

LA GIUNTA REGIONALE

- Visto l'art. 58 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- visto il decreto del Ministro della sanità del 28 dicembre 1991, con il quale è stata istituita la scheda di dimissione ospedaliera quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale;
- visto il decreto del Ministro della sanità 26 luglio 1993, relativo alla disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, con il quale sono stati definiti i tempi e le modalità della trasmissione delle informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera alle regioni ed alle province autonome e, da queste, al Ministero della sanità;
- visto il decreto del Ministero della sanità 27 ottobre 2000 "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricoveri pubblici e privati";
- vista la legge 31 dicembre 1996, n. 675 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riguardo all'articolo 22, commi 3 e 3 bis;
- visto il decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 135 con particolare riferimento all'art. 17;
- visto il decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 1999, n. 318 concernente "Regolamento recante norme per l'individuazione delle misure minime di sicurezza per il trattamento dei dati personali, a norma dell'art. 15, comma 2, della legge 31 dicembre 1996, n. 675;
- richiamata la propria deliberazione n. 8028 del 7 ottobre 1994, concernente l'istituzione del flusso informativo legato alla scheda nosologica individuale di dimissione ospedaliera nella Regione Valle d'Aosta e approvazione di atti di indirizzo all'U.S.L. della Valle d'Aosta;
- richiamata altresì la propria deliberazione n. 2390 in data 2 luglio 2001, concernente l'approvazione dell'aggiornamento della disciplina del flusso informativo legato alla scheda di dimissione ospedaliera nella regione nonché di atti di indirizzo all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;
- considerato che, a seguito degli errori emersi dai controlli eseguiti sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO), relative al 1° semestre 2001, utilizzando la nuova procedura di controllo trasmessa all'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali dal Ministero della Salute, i competenti uffici propongono di aggiornare ed adeguare gli "Atti di indirizzo all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta per l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo legato alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) nella Regione Valle d'Aosta", approvati con la deliberazione di Giunta regionale n. 2390/01 di cui sopra;

- valutato di sostituire interamente il documento in argomento con un nuovo testo contenente gli aggiornamenti e gli adeguamenti, in quanto il ricorso ad un solo documento ne rende più immediati sia l'utilizzo che l'applicazione;
- richiamata la propria deliberazione n. 13 in data 11 gennaio 2001 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2001/2003, con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati e di disposizioni applicative;
- visto il parere favorevole di legittimità rilasciato dal capo-servizio Sanità Ospedaliera, ai sensi dell'art. 72 della legge regionale n. 3/1956 e successive modificazioni, e del combinato disposto degli articoli 13 - comma 1 - lett. e) e 59) - comma 2 - della legge regionale 45/1995, sulla presente deliberazione;
- su proposta dell'Assessore della Sanità, Salute e Politiche Sociali, Roberto VICQUERY;
- ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

- 1°) di approvare, per i motivi indicati in premessa, il nuovo testo aggiornato e adeguato, dell'allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 2390/01, dal titolo "Atti di indirizzo all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta per l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo legato alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) nella Regione Valle d'Aosta", che forma parte integrante della presente deliberazione e che sostituisce quello precedentemente adottato con la deliberazione della Giunta regionale sopracitata;
- 2°) di trasmettere la presente deliberazione all'Azienda U.S.L. per i successivi adempimenti di competenza.

CZ/

ATTI DI INDIRIZZO ALL'AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA PER L'AGGIORNAMENTO DELLA DISCIPLINA DEL FLUSSO INFORMATIVO LEGATO ALLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) NELLA REGIONE VALLE D'AOSTA.

1. LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

1.1 Entrata in vigore dell'aggiornamento

A partire dai dati riferiti alla data del 1° gennaio 2001 viene aggiornato il flusso informativo legato alla scheda di dimissione ospedaliera, secondo quanto indicato nel presente allegato.

1.2 Contenuto informativo della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La scheda di dimissione ospedaliera è suddivisa in due sezioni che devono essere gestite in archivi disgiunti.

La prima sezione contiene le informazioni anagrafiche di seguito riportate:

1. Denominazione dell'Ospedale di ricovero
2. Numero della scheda
3. Codice individuale
4. Cognome e nome del paziente
5. Codice sanitario individuale
6. Sesso
7. Comune di nascita
8. Data di nascita
9. Stato civile
10. Cittadinanza
11. Comune di residenza
12. Regione di residenza
13. Azienda unità sanitaria locale di residenza.

