIA	018	FISIOPATOL. RIPROD. UMANA	057
MAL. ENDOCRINE	019	GASTROENTEROLOGIA	058
IMMUNOLOGIA	020	LUNGODEGENTI	060
GERIATRIA	021	MEDICINA NUCLEARE	061
MAL. INFETTIVE E TROPIC.	024	NEONATOLOGIA	062
MEDICINA GENERALE	026	ONCOLOGIA	064
UNITA' SPINALE	028	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	065
NEFROLOGIA	029	PENSIONANTI	067
NEUROCHIRURGIA	030	PNEUMOLOGIA	068
NIDO	031	RADIOLOGIA	069
NEUROLOGIA	032	RADIOTERAPIA	070
NEUROPSICHIATRIA INFANT.	033	REUMATOLOGIA	071
OCULISTICA	034	TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	073
ODONTOIATRIA E STOMATOL.	035	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	074
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	036	NEURO-RIABILITAZIONE	075
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	037	DETENUTI	097

Tabella 3**CODICI INTERVENTI CHIRURGICI****Cranio**

01241	craniotomia:svuotamento massa
01242	craniotomia:svuotamento massa + decompressione cranica
01243	craniotomia:decompressione cranica per elevata ICP
0153	lobectomy cerebrale
0202	trattamento frattura affondata
0212	chiusura fistola liquorale

Vertebre

0294	applicazione dispositivo di Halo
0309	esplorazione e decompressione del canale vertebrale (Laminectomia)
0353	riparazione di fratture vertebrali e stabilizzazione/Rimozione frammenti ossei

Faccia

7679	riduzione aperta di fratture del massiccio facciale
3882	embolizzazione-chiusura vasi capo/collo non intracranici
1689	riparazione bulbo oculare
2100	tamponamento

Vie aeree e Torace

3161	sutura di lacerazione del laringe/trachea
3402	toracotomia esplorativa
3343	toracotomia e sutura di lacerazione del polmone
324	lobectomy del polmone
325	pneumonectomia totale
3342	chiusura di fistola bronchiale

Cuore

3522	sostituzione di valvola aortica
3524	sostituzione di valvola mitrale
3531	riparazione di papillare
3711	sutura di lacerazioni del cuore (Cardiotomia)

Vasi

3842	resezione vasi capo e collo con sostituzione (a. carotide int ed est, v giugulare int ed est)
3843	resezione vasi arto sup con sostituzione (ascellare, brachiale, radiale, ulnare)
3845	resezione vasi toracici con sostituzione (aorta, anonima, a. e v. polmonare, succlavi, v. cava sup)
3848	resezione vasi arto inf con sostituzione (femorale, poplitea, tibiale)
3883	embolizzazione vasi arto superiore
3885	embolizzazione vasi toracici
3887	embolizzazione vasi addominali
3888	embolizzazione vasi arto inferiore
387	emostasi e sutura della vena cava
3882	emostasi e sutura chirurgica della carotide (o dei suoi rami)
3882	emostasi e sutura chirurgica della giugulare (o dei suoi rami)
3885	emostasi e sutura chirurgica della succlavia
3950	angioplastica - stent di vaso non coronarico (basilare, carotide, vertebrale, arti superiori e inferiori,

	mesenterica, renale)
3954	intervento per dissezione dell'aorta
3990	inserzione di stent su arteria non coronarica (endoprotesi)
Digerente e addome	
5497	packing
9356	packing retroperitoneale/pelvico
5421	laparoscopia
5411	laparotomia esplorativa
5900	laparotomia con esplorazione del retroperitoneo
5412	riapertura di laparotomia recente (controllo emorragia-decompressione)
5475	riparazione di lesioni del mesentere
4282	sutura di lacerazione dell'esofago
4461	sutura di lacerazione dello stomaco
3482	sutura di lacerazione del diaframma
4561	resezione segmentaria dell'intestino
4611	colostomia temporanea
4621	ileostomia temporanea
4671	sutura di lacerazione intestinale
415	splenectomia totale
38861	embolizzazione splenica
5022	epatectomia parziale
5061	sutura di lacerazione del fegato
38862	embolizzazione epatica
5069	packing
554	nefrectomia parziale (senza ureterectomia)
5552	nefrectomia totale
5581	sutura di lacerazione renale
5841	sutura di lacerazione uretrale
5781	sutura di lacerazione vescicale
6941	sutura di lacerazione dell'utero
7171	sutura di lacerazione della vulva o del perineo
Bacino	
78191	applicazione di fissatori esterni alle ossa del bacino
78192	contenimento
78193	pinzone pelvico
78194	packing
3887	embolizzazione
7859	fissazione interna (osteosintesi)
Arti	
9344	trazione transcheletrica
7812	applicazione di fissatore esterno dell'omero
7813	applicazione di fissatore esterno di radio e ulna
7814	applicazione di fissatore esterno di carpo e metacarpo
7931	riduzione cruenta di frattura dell'omero con fissazione interna
7932	riduzione cruenta di frattura del radio e dell'ulna, con fissazione interna
7933	riduzione cruenta di frattura del carpo e metacarpo con fissazione interna

