

DIREZIONE REGIONALE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
AREA SERVIZIO INFORMATIVO SANITARIO

RAPPORTO ACCETTAZIONE/DIMISSIONE
PER L'AREA RIABILITATIVA
DELLA REGIONE LAZIO (RAD-R)
ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DEL SISTEMA INFORMATIVO

versione 3.1 – ottobre 2016

DIREZIONE REGIONALE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
AREA SERVIZIO INFORMATIVO SANITARIO

VIA ROSA RAIMONDI GARIBALDI, 7
00145 ROMA

TEL. 06.5168.3701
FAX 06.5168.4414

Rapporto Accettazione/Dimissione per l'Area riabilitativa della Regione Lazio (RAD-R)

Istruzioni per l'utilizzo del sistema informativo

Premessa

Il Rapporto Accettazione/Dimissione specifico per la Riabilitazione (RAD-R), attivo dal 1° maggio 2005, è stato istituito per descrivere in maniera adeguata i pazienti che accedono ad un percorso di riabilitazione intensiva post-acuzie.

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO), istituita con il Decreto Ministeriale del 28/12/1991 (GU 17/1/92) e i successivi decreti del 1993 e del 1994, e precedentemente utilizzata per raccogliere le informazioni relative alle dimissioni da reparti di riabilitazione, risultava carente relativamente ai motivi dell'accesso, all'impegno assistenziale, allo stato di disabilità della persona, e non forniva informazioni circa l'eventuale percorso riabilitativo successivo alla dimissione.

Direttive, note e deliberazioni della giunta regionale (DGR) sul flusso informativo RAD – riabilitazione (RAD-R)

Il lavoro del gruppo tecnico, la sperimentazione e la tempistica sulla fase di transizione dal vecchio al nuovo flusso informativo è recepito dalla Giunta Regionale della Regione Lazio attraverso tre documenti: la direttiva ASP n.3 del 28/2/2005, la nota 2457/ASP del 18/4/2005 e la DGR n.731 della Regione Lazio del 20/8/2005. Le modalità di trasmissione dei dati, già stabilite nelle circolari 7994/ASP/PTS del 31/10/2006, 4142/ASP/SIGD del 14/06/2007, 4830/ASP/SI del 12/04/2010, sono state ridefinite dalla direttiva n.2 del 01/07/2010 e dalle successive Note ASP Prot. 14477/ASP/DG del 27/10/2010 e Prot. 7878/ASP/DG del 08/06/2011 che forniscono indicazioni operative in applicazione della Direttiva n. 2.

Chi partecipa al flusso RAD-R

Partecipano al nuovo flusso informativo tutti gli istituti di ricovero della regione Lazio che hanno reparti ospedalieri identificati dai codici di specialità 28 (unità spinale), 56 (recupero e rieducazionale funzionale) e 75 (neuroriabilitazione). Questi reparti devono trasmettere, mediante il flusso RAD-R, i dati relativi a ricoveri di tutti i pazienti (indipendentemente dall'età), sia in regime ordinario che di day-hospital. Si fa notare tuttavia che per i ricoveri ordinari non vanno inviati dati relativi a ricoveri che hanno data di ricovero uguale a quella di dimissione.

I contenuti della scheda di raccolta dati

Le informazioni sanitarie del RAD-R si riferiscono:

- 1) al momento dell'ingresso del paziente in reparto in caso di ricovero ordinario o al primo accesso in caso di ricovero diurno (DH). Esse vanno compilate sulla scheda raccolta dati entro il 10° giorno dalla data del ricovero.
- 2) al momento della dimissione dal reparto di riabilitazione in caso di RO, o dell'ultimo accesso in caso di DH.

Relativamente alla tempistica di invio dei dati si veda il paragrafo successivo “Modalità di registrazione ed invio dei dati”.

Sul sito http://asponline.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/sio/sdo_siar/login.php è disponibile la versione cartacea della scheda (versione 3.0, ottobre 2015) di rilevazione dati (scheda RAD-R), in formato PDF. Al momento dell'accesso vengono raccolte informazioni anagrafiche e informazioni relative al regime di ricovero, alla patologia oggetto dell'intervento riabilitativo, alle altre patologie associate, alle compromissioni di organi e funzioni, alla valutazione dello stato funzionale attraverso strumenti standardizzati di valutazione. Per quanto riguarda le informazioni raccolte al momento della dimissione si va dal tipo di dimissione, al programma riabilitativo proposto, alle patologie intercorse, alle procedure effettuate, alla valutazione dello stato funzionale alla dimissione effettuata con gli strumenti standardizzati di valutazione già utilizzati all'accesso.

Strumenti standardizzati di valutazione

Per la valutazione dello stato funzionale della persona adulta (≥ 18 anni) che accede ad un percorso di riabilitazione intensiva post-acuzie, sono stati individuati alcuni strumenti standardizzati, da compilarsi all'ingresso ed alla dimissione (sia RO che DH). Nello specifico:

- **Indice di Barthel:** per tutti gli adulti (età ≥ 18 anni) che accedono ai reparti di riabilitazione, tranne i pazienti in condizione di post-coma e/o mielolesione;
- **Six minute walk test (6MWT):** solo per pazienti in riabilitazione cardiologica e/o respiratoria;
- **Scala di Borg:** solo per pazienti in riabilitazione cardiologica e/o respiratoria;
- **Glasgow Outcome Scale (GCS):** solo pazienti in condizione di post-coma (campo 50=2);
- **Disability Rating Scale (DRS):** solo pazienti in condizione di post-coma (campo 50=2);
- **Levels of Cognitive Functioning (LCF):** solo pazienti in condizione di post-coma (campo 50=2);
- **Spinal Cord Independence Measure (SCIM):** solo pazienti in condizione di mielolesione (campo 51=2).

- **ASIA** (determinazione della completezza della lesione midollare dell'American Spinal Injury Association): solo specialità di reparto 28 (campo 3=28), regime ordinario (campo 19=1) e paziente in condizione di mielolesione (campo 51=2).
- **Glasgow Coma Scale (GCS)**: contiene il valore attribuito in fase di acuzie per i pazienti in condizione di post-coma trattati nei reparti codice 75 (campo 50=2);

In considerazione della estrema specificità e complessità del percorso riabilitativo di soggetti in età evolutiva ed in mancanza di scale che contengano una valutazione di più aspetti della disabilità (motorio, comportamentale, cognitivo, etc.), per il gruppo di età <18 anni non è stato previsto, nell'ambito del RAD-R, la raccolta di informazioni derivanti da specifici strumenti standardizzati di valutazione.