La seconda sezione contiene le informazioni di seguito riportate:

1. Denominazione dell'Ospedale di ricovero
2. Numero della scheda
14. Regime di ricovero
15. Data di ricovero
16. Unità operativa di ammissione
17. Onere della degenza
18. Provenienza del paziente
19. Tipo di ricovero
20. Traumatismi o intossicazioni
21. Trasferimenti interni

22. Unità operativa di dimissione
23. Data di dimissione o morte
24. Modalità di dimissione
25. Riscontro autoptico
26. Motivo del ricovero in regime diurno
27. Numero di giornate di presenza in ricovero diurno
28. Peso alla nascita
29. Allattamento del neonato
30. Diagnosi principale di dimissione
31. Diagnosi secondarie
32. Intervento chirurgico principale o parto
33. Altri interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche
34. DRG

1.3 Responsabilità dell'Azienda U.S.L.

La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'Unità Budgetaria dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione.

Il direttore sanitario del Presidio ospedaliero è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

Ai sensi degli artt. 1, comma 2, 8 e 19 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e successive modificazioni ed integrazioni, si intende:

- a) per "titolare" del trattamento: il Presidio ospedaliero
- b) per "responsabile" del trattamento: il Direttore sanitario del Presidio ospedaliero
- c) per "incaricati" del trattamento: tutti gli operatori che compiono operazioni di trattamento secondo le istruzioni impartite dal responsabile del trattamento.

Le informazioni rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera possono essere diffuse e pubblicizzate esclusivamente in forma anonima, predisponendo opportune elaborazioni ed aggregazioni in modo da garantire il rispetto della disciplina relativa al trattamento dei dati personali.

1.4 Istruzioni per la compilazione e la codifica delle informazioni riportate nella scheda di dimissione ospedaliera

La scheda di dimissione ospedaliera deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi, ivi compresi i neonati sani.

La SDO costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

L'eventuale trasferimento interno di un paziente da una Unità Budgetaria all'altra non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo di ciascuna SDO deve pertanto essere il medesimo per tutto il periodo del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni.

In caso di passaggio del paziente dal regime di Day Hospital al regime di ricovero ordinario o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova SDO.

1.5 Modalità di codifica

1. Denominazione dell'Ospedale di ricovero

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli HSP. E' composto da otto caratteri, dei quali i primi tre identificano la Regione o provincia Autonoma, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture del complesso ospedaliero.

2. Numero della scheda

Corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. Il codice da utilizzare è di 10 caratteri di cui le prime quattro cifre indicano l'anno mentre le altre sei costituiscono una numerazione progressiva dei ricoveri all'interno dell'anno. La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero, in modo tale che ciascun numero identifichi in modo univoco il singolo episodio di ricovero.

3. Codice individuale

E' costituito dal codice individuale a 7 cifre assegnato al paziente nell'ambito dell'anagrafe assistibili dell'Azienda U.S.L..

4. Cognome e nome del paziente

Tale informazione è obbligatoria per gli stranieri non residenti e per i neonati sprovvisti di codice fiscale.

5. Codice sanitario individuale

E' costituito dal Codice Fiscale. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri. Questa variabile non si compila per il neonato.

6. Sesso

Il codice ad un carattere da utilizzare è:

1. maschio
2. femmina.

7. Comune di nascita

Deve essere utilizzato il codice del Comune, impiegato dall'ISTAT composto da sei cifre di cui le prime tre indicano la provincia e le altre tre identificano il comune.

Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero deve essere utilizzato il codice 999 al posto del codice della Provincia, seguito dal codice dello stato estero definito dal Ministero dell'Interno.

8. Data di nascita

Codice di data in otto caratteri previsti nel formato ggmmaaaa (giorno, mese, anno).

9. Stato civile

Il codice ad 1 carattere identifica lo stato civile del paziente al momento del ricovero:

1=celibe/nubile

2=coniugato/a
3=separato/a
4=divorziato/a
5=vedovo/a
6=non dichiarato.

10. Cittadinanza

Codice a tre caratteri che indica la cittadinanza del paziente. Occorre tenere presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza.

Per gli apolidi codificare 999.

11. Comune di residenza

Identifica il Comune italiano o lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente. Va codificato secondo le modalità indicate per il Comune di nascita.

Per i neonati il Comune di residenza è quello della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 127/97.

12. Regione di residenza

Codice a tre cifre che identifica la Regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente.

Nel caso in cui il paziente risieda all'estero va indicato il codice dello Stato estero.

13. Azienda unità sanitaria locale di residenza

E' l'Azienda unità sanitaria locale che comprende il comune in cui risiede il paziente.

Il codice è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

Questa variabile non si compila per i residenti all'estero.