7815	applicazione di fissatore esterno del femore
7816	applicazione di fissatore esterno della rotula
7817	applicazione di fissatore esterno di tibia e fibula
7818	applicazione di fissatore esterno di tarso e metatarso
7935	riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna
7936	riduzione cruenta di frattura di tibia e fibula, con fissazione interna
7937	riduzione cruenta di frattura di tarso e metatarso, con fissazione interna
7981	riduzione cruenta di lussazione della spalla
7982	riduzione cruenta di lussazione del gomito
7983	riduzione cruenta di lussazione del polso
7985	riduzione cruenta di lussazione dell'anca
7986	riduzione cruenta di lussazione del ginocchio
7987	riduzione cruenta di lussazione della caviglia
7988	riduzione cruenta lussazione del piede
8403	amputazione a livello della mano
8405	amputazione a livello dell'avambraccio
8407	amputazione a livello dell'omero
8412	amputazione a livello del piede
8414	amputazione della caviglia a livello dei malleoli della tibia e fibula
8415	amputazione della gamba al di sotto del ginocchio
8417	amputazione della gamba al di sopra del ginocchio
8418	disarticolazione dell'anca
7960	sbrigliamento in sede di frattura esposta
8314	fasciotomia/decompressione
864	asportazione (debridment) di lesioni cutanee (ustioni)

Tabella 4**CODICI ISTAT COMUNI REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

COMUNE	PROVINCIA	CODICE ISTAT
Agazzano	PC	033001
Albareto	PR	034001
Albinea	RE	035001
Alfonsine	RA	039001
Alseno	PC	033002
Anzola dell'Emilia	BO	037001
Argelato	BO	037002
Argenta	FE	038001
Bagnacavallo	RA	039002
Bagnara di Romagna	RA	039003
Bagno di Romagna	FC	040001
Bagnolo in Piano	RE	035002
Baiso	RE	035003
Bardi	PR	034002
Baricella	BO	037003
Bastiglia	MO	036001
Bazzano	BO	037004
Bedonia	PR	034003
Bellaria-Igea Marina	RN	099001
Bentivoglio	BO	037005
Berceto	PR	034004
Berra	FE	038002
Bertinoro	FC	040003
Besenzone	PC	033003
Bettola	PC	033004
Bibbiano	RE	035004
Bobbio	PC	033005
Bologna	BO	037006
Bomporto	MO	036002
Bondeno	FE	038003
Bore	PR	034005
Boretto	RE	035005
Borgli	FC	040004
Borgo Tossignano	BO	037007
Borgo Val di Taro	PR	034006
Borgonovo Val Tidone	PC	033006
Brescello	RE	035006
Brisighella	RA	039004
Budrio	BO	037008
Busana	RE	035007
Busseto	PR	034007
Cadelbosco di Sopra	RE	035008
Cadeo	PC	033007
Calderara di Reno	BO	037009
Calendasco	PC	033008
Calestano	PR	034008
Caminata	PC	033009
Campagnola Emilia	RE	035009