Modalità di registrazione ed invio dei dati

I dati raccolti possono essere inviati attraverso due modalità, entrambe prevedono il collegamento a internet e l'abilitazione del protocollo https.

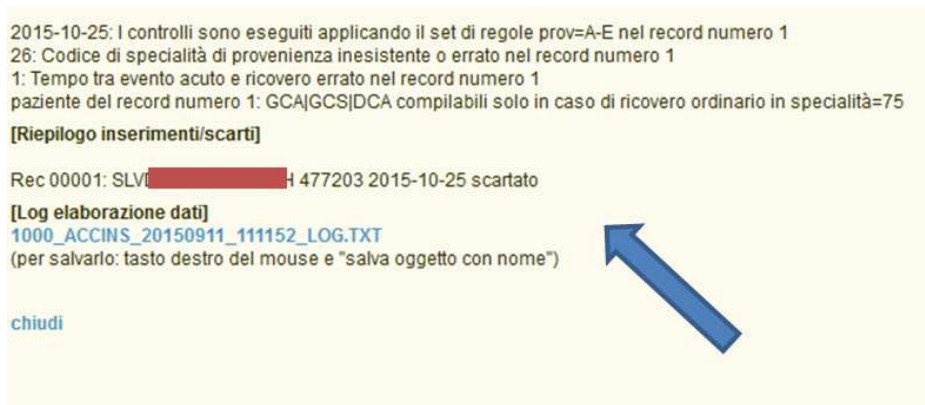
- **Modalità “on-line”** su interfaccia WEB attraverso connessione *on-line* con le pagine del RAD-R all'indirizzo http://asponline.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/sio/sdo_siar/login.php. Ogni reparto di ogni istituto di ricovero ha una propria *password* e *login* per accedere al servizio e l'operatore designato dalla struttura inserisce i dati su maschere predefinite che si attivano con la suddetta chiave di accesso. Con questa modalità di trasmissione dati, l'archivio, residente presso un server protetto, viene aggiornato in tempo reale.

- **Modalità “XML”**: l'inserimento dei dati avviene localmente attraverso un programma sviluppato dall'Istituto di ricovero ed i dati vengono inviati via WEB in formato XML sempre collegandosi alle pagine del RAD-R nel sito della Regione Lazio http://asponline.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/sio/sdo_siar/login.php. Sono stati considerati tre tipi di file (anagrafica, accettazione e dimissione) che così permettono l'invio di informazioni in momenti diversi.

I nomi utilizzati per i campi sono esplicativi ed una loro descrizione è disponibile alle pagine 24-30 del presente documento. Gli schemi da utilizzare per l'invio dei dati sono riportati nell'**Allegato I**.

I controlli di congruenza sono gli stessi della versione on-line. Il tracciato record fornito, corredato dalle descrizioni sintetiche, risulta particolarmente utile ad individuare le regole di congruenza all'interno di un singolo campo o tra campi differenti. Ad ogni invio di files, il programma produrrà una schermata riassuntiva su ogni singolo record trasmesso che riporta un

feedback di inserimento o non inserimento per incongruenza nei valori o riscontro di record già presenti nell'archivio generale. Tale schermata, attraverso un link, sarà scaricabile sul supporto dell'utente come ricevuta (formato txt.) dell'avvenuto, o meno, inserimento dei ricoveri in accettazione/dimissione. Le informazioni anagrafiche sono separate da quelle sanitarie. (Figura A)



La valutazione mediante compilazione della scheda cartacea deve avvenire entro il 10° giorno dalla data di ricovero del paziente.

Le informazioni anagrafiche e quelle sanitarie relative all'accettazione devono essere registrate sull'apposita scheda informatizzata in rete entro il 15° giorno dal ricovero o dal primo accesso in caso di DH e comunque non oltre la data di dimissione, oltre tale limite non possono più essere inserite.

Le modifiche in modalità on-line relative all'accettazione sono consentite fino alla registrazione della dimissione.

Le informazioni relative alla dimissione dovranno essere registrate entro 15 giorni dalla data di dimissione, tuttavia l'inserimento è consentito entro il giorno 15 del mese successivo a quello di dimissione (la valorizzazione corrispondente sarà compresa negli importi del mese precedente) e fino al 15 del secondo mese successivo a quello della dimissione (la valorizzazione corrispondente sarà attribuita solo a conguaglio).

Si precisa che, le accettazioni inviate oltre il termine del 15° giorno dalla data di accettazione e le dimissioni inviate oltre il termine del 15° giorno del secondo mese successivo alla dimissione, saranno accettate dal RAD-R, ma i record corrispondenti non avranno valorizzazione (campo COSTO=0) e non saranno considerati a fini amministrativi.

La registrazione delle **modifiche** in modalità on-line relative alla dimissione è consentita fino al 15 del mese successivo a quello della data di dimissione. Le modifiche relative a record chiusi, già inseriti e accettati, è effettuata attraverso il flusso ad hoc "modifiche" in modalità XML (i record

confluiscono in un archivio distinto alimentato con i files XML) e può avvenire, mediante l'invio di tutte le sezioni (Anagrafica, Accettazione, Dimissione), fino al 15°giorno del secondo mese successivo a quello della dimissione.

Tuttavia, una volta inseriti alcuni campi (numero progressivo di ricovero e data di accettazione), per rispettare le regole di congruenza richieste dal database, gli stessi non saranno modificabili. Si suggerisce di contattare l'Help Desk al numero **06/51685265** negli orari indicati nelle pagine del RAD-R nel sito http://asponline.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/sio/sdo_siar/login.php) o inviando un messaggio di posta elettronica all'indirizzo asp-inforiab@regione.lazio.it per ulteriori dettagli.

Per la descrizione delle modalità e dei tempi di registrazione si fa riferimento alla direttiva ASP n.2 del 01/07/2010.

Dettagli modalità di registrazione on-line e XML

Anagrafica ed accettazione

La modalità di compilazione on-line (RAD Informatizzato On Line – Riabilitazione) avviene mediante l'accesso alle pagine del RAD-R nel sito http://asponline.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/sio/sdo_siar/login.php e cliccando poi nei banner a centro pagina.

RAD-R * Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione

Ultimo aggiornamento portale: [01/07/2015 - 10:01:00]

Il rapporto accettazione-dimissione per la riabilitazione del Lazio, denominato RAD-R ([direttiva ASP](#)) è finalizzato al monitoraggio dei ricoveri in riabilitazione intensiva post-accuterie presso le strutture autorizzate della regione Lazio (codici 28, 56 e 75).

Esso si configura come una estensione del flusso del sistema informativo ospedaliero (SIO) che dal 1994, attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), rileva e gestisce i dati analitici di tutti i ricoveri ospedalieri (in acuterie e post-accuterie) che ogni anno si verificano negli Istituti di Ricovero e Cura della Regione.