14. Regime di ricovero

Il codice ad una cifra distingue i ricoveri in regime ordinario da quelli in regime Day Hospital.

1= ricovero ordinario

2= ricovero in Day Hospital

Quando si utilizza il codice 2 è necessario riportare anche le informazioni relative al motivo del ricovero in regime diurno e al numero di giornate di presenza.

15. Data di ricovero

Codice di data di ammissione in otto caratteri nel formato giorno, mese ed anno (ggmmaaaa).

Per il Day Hospital va indicata la data del primo giorno del ciclo di contatti con la struttura.

Per i nati nella struttura coincide con la data di nascita.

16. Unità operativa di ammissione

Codice a quattro caratteri che individua l'unità operativa presso la quale il paziente è fisicamente ricoverato, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa. I primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera. Gli altri due indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.

17. Onere della degenza

Con l'onere della degenza si intende individuare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero.

Codice ad 1 carattere con:

1=ricovero totale a carico del SSN

2=ricovero a carico del SSN con rimborso spese alberghiere a carico del paziente

3=ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN

4=ricovero a totale carico del paziente

5=ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (libera professione)

6=ricovero a prevalente carico del SSN con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera)

7=ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con il SSN

8=ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza

9=altro

18. Provenienza del paziente

Individua l'istituzione da cui proviene il paziente.

Codice ad 1 carattere con:

1=paziente non accompagnato da richiesta medica

2=paziente inviato dal medico di base o dal pediatra di libera scelta

3=ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura

4=paziente trasferito da un istituto di cura pubblico

5=paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato

6=paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato

7=paziente trasferito da altro regime di ricovero

8=paziente inviato dal medico specialista

9=altro

19. Tipo di ricovero

Va indicato per tutti i ricoveri in regime ordinario.

Codice ad 1 carattere con:

1=ricovero programmato non urgente

2=ricovero urgente

3=ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

4=ricovero programmato con preospedalizzazione

Non si compila per i neonati limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi.

20. Traumatismi o intossicazioni

Da compilare quando il ricovero è causato da trauma, incidente o intossicazione. Da compilare anche in caso di ricoveri successivi al primo per lo stesso problema.

Campo ad 1 carattere con:

1=infortunio sul lavoro

2=infortunio in ambiente domestico

3=incidente stradale

4=violenza altrui

5=autolesione o tentativo di suicidio

9=altro tipo di incidente o di intossicazione

21. Trasferimenti interni

I trasferimenti interni, da riportare soltanto nei casi di ricovero in regime ordinario, descrivono il percorso che il paziente ha seguito durante il ricovero.

Per ciascun trasferimento vanno indicati:

- nei primi otto caratteri la data in cui ha avuto luogo il trasferimento (ggmmaaaa)
- nei successivi quattro caratteri il codice dell'unità operativa presso la quale il paziente è stato trasferito.

22. Unità operativa di dimissione

L'unità operativa indica l'ultima unità operativa presso la quale è stato ricoverato e dalla quale viene dimesso il paziente: va sempre specificato, anche nel caso in cui coincida con l'unità operativa di ammissione ovvero con quella relativa all'ultimo trasferimento interno riportato per la variabile (20).

La codifica a quattro caratteri, da utilizzare è quella descritta per la variabile (15).

23. Data di dimissione o morte

Codice di data in otto caratteri nel formato giorno, mese ed anno (gg,mm,aaaa).

Nel caso di Day Hospital la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso del paziente presso la struttura. Il 31 dicembre vengono chiusi convenzionalmente tutti i cicli di Day Hospital ancora aperti.

24. Modalità di dimissione

Individua la destinazione del paziente dimesso e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.

Codice ad 1 cifra con:

1=deceduto

2=dimissione ordinaria al domicilio

3=dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA)

4=dimissione al domicilio con attivazione di ospedalizzazione domiciliare

5=dimissione volontaria

6=trasferimento ad altro istituto di ricovero

7=trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto

8=trasferimento ad istituto per riabilitazione

9=dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata

25. Riscontro autoptico

Codice ad un carattere che deve essere utilizzato solo se la "Modalità di dimissione" è "deceduto".

Se la "Modalità di dimissione" è diversa da "deceduto" dev'essere inserito uno "spazio".

1=se è stata eseguita l'autopsia

2=se non è stata eseguita l'autopsia

26. Motivo del ricovero in regime diurno

Va riportato soltanto per i ricoveri effettuati in Day Hospital.

Codice ad 1 cifra con:

1=DH diagnostico

2=DH chirurgico

3=DH terapeutico

4=DH riabilitativo

27. Numero di giornate di presenza in ricovero diurno

Indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di ricovero nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale. Se non utilizzato deve essere impostato con tre zeri.