Campegine	RE	035010
Campogalliano	MO	036003
Camposanto	MO	036004
Camugnano	BO	037010
Canossa	RE	035018
Caorso	PC	033010
Carpaneto Piacentino	PC	033011
Carpi	MO	036005
Carpineti	RE	035011
Casalecchio di Reno	BO	037011
Casalfiumanese	BO	037012
Casalgrande	RE	035012
Casina	RE	035013
Casola Valsenio	RA	039005
Castel Bolognese	RA	039006
Castel d'Aiano	BO	037013
Castel del Rio	BO	037014
Castel di Casio	BO	037015
Castel Guelfo di Bologna	BO	037016
Castel Maggiore	BO	037019
Castel San Giovanni	PC	033013
Castel San Pietro Terme	BO	037020
Castelfranco Emilia	MO	036006
Castellarano	RE	035014
Castell'Arquato	PC	033012
Castello d'Argile	BO	037017
Castello di Serravalle	BO	037018
Castelnovo di Sotto	RE	035015
Castelnovo ne' Monti	RE	035016
Castelnuovo Rangone	MO	036007
Castelvetro di Modena	MO	036008
Castelvetro Piacentino	PC	033014
Castenaso	BO	037021
Castiglione dei Pepoli	BO	037022
Castrocaro Terme e Terra del Sole	FC	040005
Cattolica	RN	099002
Cavezzo	MO	036009
Cavriago	RE	035017
Cento	FE	038004
Cerignale	PC	033015
Cervia	RA	039007
Cesena	FC	040007
Cesenatico	FC	040008
Civitella di Romagna	FC	040009
Codigoro	FE	038005
Coli	PC	033016
Collagna	RE	035019
Collecchio	PR	034009
Colorno	PR	034010
Comacchio	FE	038006
Compiano	PR	034011
Concordia sulla Secchia	MO	036010
Conselice	RA	039008

Copparo	FE	038007
Coriano	RN	099003
Corniglio	PR	034012
Correggio	RE	035020
Corte Brugnatella	PC	033017
Cortemaggiore	PC	033018
Cotignola	RA	039009
Crespellano	BO	037023
Crevalcore	BO	037024
Dovadola	FC	040011
Dozza	BO	037025
Fabbrico	RE	035021
Faenza	RA	039010
Fanano	MO	036011
Farini	PC	033019
Felino	PR	034013
Ferrara	FE	038008
Ferriere	PC	033020
Fidenza	PR	034014
Finale Emilia	MO	036012
Fiorano Modenese	MO	036013
Fiorenzuola d'Arda	PC	033021
Fiumalbo	MO	036014
Fontanelice	BO	037026
Fontanellato	PR	034015
Fontevivo	PR	034016
Forlì	FC	040012
Forlimpopoli	FC	040013
Formigine	MO	036015
Formignana	FE	038009
Fornovo di Taro	PR	034017
Frassinoro	MO	036016
Fusignano	RA	039011
Gaggio Montano	BO	037027
Galeata	FC	040014
Galliera	BO	037028
Gambettola	FC	040015
Gattatico	RE	035022
Gatteo	FC	040016
Gazzola	PC	033022
Gemmano	RN	099004
Goro	FE	038025
Gossolengo	PC	033023
Gragnano Trebbiense	PC	033024
Granaglione	BO	037029
Granarolo dell'Emilia	BO	037030
Grizzana Morandi	BO	037031
Gropparello	PC	033025
Gualtieri	RE	035023
Guastalla	RE	035024
Guiglia	MO	036017
Imola	BO	037032
Jolanda di Savoia	FE	038010

Lagosanto	FE	038011
Lama Mocogno	MO	036018
Langhirano	PR	034018
Lesignano de' Bagni	PR	034019
Ligonchio	RE	035025
Lizzano in Belvedere	BO	037033
Loiano	BO	037034
Longiano	FC	040018
Lugagnano Val d'Arda	PC	033026
Lugo	RA	039012
Luzzara	RE	035026
Malalbergo	BO	037035
Maranello	MO	036019
Marano sul Panaro	MO	036020
Marzabotto	BO	037036
Masi Torello	FE	038012
Massa Fiscaglia	FE	038013
Massa Lombarda	RA	039013
Medesano	PR	034020
Medicina	BO	037037
Medolla	MO	036021
Meldola	FC	040019
Mercato Saraceno	FC	040020
Mesola	FE	038014
Mezzani	PR	034021
Migliarino	FE	038015
Migliaro	FE	038026
Minerbio	BO	037038
Mirabello	FE	038016
Mirandola	MO	036022
Misano Adriatico	RN	099005
Modena	MO	036023
Modigliana	FC	040022
Molinella	BO	037039
Monchio delle Corti	PR	034022
Mondaino	RN	099006
Monghidoro	BO	037040
Monte Colombo	RN	099007
Monte San Pietro	BO	037042
Montecchio Emilia	RE	035027
Montechiarugolo	PR	034023
Montecreto	MO	036024
Montefiore Conca	RN	099008
Montefiorino	MO	036025
Montegridolfo	RN	099009
Monterenzio	BO	037041
Montescudo	RN	099010
Montese	MO	036026
Montevoglio	BO	037043
Montiano	FC	040028
Monticelli d'Ongina	PC	033027
Monzuno	BO	037044
Morciano di Romagna	RN	099011