Poiché la SDO risultava inadeguata per descrivere la complessità e specificità del paziente che accede ad un percorso di riabilitazione intensiva post-accuterie (in quanto carente per la descrizione dei motivi dell'accesso, impegno assistenziale, stato di dipendenza funzionale della persona, e dell'eventuale percorso riabilitativo successivo alla dimissione), l'Agenzia di Sanità Pubblica ha sviluppato il Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione (RAD-R), la cui [scheda di raccolta dati](#) è stata realizzata dopo una fase di sperimentazione e tenendo conto dei commenti che gli operatori dell'area hanno fornito. Gli allegati della scheda [A](#), [B](#) e [C](#), riportano una descrizione dettagliata delle scale di valutazione utilizzate.

Il sistema informativo RAD-R è attivo dal 1° maggio 2005, tuttavia la qualità dei dati è soddisfacente a partire dall'anno 2006.

Per ulteriori dettagli tecnici si suggerisce di leggere le [nuove istruzioni \(Gennaio 2014\)](#) e i nuovi allegati [1](#), [2](#), [3](#).

In evidenza

- [Le nuove istruzioni RAD-R \(GEN 2014\)](#)
- [All.1-Schemi XML/XSD \(GEN 2014\)](#)
- [All.2-Istituti di prov./trasf. e specialità \(GEN 2014\)](#)
- [All.3-Attestati e codici paesi esteri \(GEN 2014\)](#)
- [Codici ISTAT \(GIU 2015\)](#)
- [Codici ICD9CM \(OTT 2010\)](#)
- [Guida utilizzo del REPORT on-line \(OTT 2010\)](#)
- [Il nuovo portale RAD-R \(LUG 2015\)](#)

Help-Desk

CALL-CENTER: 06 5168 5265 (Orari aggiornati al 1° Dicembre 2014)	
lunedì e mercoledì	14.00 - 16.00
martedì, giovedì e venerdì	11.00 - 13.00
Per informazioni o comunicazioni: asp-inforiab@regione.lazio.it	

LOGIN

Utente	
Password	
	invia
Vai alla login del report RAD-R »	

Avvisi agli Utenti

- 01 LUG 2015 10:01 - Adeguamento del RAD-R al DCA n. U00444 del 22/12/2014 e ulteriori modifiche introdotte al tracciato**
 - Si avvisa che prossimamente saranno resi disponibili su questo portale la documentazione tecnica e il materiale informatico necessari agli utenti per uniformare il proprio flusso dati al **nuovo tracciato** previsto dalla DCA n. U00444 del 22/12/2014 e che riguarda i ricoveri in specialità 28 e 75.
 - Si anticipa altresì che nel tracciato sono state introdotte **ulteriori modifiche** che interessano anche i ricoveri in specialità 56.
 - In occasione della pubblicazione dei materiali, sarà data comunicazione della tempestività consentita agli utenti per provvedere all'adeguamento dei propri invii.
- 01 LUG 2015 10:00 - Attivazione del nuovo portale RAD-R**
Buon lavoro con il **nuovo portale RAD-R**

Notizie recenti

13 Feb 2015	DETERMINAZIONE G01223 GR/11/06 del 12/02/2015: MODIFICHE ED INTEGRAZIONI AL TRACCIATO DEL FLUSSO RAD-R - DCA n. U00444 del 22/12/2014 [> Adeguamento del Sistema Informativo RAD-R <] Nota G01223 GR/11/06 del 12/02/2015
13 Feb 2015	AGGIORNAMENTO DEI CODICI MINISTERIALI NELLA TABELLA DEGLI ISTITUTI DI PROVENIENZA E DI TRASFERIMENTO Sono stati aggiornati i seguenti codici ministeriali: 120285 Polo Ospedaliero San Filippo Neri (sostituisce il codice 120903 dal 1/1/2015) 120286 Villa Luana (sostituisce il codice 120273 dal 16/1/2015)
09 Dic 2014	TEMPISTICHE PER LA CHIUSURA DELLA RILEVAZIONE RAD-R 2014 [> Tempestiche per la chiusura della rilevazione 2014 per il flusso informativo delle prestazioni sanitarie RAD-R e consolidamento degli archivi per elaborazioni <] Nota G83654 GR/11/06 del 09/12/2014

Normativa

- Modifiche nella rilevazione dei dati relativi alla residenza nei flussi informativi delle prestazioni [...] RAD-R, [...] per l'anno 2014**
Nota regionale 194518 del 30/12/2013 con il tracciato XML aggiornato della **sezione anagrafica**
- Modifiche RAD-R**
NotaASP 7878 dell' 08/06/2011
- Indicazioni operative in applicazione della Direttiva ASP N2**
NotaASP 14477 del 27/10/2010
- Procedure 2010 per la correzione di errori di registrazione nel flusso RAD-R**
Direttiva ASP N2 del 01/07/2010

(Figura I).

Regione Lazio * Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Via R.R.Garibaldi, 7 - 00145 Roma

La procedura per richiedere la chiave di accesso prevede, per le nuove utenze, il passaggio attraverso il referente ufficiale della Azienda di competenza, al quale sarà effettuata materialmente la consegna delle credenziali. Sarà cura della ASL smistarle ai referenti ufficialmente autorizzati dal responsabile legale della struttura richiedente. Si ricorda che “user” e “password” sono “case-sensitive” e cioè i caratteri alfanumerici dovranno essere inseriti esattamente come “**MAIUSCOLO**” o “**minuscolo**” se così indicati. Sempre da questa pagina è possibile accedere direttamente alla documentazione del sistema informativo RAD-R che definisce il flusso, le strutture interessate al flusso stesso, la scheda cartacea per la raccolta dei dati, le istruzioni per l'utilizzo del RAD-R (cioè il presente documento), gli allegati che riportano una descrizione dettagliata delle scale di valutazione utilizzate ed il contenuto informatico/tracciato record e gli

allegati, le tabelle e le guide per la codifica dei files xml. Dopo aver inserito correttamente user e password si accede a pagine riservate della struttura.