28. Peso alla nascita

Identifica il peso rilevato al momento della nascita e va riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso. Il peso è espresso in grammi.

29. Allattamento del neonato

Identifica la tipologia di allattamento al momento della dimissione, è suddiviso in quattro categorie:

1. nati che hanno utilizzato latte materno
2. nati che hanno utilizzato latte materno + formula
3. nati che hanno utilizzato formula
9. altro

Le informazioni di carattere clinico di seguito elencate devono essere codificate utilizzando la Classificazione Internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM) e successivi aggiornamenti.

30. Diagnosi principale di dimissione

Costituisce la condizione morbosa che si è rilevata responsabile del ricovero, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggior quantità di risorse in termini diagnostici e di trattamento.

31. Diagnosi secondarie

Sono patologie concomitanti che influenzano il trattamento ricevuto e la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate.

Possono essere riportate fino a cinque diagnosi secondarie.

32. Intervento chirurgico principale o parto

Nei primi otto caratteri deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento chirurgico, secondo la sequenza gmmmaaaa.

Nei successivi quattro caratteri deve essere riportato il codice dell'intervento.

Nel caso in cui siano state effettuate nel corso dello stesso ricovero diverse procedure chirurgiche, selezionare quella che ha comportato il maggior peso assistenziale e/o maggiormente correlata con la diagnosi principale.

Non necessariamente tale intervento è il primo eseguito in ordine di tempo.

33. Altri interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche

Possono essere riportati fino a cinque interventi o procedure. Nel caso in cui siano segnalati sia interventi che procedure codificare sempre prima gli interventi.

Nei primi otto caratteri deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento o la procedura, secondo la sequenza gmmmaaaa.

Nei successivi quattro caratteri deve essere riportato il codice dell'intervento o della procedura.

34. DRG

Attribuito dal grouper attualmente in vigore presso il Ministero.

2. REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI CLINICHE RILEVATE ATTRAVERSO LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Codificare una diagnosi rappresenta una operazione difficile quando la terminologia medica utilizzata è diversa da quella contenuta nella classificazione adoperata. La **comprensione dei termini medici** e la **conoscenza del sistema di codifica** consentono di codificare qualsiasi formulazione diagnostica. Nel caso in cui non si riesca a reperire la formulazione diagnostica nel manuale della classificazione, non bisogna concludere che nessun codice esista per quella determinata diagnosi; si tratta di trovare i percorsi appropriati per identificarlo, a partire dalla individuazione della diagnosi principale.

La codifica delle informazioni cliniche riportate nella SDO deve essere effettuata da personale sanitario (medico o infermieristico) adeguatamente formato e deve, comunque, rispettare fedelmente sia l'ordine sia il contenuto delle formulazioni riportate dal compilatore nella stessa scheda di dimissione, fatta salva la possibilità di effettuare una revisione concordata con il medico compilatore della SDO.

Una formulazione diagnostica è abitualmente composta da due parti: un *termine principale* ed uno o più *modificatori* che forniscono al codificatore informazioni specifiche sulle diagnosi, le condizioni, i sintomi ed altre circostanze attinenti il ricovero.

I **termini principali** descrivono una malattia, un traumatismo, un problema o un sintomo, e rappresentano le voci di accesso alla classificazione.

I **modificatori** (sotto-voci) sono dei termini elencati al fine di fornire al codificatore delle informazioni aggiuntive. L'indice alfabetico li riporta, al di sotto del termine principale, in parentesi o rientrati.

Per identificare il codice appropriato, è necessario seguire le seguenti **fasi operative**:

1. Individuare tutti i **termini principali** che descrivono nella formulazione diagnostica le condizioni del paziente;
2. Utilizzare l'**indice alfabetico** per rintracciare ciascun termine principale individuato;
3. Individuare i **modificatori** del termine principale;
4. Analizzare attentamente le **sotto-voci** elencate al di sotto del termine principale;
5. Analizzare le **note** e/o i riferimenti;
6. Selezionare un **codice** tra quelli forniti dall'Indice alfabetico;

7. Verificare nell'**elenco sistematico** l'accuratezza di tale codice; utilizzare sempre i codici che descrivono la diagnosi al massimo livello di specificità possibile (ossia i codici a 5 caratteri, quando disponibili);
8. Analizzare tutti i codici appartenenti alla **intera categoria**, per essere sicuri che il codice selezionato rappresenti la scelta migliore;
9. Esaminare attentamente ogni **nota illustrativa**;
10. **Assegnare il codice** selezionato nell'elenco sistematico.