Mordano	BO	037045
Morfasso	PC	033028
Neviano degli Arduini	PR	034024
Nibbiano	PC	033029
Noceto	PR	034025
Nonantola	MO	036027
Novellara	RE	035028
Novi di Modena	MO	036028
Ostellato	FE	038017
Ottone	PC	033030
Ozzano dell'Emilia	BO	037046
Palagano	MO	036029
Palanzano	PR	034026
Parma	PR	034027
Pavullo nel Frignano	MO	036030
Pecorara	PC	033031
Pellegrino Parmense	PR	034028
Piacenza	PC	033032
Pianello Val Tidone	PC	033033
Pianoro	BO	037047
Pieve di Cento	BO	037048
Pievepelago	MO	036031
Piozzano	PC	033034
Podenzano	PC	033035
Poggio Berni	RN	099012
Poggio Renatico	FE	038018
Polesine Parmense	PR	034029
Polinago	MO	036032
Ponte dell'Olio	PC	033036
Pontenure	PC	033037
Porretta Terme	BO	037049
Portico e San Benedetto	FC	040031
Portomaggiore	FE	038019
Poviglio	RE	035029
Predappio	FC	040032
Premilcuore	FC	040033
Prignano sulla Secchia	MO	036033
Quattro Castella	RE	035030
Ramiseto	RE	035031
Ravarino	MO	036034
Ravenna	RA	039014
Reggio nell'Emilia	RE	035033
Reggiolo	RE	035032
Riccione	RN	099013
Rimini	RN	099014
Rio Saliceto	RE	035034
Riolo Terme	RA	039015
Riolunato	MO	036035
Rivergaro	PC	033038
Ro	FE	038020
Rocca San Casciano	FC	040036
Roccabianca	PR	034030
Rolo	RE	035035

Roncofreddo	FC	040037
Rottofreno	PC	033039
Rubiera	RE	035036
Russi	RA	039016
Sala Baganza	PR	034031
Sala Bolognese	BO	037050
Salsomaggiore Terme	PR	034032
Saludecio	RN	099015
San Benedetto Val di Sambro	BO	037051
San Cesario sul Panaro	MO	036036
San Clemente	RN	099016
San Felice sul Panaro	MO	036037
San Giorgio di Piano	BO	037052
San Giorgio Piacentino	PC	033040
San Giovanni in Marignano	RN	099017
San Giovanni in Persiceto	BO	037053
San Lazzaro di Savena	BO	037054
San Martino in Rio	RE	035037
San Mauro Pascoli	FC	040041
San Pietro in Casale	BO	037055
San Pietro in Cerro	PC	033041
San Polo d'Enza	RE	035038
San Possidonio	MO	036038
San Prospero	MO	036039
San Secondo Parmense	PR	034033
Santa Sofia	FC	040043
Sant'Agata Bolognese	BO	037056
Sant'Agata sul Santerno	RA	039017
Sant'Agostino	FE	038021
Santarcangelo di Romagna	RN	099018
Sant'Ilario d'Enza	RE	035039
Sarmato	PC	033042
Sarsina	FC	040044
Sasso Marconi	BO	037057
Sassuolo	MO	036040
Savignano sul Panaro	MO	036041
Savignano sul Rubicone	FC	040045
Savigno	BO	037058
Scandiano	RE	035040
Serramazzoni	MO	036042
Sestola	MO	036043
Sissa	PR	034034
Sogliano al Rubicone	FC	040046
Solarolo	RA	039018
Soliera	MO	036044
Solignano	PR	034035
Soragna	PR	034036
Sorbolo	PR	034037
Spilamberto	MO	036045
Terenzo	PR	034038
Tizzano Val Parma	PR	034039
Toano	RE	035041
Tornolo	PR	034040

Torriona	RN	099019
Torrile	PR	034041
Traversetolo	PR	034042
Travo	PC	033043
Trecasali	PR	034043
Tredozio	FC	040049
Tresigallo	FE	038024
Valmozzola	PR	034044
Varano de' Melegari	PR	034045
Varsi	PR	034046
Vergato	BO	037059
Verghereto	FC	040050
Vernasca	PC	033044
Verucchio	RN	099020
Vetto	RE	035042
Vezzano sul Crostolo	RE	035043
Viano	RE	035044
Vigarano Mainarda	FE	038022
Vignola	MO	036046
Vigolzone	PC	033045
Villa Minozzo	RE	035045
Villanova sull'Arda	PC	033046
Voghiera	FE	038023
Zerba	PC	033047
Ziano Piacentino	PC	033048
Zibello	PR	034048
Zocca	MO	036047
Zola Predosa	BO	037060