Per rispettare la normativa vigente sulla privacy, la password corrente deve essere obbligatoriamente modificata la prima volta che l'utente accede al RAD-R (**Figura 2**). La password è comunque modificabile dall'utente in qualsiasi momento, ma deve rispettare i seguenti criteri:

- Contenere almeno un numero e un carattere
- Essere almeno 8 caratteri di lunghezza
- Non contenere caratteri speciali come * % \$ " ' ` ` ` o spazi (blanks)

Figura 2

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione
Scheda di raccolta dati

Per rispettare la normativa vigente sulla privacy la password corrente deve essere obbligatoriamente modificata la prima volta che l'utente accede al RAD-R. La password è comunque modificabile dall'utente in qualsiasi momento. La password deve rispettare i seguenti criteri:

- Contenere almeno un numero e un carattere
- Essere almeno 8 caratteri di lunghezza
- Non contenere caratteri speciali come * % \$ " ' ` ` ` o spazi

Dopo 90 giorni la password corrente di accesso non sarà più valida e si verrà indirizzati automaticamente alla pagina di cambio password. Tuttavia, è possibile in qualsiasi momento cambiare la password corrente attraverso il link "modifica password"

Dopo 180 giorni di inattività è prevista anche la scadenza dell'utente. Se la password viene dimenticata oppure scade l'utenza, sarà necessario contattare l'amministratore del RAD-R per avere una nuova password e/o riattivazione dell'utenza. In questi casi sarà necessaria un'autorizzazione formale del responsabile legale della struttura.

attuale password

nuova password

reinserire nuova password

[Xesci](#) [←indietro](#)

Dopo 90 giorni la password corrente di accesso non sarà più valida e si verrà indirizzati automaticamente alla pagina di cambio password (avviene automaticamente anche al primo accesso). Tuttavia, è possibile in qualsiasi momento cambiare la password corrente attraverso il link "modifica password". Dopo 180 giorni di inattività è prevista anche la scadenza dell'utente. Se la password viene dimenticata oppure scade l'utenza, sarà necessario contattare l'amministratore del RAD-R per avere una nuova password e/o riattivazione dell'utenza. In questi casi sarà necessaria un'autorizzazione formale del responsabile legale della struttura. Una volta entrati e, se richiesto dal sistema, aver modificato la password, si accederà alla prima pagina per l'inserimento dei dati (**Figura 3**).

Figura 3

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione
Scheda di raccolta dati

[Modifica password](#)

[Visualizza la lista completa](#)

Inserire il **codice fiscale** del paziente da modificare/inserire

oppure inserire il progressivo di ricovero e l'anno
progressivo anno

oppure se hai un file in formato XML :
per l'anagrafica da caricare [clicca qui](#)
per l'accettazione da caricare [clicca qui](#)
per la dimissione da caricare [clicca qui](#)

lista pazienti ricoverati che non risultano dimessi

per informazioni : asp-inforiab@regione.lazio.it

Se un paziente viene inserito per la prima volta ci sono due modalità per farlo. La prima è quella di inserire il suo *codice fiscale*. Si ricorda che il programma ha controlli di congruenza sul codice fiscale ed i dati anagrafici che saranno inseriti successivamente. Se il codice fiscale è incongruente con le regole generali di sua generazione, una volta premuto il tasto invia, il programma manda un messaggio che comunica che il codice non è corretto. Altrimenti invia alla pagina successiva (**Figura 4**).

Figura 4

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione
Scheda di raccolta dati

SEZIONE ANAGRAFICA

Attenzione: la data di nascita calcolata dal codice fiscale è da correggere per i nati dopo il 31-12-1999

5. Cognome 6. Nome 7. Sesso

8. Luogo di nascita 9. Data di Nascita 10. Codice Fiscale

11. Luogo di Residenza 12. Asl-distretto di Residenza

13. Cittadinanza 14. Stato Civile 15. Titolo di Studio

16. Professione

la posizione nella professione

il ramo di attività economica

Per la modalità on-line, il sesso, il luogo e la data di nascita risultano dedotti dal codice fiscale, mentre risultano da inserire obbligatoriamente i campi “Cognome” e “Nome”, che subiscono un controllo di coerenza con il codice fiscale digitato. Se la data di nascita reale del paziente è successiva al 31-12-1999, la data di nascita ricavata dal codice fiscale va corretta in quanto automaticamente il sistema riporta la data come avvenuta nel XX secolo (1900-1999); inoltre, per i pazienti di età inferiore ai 18 anni non si attivano i campi relativi a titolo di studio e professione (campi 14,15,e 16). Se la cittadinanza o il luogo di nascita è estero, la scelta è facilitata da un menù a tendina.

I dati anagrafici da inserire nella schermata mostrata in figura 4 devono essere congruenti con il codice fiscale inserito nella schermata della figura 3. In caso di incongruenze, una volta arrivati alla fine della schermata, quando sarà premuto il tasto “Inserisci” il programma invierà un messaggio comunicando l’ incongruenza tra dati anagrafici inseriti e codice fiscale. Se il codice fiscale è corretto e l’errore è nei dati anagrafici inseriti, sarà possibile ri-digitare correttamente i nuovi dati. Viceversa, se l’errore è nel codice fiscale (ma formalmente corretto) sarà necessario ritornare alla pagina precedente e ridigitare i dati inseriti (**Figura 5**).

Figura 5

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione
Scheda di raccolta dati

Paziente: DARIO LAMPA (cod. paz. 282521) Aggiorna anagrafica

Per inserire una nuova accettazione [cliccare qui](#)

Xesci <indietro

In alternativa, è possibile inserire le informazioni anagrafiche mediante **l’invio di un file in formato XML**. Cliccando l’apposito tasto mostrato sulla schermata della figura 3, compare la schermata in **Figura 6**.

Figura 6

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione
Scheda di raccolta dati

File anagrafico da trasferire:

Scegli file Nessun file selezionato Invia

[per caricare modifiche ad una anagrafica VAI](#)

Xesci <indietro

Utilizzando il tasto “Scegli file” si cerca il file contenente i dati anagrafici da trasferire (il file può contenere i dati anagrafici di uno o più pazienti) ed una volta selezionato si preme il tasto “invia”. Per ogni paziente inserito appariranno messaggi di accettazione del record o di errore qualora ci fossero errori di sintassi della procedura o di incongruenza rispetto ai dati richiesti. Dettagli relativi alla creazione di questi file ed al tracciato record sono riportati negli schemi dell’**Allegato I**.

Da qui è possibile anche effettuare delle modifiche di anagrafiche già inserite; comparirà una schermata specifica simile a quella sopra riportata.

Nel tracciato XML del file relativo all’invio di una scheda anagrafica è stato aggiunto (così come riportato nella nota Prot. 7878/ASP/DG del 08/06/2011) il campo “proric” affinché le modifiche relative a tale sezione siano riferite al singolo ricovero per cui si vuole apportare la modifica. Lo schema XML aggiornato alle ultime modifiche e l’esempio sono riportati nell’**Allegato I**.