3. REGOLE GENERALI RELATIVE ALL'USO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM VERSIONE 1997

3.1 Utilizzo integrato dell'indice alfabetico e dell'elenco sistematico

E' necessario utilizzare sia l'indice alfabetico sia l'elenco sistematico al fine di individuare il codice corretto. L'utilizzo del solo indice alfabetico o del solo elenco sistematico può determinare errori nell'individuazione del codice ed insufficiente specificità nella selezione del codice.

3.2 Specificità della codifica

I codici relativi alle diagnosi ed alle procedure devono essere utilizzati **al livello di specificità più elevato possibile**; in particolare:

- assegnare un codice a 5 caratteri tutte le volte in cui ciò sia possibile;
- assegnare un codice a 4 caratteri solo se non vi sono codici a 5 caratteri nell'ambito della stessa categoria;
- assegnare un codice a 3 caratteri solo se non vi sono codici a 4 caratteri nell'ambito della stessa categoria.

3.3 Codici relativi ad altre condizioni e a condizioni non specificate

I codici identificati con le sigle NIA (non indicato altrove) e SAI (senza altre indicazioni) devono essere utilizzati solo quando la formulazione diagnostica e l'eventuale revisione della documentazione clinica non forniscono informazioni sufficienti per consentire l'utilizzo di un codice più specifico.

I codici individuati dalla sigla NIA devono essere utilizzati quando l'informazione disponibile individua una specifica condizione ma nella classificazione ICD non è disponibile un codice specifico per la condizione stessa.

I codici identificati dalla sigla SAI devono essere utilizzati quando l'informazione riportata nella SDO non consente l'utilizzo di un codice più specifico.

Quando la consultazione dell'indice alfabetico individua un codice identificato dalle sigle NIA e SAI, verificare nell'elenco sistematico la possibilità di utilizzare un codice più specifico.

3.4 Codici combinati

Un codice utilizzato per classificare simultaneamente due diagnosi oppure una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata oppure una diagnosi insieme ad una complicazione associata è definito “codice combinato”. I codici combinati sono riportati come sotto-voci nell’indice alfabetico e come note di inclusione nell’elenco sistematico.

Si deve utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l’indice alfabetico lo richiede esplicitamente. Se il codice combinato descrive tutti gli elementi riportati nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Quando il codice combinato non è in grado di descrivere tutte le manifestazioni o complicazioni riportate nella formulazione diagnostica, può essere utilizzato insieme al codice combinato un codice aggiuntivo.

3.5 Codifica multipla

Quando una formulazione diagnostica non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero alla utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi.

Il ricorso alla codifica multipla è sollecitato dalle indicazioni "Utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo", “codificare per primo”, che possono essere riportate all’inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria.

La nota “codificare per prima la malattia di base” indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, che quello relativo alla manifestazione conseguente. Quest’ultimo non può essere utilizzato come diagnosi principale.

La nota “utilizzare un codice aggiuntivo per identificare manifestazioni quali ...” indica la necessità di utilizzare un ulteriore codice per identificare manifestazioni analoghe agli esempi riportati. Questi codici non possono essere utilizzati come diagnosi principale.

3.6 Postumi

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata. Non vi è un limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato. Il postumo può essere relativamente precoce come negli incidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei traumatismi. Per codificare i postumi sono necessari due codici, uno relativo alla *condizione residua* o alla *natura* del postumo; l’altro relativo alla *causa* del postumo. Il codice relativo alla **natura** del postumo deve essere riportato per primo; il codice relativo alla **causa** del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell’indice alfabetico indichino diversamente.

3.7 Condizione “imminente”

Le condizioni descritte al momento della dimissione come “minaccia di” o “imminente” devono essere codificate secondo le seguenti istruzioni:

- individuare nell’indice alfabetico se la condizione primitiva ha una sottovoce relativa al termine “imminente” o “minaccia di”; verificare anche il termine principale “minaccia di”;

- se sono riportate le sotto-voci “minaccia di” o “imminente”, utilizzare il codice corrispondente;
- se non sono riportate delle sotto-voci specifiche, codificare la condizione come esistente.

4. SELEZIONE DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

La selezione della diagnosi principale deve essere effettuata sulla base delle circostanze che determinano e caratterizzano il ricovero ospedaliero.

4.1 Definizione di diagnosi principale

La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e /o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell’impiego maggiore di risorse.

Salvo che le note dell’elenco sistematico o dell’indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 della Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification).

Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest’ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

I codici contenuti in parentesi nell’indice alfabetico non devono essere utilizzati come diagnosi principale.

4.2 Codifica della diagnosi principale

La diagnosi principale di dimissione deve essere codificata secondo la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification).

Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda; per i casi in cui siano previsti soltanto 3 o 4 caratteri, riportarli allineati a sinistra.

4.3 Condizioni acute e croniche

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o subacuta) sia come cronica e nell’indice alfabetico sono riportati specifici codici per ciascuna di tali forme devono essere riportati entrambi codificando come diagnosi principale la forma acuta (o subacuta), se risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale.

4.4 Osservazione e valutazione di condizioni sospette

I codici compresi fra V71.0 e V71.9 devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale quando si sospetta una condizione anomala la quale, in assenza di segni o sintomi, richiede una specifica valutazione e al termine del ricovero risulta essere non confermata.

4.5 Trattamento non eseguito

La condizione che al termine del ricovero è risultata essere il motivo dello stesso deve essere selezionata come diagnosi principale anche quando il relativo trattamento non è stato praticato per circostanze impreviste. In tali casi, fra le diagnosi secondarie deve essere riportato il codice V64._ (Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti). Quando un ricovero è stato programmato per eseguire un particolare trattamento e questo non viene eseguito per circostanze impreviste, va riportato come diagnosi principale il codice V64._ e come diagnosi secondaria la condizione che avrebbe determinato il trattamento.

4.6 Postumi

Se la diagnosi principale è rappresentata da un postumo il codice relativo alla **natura** del postumo deve essere riportato per primo; il codice relativo alla **causa** del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

4.7 Ustioni multiple

Quando le ustioni sono identificate come diagnosi principale ed esse sono multiple, riportare per primo il codice che descrive l'ustione di maggiore gravità.

4.8 Traumi multipli

Quando traumi multipli sono identificati come diagnosi principale, riportare per primo il codice che descrive il trauma di maggiore gravità.

4.9 Neoplasie

Quando il ricovero è finalizzato a trattare una neoplasia maligna, quest'ultima deve essere selezionata come diagnosi principale salvo che il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia (V58.1): in tali casi la neoplasia maligna deve essere codificata come diagnosi secondaria e la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58.0 o V58.1.

Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente la radioterapia o la chemioterapia e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia (V58.1).

Quando il ricovero comporta la rimozione chirurgica di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia maligna.

Quando il ricovero è finalizzato a determinare la stadiazione della neoplasia, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia, anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia.

Qualunque estensione per contiguità o a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia progressiva deve essere segnalata utilizzando il codice V10._.

Quando un paziente è ricoverato a causa di una neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale deve essere codificata con V58.0 o V58.1.

4.10. Avvelenamenti e intossicazioni

Nel codificare l'avvelenamento o la reazione ad uso improprio di farmaci (esempio: errore nel dosaggio, nella via di somministrazione, nella selezione del farmaco), il codice relativo all'avvelenamento deve essere riportato per primo, seguito dal codice relativo alla manifestazione.

4.11 Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo per specificare la natura della complicazione.

4.12 Complicazioni della gravidanza

Quando una paziente è ricoverata a causa di una condizione che complica la gravidanza oppure consegue a quest'ultima, il codice relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato come diagnosi principale. Può essere utilizzato un codice aggiuntivo per conferire maggiore specificità.

5. DIAGNOSI SECONDARIE

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

La corretta individuazione delle diagnosi secondarie compete al medico responsabile dell'assistenza del paziente nel corso del ricovero.

5.1 Codifica delle diagnosi secondarie

Le diagnosi secondarie devono essere codificate secondo la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM).

Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri, in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda; per i casi in cui siano previste soltanto 3 o 4 caratteri, riportarli allineati a sinistra.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più di cinque forme morbose, che rispondano ai criteri qui riportati di identificazione delle diagnosi secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

Tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero.

5.2 Condizioni pregresse

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate. I codici anamnestici (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.

5.3 Condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale

Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie.

5.4 Condizioni che non costituiscono una componente integrale della malattia principale

Le condizioni che non sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, se presenti, devono essere riportate e codificate solo se influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero.

5.5 Risultati anomali

I risultati anomali di test di laboratorio e di altre procedure diagnostiche non devono essere riportate e codificate a meno che non abbiano una particolare rilevanza clinica.

6. SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero.

Per l'intervento chirurgico principale indicare:

- nei primi otto caratteri, la data nella quale è stato eseguito, da riportare secondo l'ordine: gmmmaaaa;
- nei successivi quattro caratteri: il codice corrispondente all'intervento chirurgico, secondo la Classificazione internazionale delle malattie modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification). Individuare il codice al livello di specificità più elevato consentito dalla classificazione utilizzando ove possibile tutti i quattro caratteri; nei casi in cui si usino meno di quattro caratteri, allineare i caratteri a sinistra.