Nel ricordare che la modifica di un record già inserito può avvenire solo con riferimento a record “completi”, ossia solo quando risulti già inserita nel sistema la terna “anagrafica, accettazione, dimissione”, si precisa che la stessa regola è stata implementata per l’invio di successive modifiche ad uno stesso ricovero, che potranno quindi essere inviate esclusivamente dopo aver completato ed inviato la precedente modifica ossia esclusivamente quando risulti completata all’interno del flusso modifiche la terna “anagrafica, accettazione, dimissione” relativa alla precedente modifica (**Figura 7**).

Figura 7



Una volta inseriti i dati anagrafici, si prosegue con l’inserimento della data di accettazione (**Figura 8**), che deve rispettare i formati (“gg-mm-aaaa” nella modalità on-line e “aaaa-mm-gg” nella modalità XML), i controlli di coerenza (ad esempio: la data non deve essere successiva al quella del giorno dell’inserimento, ecc...) e, una volta inserita non è più modificabile.

A seguire vanno inseriti i campi relativi al reparto, il progressivo di ricovero, costituito da una stringa di 6 caratteri di tipo alfanumerico, in cui non è possibile però inserire caratteri speciali quali ad esempio l'asterisco (*), e costituisce una chiave univoca del ricovero per l'anno in corso, il regime, l'onere della degenza, la provenienza, la patologia oggetto di intervento e patologia di base.

Figura 8

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione
Scheda di raccolta dati

Se si vuole proseguire con l'inserimento dei dati per il paziente DARIO LAMPA
 inserire la data di accettazione (gg-mm-aaaa) 18.

Reparto 17. Progressivo ricovero 19. Regime di ricovero

20. Onere degenza

21. Provenienza

26. Patologia oggetto dell'intervento riabilitativo
 Codice ICD9-CM Effettuare una scelta valida il codice

27. Patologia di base
 Codice ICD9-CM Effettuare una scelta valida il codice

Dopo aver premuto il pulsante “invia” si apre la schermata (**Figura 9**) in cui vanno inserite le altre informazioni della sezione accettazione (campi da 17 a 35 della scheda cartacea), tra cui la provenienza del ricovero in riabilitazione e l'eventuale istituto di provenienza, specialità di provenienza, progressivo di ricovero di provenienza, regime di ricovero di provenienza e tempo tra evento acuto e ricovero. Per la compilazione dei campi “*Istituto di ricovero di provenienza*” e “*specialità di provenienza*” si fa riferimento alle tabelle in **Allegato 2**.

Figura 9

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione Scheda di raccolta dati		
SEZIONE 1 - ACCETTAZIONE		
Nome e Cognome		DARIO LAMPA
17 Progressivo ricovero		120230
18 Data di Ricovero	01-10-2015	
19 Regime di ricovero	Ordinario	
20 Onere degenza		
1.SSN		
Tipologia attestato di diritto	sigla paese istituzione estera competente	
codice cassa ist. estera competente	data fine validità attestato (gg-mm-aaaa)	
codice attestato	codice qualifica beneficiario	
numero di tessera TEAM	Identificativo Personale	
21 Provenienza		
A.Da reparto per acuti		
[Effettuare una scelta]		
A.Da reparto per acuti		
B.Da reparto post-acuti		
C.Da domicilio su invio del reparto per acuti		
D.Da domicilio		
E.Da setting residenziale/domiciliare		
23 Specialità di Provenienza		
[prov. RM] [Lazio] [AZ. Osp.] [Regioni]		
[Effettuare una scelta]		
23.2 Regime ricovero di Provenienza		
[Effettuare una scelta]		
24 Modalità di accesso in riabilitazione		
[Non richiesto]		
25 Tempo tra evento acuto e ricovero		
[Effettuare una scelta]		
26 Patologia oggetto dell'intervento riabilitativo		
Codice ICD9-CM	Effettuare una scelta	
	140.8	
27 Patologia di base		
Codice ICD9-CM	Effettuare una scelta	
	242.11	
28 Patologia associata 1 (annulla patologia)		
Codice ICD9-CM	Effettuare una scelta	

seguono i campi da 30 a 35

Nel caso in cui venga selezionato l'onere di degenza A, B, C, D o E è obbligatorio compilare la sezione relativa alla mobilità internazionale (file C).

Si ricorda che se il Codice Fiscale è STP, l'onere dovrà essere necessariamente A od E, mentre se codice fiscale è ENI, l'onere dovrà essere necessariamente E.

Se si inserisce un Codice Fiscale non ENI né STP non è consentito l'onere A od E.

Lo schema riportato nell'allegato 4 alla nota fornisce il tracciato record della sezione "file C" e riassume i controlli effettuati dal sistema.

La *tipologia dell'attestato di diritto* (campo *tipattestato*) è un campo obbligatorio, e deve essere selezionata una delle seguenti sigle: UE (attestato team non italiana), AE (altro attestato UE), TP (tessera STP), XT (attestato paese in convenzione), SA (attestato SASN), EN (attestato ENI).

In particolare, se viene selezionato l'onere A, il tipo attestato corrispondente dovrà essere TP, se viene indicato l'onere B, il tipo attestato corrispondente dovrà essere SA, per l'onere E il tipo attestato corrispondente dovrà essere o TP o EN e per onere C o D dovrà corrispondere il tipo attestato UE, AE o XT.

Il *codice della cassa di istituzione estera competente* (campo *cciec*) e la sigla del paese di istituzione estera competente (campo *istcompetente*) sono campi obbligatori solo se viene indicato come tipo attestato UE, AE o XT; per il campo *istcompetente* è disponibile una tabella che contiene le sigle per ogni paese (*Allegato 3*).

Il *codice qualifica beneficiario* (campo *codqualben*) non ha carattere di obbligatorietà, va compilato solo per i lavoratori e i familiari dei lavoratori, per gli attestati AE (modelli EI06 e EI09) e per San Marino, Tunisia, Croazia. Nel caso in cui venga compilato tuttavia dovranno essere inseriti esclusivamente i seguenti valori: 1 (lavoratore subordinato), 2 (lavoratore autonomo), 9 (lavoratore frontaliero-subordinato), 10 (lavoratore frontaliero-autonomo), 11 (lavoratore disoccupato).

Il *codice attestato* (campo *codattestato*) è obbligatorio solo se il tipo attestato è UE, AE o XT, ma per tipologia attestato di diritto UE (paesi dell'unione europea, SEE e svizzera) dovrà necessariamente corrispondere a uno dei due codici EHIC o REPL e tali codici, a loro volta, potranno essere inseriti esclusivamente se il tipo attestato è UE.