Riportare gli altri interventi chirurgici eventualmente effettuati nel corso dello stesso ricovero, nonché le procedure diagnostiche e terapeutiche più importanti fra quelle cui è stato sottoposto il paziente. Per ciascuna procedura indicare il codice corrispondente all'intervento chirurgico o alla procedura diagnostica o terapeutica, secondo la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM); riportare il codice più specifico utilizzando, in tutti i casi in cui è possibile, un codice a quattro caratteri; negli altri casi allineare i caratteri a sinistra.

Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

1. in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.);
2. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
3. quando nella cartella clinica vengano indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della S.D.O., la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:

- **interventi chirurgici a cielo aperto**
- **interventi per via endoscopica e/o laparoscopica**
- **le seguenti procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):**

87.53 colangiografia intraoperatoria
 88.52 angiocardigrafia del cuore destro
 88.53 angiocardigrafia del cuore sinistro
 88.54 angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro
 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi

92.3 radiocirurgia stereotassica
 94.61 riabilitazione da alcool
 94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
 94.64 riabilitazione da farmaci
 94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
 94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci
 94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
 95.04 esame dell'occhio in anestesia
 96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
 96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
 96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
 98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica

- **procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche** (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica)
- **procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore** (codd. da 01.- a 86.-) (es. gastroscopia)
- **altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore** (codd. da 87.- a 99.-), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, NMR, litotripsia, radioterapia, ecc.).

7. MODALITA' E TEMPI DI TRASMISSIONE DEI DATI

I dati delle schede di dimissione ospedaliera, suddivisi per trimestre, verranno trasmessi su supporto magnetico dall'Azienda U.S.L. all'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, entro i due mesi successivi al trimestre di riferimento.

Relativamente alle schede di dimissione ospedaliera inerenti i ricoveri in regime di Day Hospital si specificano i seguenti punti:

- 1) le schede di dimissione ospedaliera devono essere chiuse alla data dell'ultima prestazione, ogni singolo accesso è conteggiato unicamente come giornata di degenza;
- 2) le schede di dimissione ospedaliera devono in ogni caso essere chiuse alla data del 31/12, anche se i relativi cicli si protraggono nell'anno successivo. Alla data del 1/1 verrà aperta una nuova scheda di dimissione ospedaliera;
- 3) eventuali schede di dimissione ospedaliera chiuse in data antecedente a quella del 31/12, che, a qualunque titolo, non siano state trasmesse in precedenza, devono pervenire all'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali entro il 31/12 riportando come data di chiusura, non quella effettiva, ma quella del 31/12.

L'Azienda U.S.L. dovrà rispettare scrupolosamente la periodicità della trasmissione dei dati alla Regione rispettando tracciato record e codici indicati nei punti 7.1 e 7.2.

Prima di trasmettere i dati, la direzione sanitaria del presidio ospedaliero dovrà verificare la loro qualità e validità.

Le due sezioni della scheda dovranno essere gestite in archivi separati e potranno procedere alla loro ricongiunzione solo gli uffici preposti, esclusivamente per il tempo e nei modi appropriati, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 1999, n. 318.

I supporti magnetici andranno inviati alla Regione accompagnati dal relativo modulo di spedizione (allegato A) e dovranno contenere due files distinti relativi sia ai dati anagrafici sia ai dati sanitari. Per i dati anagrafici le informazioni presenti sul supporto magnetico devono essere contenute in un archivio denominato SDOANAXYY.DAT, dove il carattere X individua il trimestre di riferimento (1, 2, 3, 4) e i caratteri YY individuano l'anno (es.: invio del 1° trimestre del 2001 SDOANA101.DAT). Per i dati sanitari le informazioni presenti sul supporto magnetico devono essere contenute in un archivio denominato SDOSANXYY.DAT, dove il carattere X individua il trimestre di riferimento (1, 2, 3, 4) e i caratteri YY individuano l'anno (es.: invio del 1° trimestre del 2001 SDOSAN101.DAT). Di seguito si riportano le specifiche dei supporti magnetici da utilizzare per trasmettere i dati alla Regione.

Caratteristiche fisiche del supporto:

- tipo supporto: floppy disk;
- formato: 3½
- densità: 1440 KB;
- lunghezza record: 107 crt per dati anagrafici;
199 crt per dati sanitari;
- codifica: ASCII.