La *data di fine validità dell'attestato* è sottoposta a controlli relativi al formato (AAAA-MM-GG per l'invio XML e GG-MM-AAAA per l'invio on-line) e alla congruenza (deve essere maggiore o uguale della data di ricovero), tuttavia l'inserimento è obbligatoria solo se il tipo attestato è UE, AE, TP o EN.

Il *numero della tessera Team* è obbligatorio solo per tipo attestato UE mentre *l'identificativo personale concesso dalla cassa estera competente* è obbligatorio solo se il tipo attestato è UE, AE.

Se l'onere è A, B, C, D od E, ma non vengono rispettati i controlli sopradescritti per ciascun campo il record verrà scartato. Viceversa, la sezione "file C" deve essere vuota (non compilata) se l'onere indicato NON è uno fra A, B, C, D od E, altrimenti il record verrà scartato.

Per la codifica delle patologie si utilizza la classificazione internazionale ICD9-CM 2007. I campi relativi alla patologia oggetto di intervento ed alla patologia di base, sono obbligatori, ed è possibile inserirli digitando direttamente il codice (senza punti) e poi controllarlo mediante validazione,

oppure effettuando una scelta dal menù a tendina. Allo stesso modo è possibile (ma non obbligatorio) inserire fino ad altre 8 patologie associate (da inserire in maniera sequenziale, dalla prima all'ottava, senza lasciare "buchi").

Una volta compilata la schermata di Figura 9, attraverso il tasto "Salva" si passa (sempre che tutti i campi obbligatori siano stati inseriti e che le regole di congruenza richieste siano rispettate) alla schermata successiva che contiene i campi 36-51 della scheda cartacea (**Figura 10**). I campi dal 36 al 44 sono tutti obbligatori, prevedono una voce "non valutabile" e le scelte vengono effettuate mediante menù a tendina.

Particolare attenzione va dedicata ai campi 50 (paziente post-comatoso) e 51 (paziente mieloleso). La scelta dei codici (si/no) attraverso il menu a tendina ed il reparto di appartenenza (specialità codice 75 o codice 28) condizionano il trasferimento alla schermata successiva (vedi istruzioni alla compilazione della scheda cartacea), questi campi, una volta inseriti, non possono essere modificati, se non ritrasmettendo il record completo nel flusso delle modifiche.

Figura 10

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione
Scheda di raccolta dati

SEZIONE 1 - ACCETTAZIONE - Aree compromesse

Nome e Cognome: DARIO LAMPA
Utenza di amministratore - Reparto 01

36. Compromissione cognitiva
37. Compromissione del comportamento
38. Compromissione della comunicazione/linguaggio
39. Compromissione sensoriale
40. Compromissione della manipolazione
41. Compromissione dell'equilibrio
42. Compromissione della locomozione
43. Compromissione cardiovascolare prevalente
44. Compromissione dell'apparato respiratorio
45. Ulcere
46. Compromissione del controllo sfinterico
47. Compromissione dell'apparato urinario
48. Compromissione dell'area della nutrizione
49. Tracheostomia
50. Paziente Post-Comatoso
51. Paziente mieloleso

Xesci <indietro Salva

Se per entrambi i campi viene riportato il codice “no” allora appariranno le schermate relative all’ “Indice di Barthel”, al “Six minute walk test” e alla “Scala di Borg” (**Figura 11**).

Figura 11

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione Scheda di raccolta dati					
SEZIONE 1 - ACCETTAZIONE - Strumenti standardizzati di valutazione					
Nome e Cognome		DARIO LAMPA			
		Utenza di amministratore - Reparto 01			
52. INDICE DI BARTHEL					
	0	2	5	8	10
ALIMENTAZIONE	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	3	4	5
BAGNO/DOCCIA	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	3	4	5
IGIENE PERSONALE	☐	☐	☐	☐	☐
	0	2	5	8	10
ABBIGLIAMENTO	☐	☐	☐	☐	☐
	0	2	5	8	10
CONTINENZA INTESTINALE	☐	☐	☐	☐	☐
	0	2	5	8	10
CONTINENZA URINARIA	☐	☐	☐	☐	☐
	0	2	5	8	10
USO DEL GABINETTO	☐	☐	☐	☐	☐
	0	3	8	12	15
TRASFERIMENTO LETTO <-> CARROZZINA	☐	☐	☐	☐	☐
	0	3	8	12	15
DEAMBULAZIONE	☐	☐	☐	☐	☐
	0	2	5	8	10
SCALE	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	3	4	5
USO DELLA CARROZZINA	☐	☐	☐	☐	☐
TOTALE					0
53. SIX MINUTE WALK TEST (6MWT)					
		metri		scala di Borg	

L'**Indice di Barthel** va compilato per ogni item ed il totale sarà calcolato automaticamente. Con riferimento al **Six Minute Walk Test**, rivolto ai pazienti sottoposti a riabilitazione cardiologia e/o respiratoria, vanno riportati i metri percorsi dal paziente nel tempo di esecuzione del test stesso, unitamente alla segnalazione dello sforzo, misurato con la **scala di percezione della fatica di Borg**.

Se sarà riportato il codice “si, con esiti acuti per il presente ricovero” per il campo 50 (paziente post-comatoso) apparirà la schermata relativa alla compilazione delle scale di valutazione del paziente post-comatoso (GOS, LCF, DRS, **Figura 12**); se sarà invece riportato il codice “si, senza esiti acuti per il presente ricovero” per il campo 50 (paziente post-comatoso) apparirà la schermata descritta precedentemente relativa all'”Indice di Barthel”, al “Six minute walk test” e alla “Scala di Borg” (Figura 9).

Figura 12

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione

Scheda di raccolta dati IE 1 - ACCETTAZIONE - Strumenti standardizzati di valutazione

Nome e Cognome: MARIALETIZIA GIARRETTI

54. GLASGOW OUTCOME SCALE (GOS)

2 stato vegetativo	3 disabilità grave	4 disabilità moderata	5 buon recupero
☐	☐	☐	☐

55. LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING (LCF)

1	2	3	4	5	6	7	8
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

56. DISABILITY RATING SCALE (DRS)

TOTALE:

Xesci ←indietro Salva

Per il campo 51 (paziente mieloleso) analogamente si passerà alla schermata relativa alla compilazione della scala di valutazione “Spinal Cord Indipendence Measure” (SCIM) per i pazienti mielolesi (**Figura 13**).

Figura 13

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione
Scheda di raccolta dati

SEZIONE 1 - ACCETTAZIONE - Strumenti standardizzati di valutazione

Nome e Cognome **DARIO LAMPA** - Reparto 01

85. SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (SCIM)

TOTALE

Salva

Xesci ←indietro

Nel caso di paziente in condizioni di post coma registrato da una utenza di specialità 75, oltre alle scale mostrate, la schermata richiederà ulteriori variabili:

Figura 13.1

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione
Scheda di raccolta dati

SEZIONE 1 - ACCETTAZIONE - Strumenti standardizzati di valutazione

Nome e Cognome **GINO LATINO** Utente prova 75 - Reparto 05

54. GLASGOW OUTCOME SCALE (GOS)

	2 stato vegetativo	3 disabilità grave	4 disabilità moderata	5 buon recupero
	☐	☐	☐	☐

55. LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING (LCF)

	1	2	3	4	5	6	7	8
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

56. DISABILITY RATING SCALE (DRS)

TOTALE

56.1 GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA (GCA)

Ricovero di paziente che non presenta contemporaneamente tutte le condizioni (1-5) di cui al punto 1.1 dell'allegato 1 al DCA 444/2014

Ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate ai punti 1- 4 di cui al punto 1.1 dell'allegato 1 al DCA 444/2014, **in continuità con l'evento acuto**

Ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate ai punti 1- 4 di cui al punto 1.1 dell'allegato 1 al DCA 444/2014, considerato **in continuità con l'evento acuto**, in quanto trasferito da reparto codice 75-MDC1 di altro presidio, rispetto a quello che lo aveva in carico, per avvicinamento e facilitazione del reinserimento sociale nel luogo di residenza

Ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate ai punti 1- 4 di cui al punto 1.1 dell'allegato 1 al DCA 444/2014, **in discontinuità con il momento acuto** per completamento del progetto riabilitativo

Ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate ai punti 1- 4 di cui al punto 1.1 dell'allegato 1 al DCA 444/2014, **in discontinuità con il momento acuto** per rivalutazioni

56.2 GLASGOW COMA SCALE: PUNTEGGIO RIFERITO AL RICOVERO IN ACUZIE (GCS)

	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

56.3 DURATA DEL COMA IN ACUZIE (DCA)

	1 inferiore a 24 ore	2 da 24 ore a 7 giorni	3 uguale o superiore agli 8 giorni
	☐	☐	☐

Nel caso di paziente in condizione di mielolesione registrato da una utenza di specialità 28, oltre alle scale mostrate (SCIM), la schermata richiederà ulteriori variabili:

Figura I3.2

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione Scheda di raccolta dati	
SEZIONE 1 - ACCETTAZIONE - Strumenti standardizzati di valutazione	
Nome e Cognome	PINO VERDE
Utente prova 28 - Reparto 03	
57. SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (SCIM)	
TOTALE	
57.1 GRAVE MIELOLESIONE (GM)	
Ricovero di paziente che non presenta contemporaneamente tutte le condizioni (1-4) di cui al punto 2.1 dell'allegato 1 al DCA 444/2014	1 ☐
Ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate ai punti 1- 3 di cui al punto 2.1 dell'allegato 1 al DCA 444/2014 in continuità con l'evento acuto	2 ☐
Ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate ai punti 1- 3 di cui al punto 2.1 dell'allegato 1 al DCA 444/2014 considerato in continuità con l'evento acuto , in quanto trasferito da reparto codice 28 di altro presidio, rispetto a quello che lo aveva in carico, per avvicinamento e facilitazione del reinserimento sociale nel luogo di residenza	3 ☐
Ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate ai punti 1- 3 di cui al punto 2.1 dell'allegato 1 al DCA 444/2014, in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo	4 ☐
Ricovero di paziente che presenta contemporaneamente tutte le condizioni riportate ai punti 1- 3 di cui al punto 2.1 dell'allegato 1 al DCA 444/2014, in discontinuità con il momento acuto per rivalutazioni	5 ☐
57.2 GRAVITA' DELLA LESIONE (ASIA)	
A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐	

La rilevazione della variabile ASIA è prevista, nelle suddette condizioni, sia in fase di accettazione che di dimissione.

Se il ricovero in registrazione fa riferimento ad un individuo <18 anni di età, non si accederà a nessuna delle schermate relative alle scale di valutazione.

Si ricorda che dettagli e riferimenti bibliografici per tutte le scale (**Figure I1-I3**) sono riportati negli allegati direttamente scaricabili dalla home-page del RAD-R.

Completata l'accettazione (campi I-57 della scheda cartacea), apparirà la schermata riassuntiva (**Figura I4**), in cui è possibile, aggiornare l'anagrafica, modificare i campi già inseriti e procedere all'inserimento della dimissione.

Figura 14

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione
Scheda di raccolta dati

Paziente: DARIO LAMPA (cod. paz. 282521) Aggiorna anagrafica

Accettazione del **01-01-2014** Modifica i campi da

17-35 36-51 52-53 54-56 57 Inserisci la dimissione

il paziente risulta avere accettazione e/o dimissione non concluse. Non è possibile inserire un'altra accettazione.

Xesci <indietro

Si ricorda che il progressivo di ricovero e la data di ricovero non sono più modificabili se non in casi eccezionali e comunque esclusivamente previa richiesta della direzione sanitaria della struttura e che i campi codice fiscale, cognome, nome, data di nascita, sesso, luogo di nascita, regime, data di dimissione, paziente post-comatoso e paziente mieloleso sono modificabili esclusivamente attraverso l'invio XML relativo al flusso modifiche.

I dati relativi all'accettazione possono essere anche inseriti attraverso l'invio di dati mediante modalità XML. L'invio può avvenire cliccando sull'apposito tasto della schermata mostrata in Figura 3 che permette la ricerca, in maniera analoga a quanto già visto per l'anagrafica (Figura 5a), del file contenente le informazioni richieste. Tale file richiede che sia presente la parte anagrafica dei dati del paziente che possono essere stati inseriti tramite modalità on-line o con modalità XML. Come già detto per l'invio in modalità XML della parte anagrafica, il programma manderà messaggi di accettazione e rifiuto dei dati inviati sulla base del rispetto delle regole di congruenza richieste dal programma e descritte precedentemente. Dettagli relativi alla creazione di questi files ed al tracciato record sono riportati negli schemi dell'**Allegato I**.

Dimissione

Una volta completata l'accettazione si potranno inserire le informazioni relative alla dimissione del paziente dalla schermata mostrata in Figura 14 cliccando sul tasto "Inserisci la dimissione".

Come mostrato dalla **Figura 15**, per accedere alla sezione dimissione, va inserita la data di dimissione, rispettando il formato ("gg-mm-aaaa" nella modalità on-line e "aaaa-mm-gg" nella modalità XML) e anch'essa sarà sottoposta a controlli di coerenza (ad esempio deve essere uguale o successiva a quella di ricovero).