7.1 Tracciato dei record contenenti le informazioni anagrafiche (prima sezione)

Nella trasmissione dei dati dovrà essere rispettato il sottoriportato tracciato record:

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMATO (1)	LUNGHEZZA
1	Codice istituto	001-008	AN	8
2	Numero della scheda	009-018	AN	10
3	Codice individuale	019-025	AN	7
4	Cognome	026-045	AN	20
4	Nome	046-060	AN	15
5	Codice fiscale	061-076	AN	16
6	Sesso	077-077	AN	1
7	Comune di nascita	078-083	AN	6
8	Data di nascita	084-091	data	8
9	Stato civile	092-092	AN	1
10	Cittadinanza	093-095	AN	3
11	Comune di residenza	096-101	AN	6
12	Regione di residenza	102-104	AN	3
13	Azienda unità sanitaria locale di residenza.	105-107	AN	3

7.2 Tracciato dei record contenenti le informazioni riguardanti il ricovero (seconda sezione)

1	Codice istituto	001-008	AN	8
2	Numero della scheda	009-018	AN	10
14	Regime di ricovero	019-019	AN	1
15	Data di ricovero	020-027	data	8
16	Unità operativa di ammissione	028-031	AN	4
17	Onere della degenza	032-032	AN	1
18	Provenienza del paziente	033-033	AN	1
19	Tipo di ricovero	034-034	AN	1
20	Traumatismi o intossicazioni	035-035	AN	1
21	Trasferimento interno 1	036-047	data+AN	12
21	Trasferimento interno 2	048-059	data+AN	12
21	Trasferimento interno 3	060-071	data+AN	12
22	Unità operativa di dimissione	072-075	AN	4
23	Data di dimissione o morte	076-083	data	8
24	Modalità di dimissione	084-084	AN	1
25	Riscontro autoptico	085-085	AN	1
26	Motivo del ricovero in regime diurno	086-086	AN	1
27	Numero di giornate di presenza in ricovero diurno	087-089	N	3
28	Peso alla nascita	090-093	N	4
29	Allattamento del neonato	094-094	AN	1
30	Diagnosi principale di dimissione	095-099	AN	5
31	Diagnosi secondaria 1	100-104	AN	5
31	Diagnosi secondaria 2	105-109	AN	5
31	Diagnosi secondaria 3	110-114	AN	5
31	Diagnosi secondaria 4	115-119	AN	5
31	Diagnosi secondaria 5	120-124	AN	5
32	Intervento chirurgico principale o parto	125-136	data+AN	12
33	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 1	137-148	data+AN	12
33	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 2	149-160	data+AN	12
33	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 3	161-172	data+AN	12
33	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 4	173-184	data+AN	12
33	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 5	185-196	data+AN	12
34	DRG	197-199	AN	3

NOTE:

- (1) Formato
AN = alfanumerico

N = numerico

Data = ggmmaaaa

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati con il valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero"; se non utilizzati devono essere impostati con il valore "zero".

I campi data, se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

- (2) Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda deve essere definito su base annua, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o Day Hospital); il campo è costituito dalle prime due cifre relative all'anno e dalle rimanenti sei relative al progressivo della scheda.
- (3) I codici ICD-9-CM devono essere allineati a sinistra e, nei casi in cui siano previsti meno di 5 caratteri (nel caso delle diagnosi) o di 4 caratteri (nel caso di interventi o procedure), i rimanenti caratteri non significativi devono essere impostati con il valore "spazio". I campi contenenti i codici ICD-9-CM, se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

All'Assessorato alla Sanità, Salute
e Politiche Sociali
Direzione Sanità
Servizio Sanità Ospedaliera ed Economia
Sanitaria

SEDE

**MODULO DI SPEDIZIONE DEI SUPPORTI MAGNETICI CONTENENTI I DATI
DELLE SCHEDE NOSOLOGICHE**

TIPO SUPPORTO: Floppy disk

FORMATO: 3½

LABEL: Omitted

DENSITA': 1440 KB

LUNGHEZZA RECORD: 100 crt per dati anagrafici
197 crt per dati sanitari

CODIFICA: ASCII

MITTENTE: Sig. _____

Ufficio _____ Tel. n. _____

ANNO DI RIFERIMENTO: _____

TRIMESTRE DI RIFERIMENTO: Primo []

Secondo []

Terzo []

Quarto []

ARCHIVIO DATI ANAGRAFICI (SDOANAXYY.DAT):

SI [] NO [] N. Record

ARCHIVIO DATI SANITARI (SDOSANXYY.DAT)

SI [] NO [] N. Record

DATA DELL'INVIO: ____/____/____

IL MITTENTE