Figura 15



Cliccando sul pulsante "invia", se la data è coerente, si apre la schermata della dimissione (**Figura 16**) che raccoglie informazioni relative al *tipo di dimissione* (campo obbligatorio), ad una eventuale prescrizione di protesi/ortesi/ausili; si dà la possibilità di indicare fino a 3 patologie intercorse e fino a 10 interventi o procedure effettuati. Il numero di accessi di day-hospital va compilato solo se all'accettazione era stato indicato il day-hospital come regime di ricovero. La diagnosi di dimissione è già presente e corrisponde alla patologia oggetto di intervento riportata nella sezione di accettazione, ma può essere modificata se le patologie intercorse durante il ricovero hanno determinato una modifica sostanziale del carico assistenziale dell'intervento riabilitativo.

Anche alla dimissione, per i pazienti adulti, va compilata la sezione relativa agli strumenti di valutazione riportando i punteggi di ogni area dell'**Indice di Barthel** e compilando il **Six Minute Walk Test** e la **Scala di Borg** per i pazienti in riabilitazione cardiologia e/o respiratoria, come avvenuto per l'accettazione. Se il paziente è in condizione di mielolesione e l'inserimento avviene da una utenza per specialità codice 28 apparirà invece una schermata per la compilazione delle scale **GOS, LCF, DRS, SCIM o ASIA** analoga a quella dell'accettazione (schermate non mostrate in figura ma analoghe a quelle mostrate nelle figure 11-13).

Figura 16

Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione Scheda di raccolta dati		
SEZIONE 2 - DIMISSIONE		
Progressivo ricovero 000005	56. Data di dimissione 25-01-2014	59. Tipo di dimissione effettua una scelta 1.domicilio 2.trasferimento programmato ad altro reparto 3.dimissione volontaria 4.decesso 5.dimissione protetta 6.trasferimento in urgenza 7.dimissione in struttura residenziale sanitaria
60. Istituto di trasferimento		
62. Numero Protesi/Ortesi/Ausili effettua una scelta		
63. Tipo Protesi/Ortesi/Ausili prescritti (I) effettua una scelta	64. Principali tipi Protesi/Ortesi/Ausili prescritti (II) effettua una scelta	
65. Programma riabilitativo proposto effettua una scelta		
66. Condizione abitativa effettua una scelta		
67. Patologia intercorsa 1 (annulla patologia)		
Codice ICD9-CM Effettuare una scelta		valida il codice
Patologia intercorsa 2 (annulla patologia)		
Codice ICD9-CM Effettuare una scelta		valida il codice
Patologia intercorsa 3 (annulla patologia)		
Codice ICD9-CM Effettuare una scelta		valida il codice
68. Diagnosi di dimissione		
Codice ICD9-CM Effettuare una scelta	711.03	
69. Accessi in Day-Hospital		
70. Intervento o procedura 1		
Codice ICD9-CM Effettuare una scelta		
71. Intervento o procedura 2		
Codice ICD9-CM Effettuare una scelta		
72. Intervento o procedura 3		
Codice ICD9-CM Effettuare una scelta		
73. Intervento o procedura 4		
Codice ICD9-CM Effettuare una scelta		
74. ...seguono campi da 74 a 79		

Dopo aver salvato i dati inseriti, cliccando sul pulsante “salva” in basso a destra, compare una schermata riassuntiva dell’accettazione e della dimissione (**Figura 17**). Da questa schermata è possibile aggiornare l’anagrafica, modificare alcuni campi dell’accettazione o della dimissione e, cliccando sul pulsante “completa”, scaricare in formato pdf i dati del paziente inseriti.

Figura 17

The screenshot shows a web form titled "Rapporto Accettazione Dimissione Riabilitazione Scheda di raccolta dati". At the top, it identifies the patient as "DARIO LAMPA (cod. paz. 282521)" and includes a link "Aggiorna anagrafica". The form is divided into two main sections: "Accettazione del" and "Dimissione del".

Accettazione del
01-10-2014

Modifica i campi da
17-35 36-51 52-53 54-56 57

Dimissione del
11-10-2014 (ricovero del 01-10-2014)

58-79 80-81 82-84 85

Completa la dimissione

il paziente risulta avere accettazione e/o dimissione non concluse. Non è possibile inserire un'altra accettazione.

At the bottom of the form, there are two buttons: "Xesci" and "←indietro".

La scheda riassuntiva del ricovero è scaricabile in formato pdf o excel anche attraverso il Portale RAD-R, a cui si accede, mediante login e password dall'indirizzo web http://asponline.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/sio/sdo_siar/login.php.

I dati relativi alla dimissione possono essere anche inviati mediante modalità XML. L'inoltro può avvenire cliccando sull'apposito tasto della schermata mostrata in Figura 3 che permette la ricerca, in maniera analoga a quanto già visto per l'anagrafica (Figura 6), del file contenente le informazioni richieste. Tale file richiede che sia presente la parte anagrafica e dell'accettazione del paziente che possono essere stati inseriti tramite modalità on-line o con modalità XML. Come già detto per l'invio in modalità XML della parte anagrafica, il programma produrrà schermate riassuntive su accettazione e rifiuto dei dati inviati sulla base del rispetto delle regole di congruenza richieste dal programma e descritte precedentemente.

CONTENUTO INFORMATIVO ANAGRAFICA

Campo	Descrizione del campo	Formato
CodFis	Questo campo contiene il <i>codice fiscale</i> dell'individuo. Il programma controlla la congruenza con nome (<i>nome</i>), cognome (<i>cognome</i>), datnas (data di nascita), comnas (comune di nascita) e sezzo (sesso) riportati successivamente. Se ci fosse un'incongruenza il programma scarta automaticamente il record. Si fa notare che il programma non controlla il raro caso di omocodia (cioè due o più diverse persone che abbiano uguali tutte e 15 le prime lettere/cifre del codice secondo lo schema di calcolo) ed il programma scarnerà comunque il record. Questo problema sarà risolto da soluzioni ad hoc caso per caso.	Char 16
codfisc_orig	Implementato SOLO nel file xml dell'anagrafica finalizzato alle modifiche del codice fiscale nel flusso delle modifiche . Identico a codfis per il formato, non obbligatorio . Viene codificato con il codice fiscale errato/precedente.	Char 16
Nome	E' questo il <i>nome anagrafico</i> . Valgono le regole di congruenza sopra descritte e quindi eventuali soprannomi portano verosimilmente ad incongruenze col codice fiscale. A tal proposito si suggerisce comunque di evitare l'uso di abbreviazioni (esempio: M.Teresa, G.Paolo, etc), titoli (esempio: Dr, Ing, Suor, Don, etc) davanti al nome proprio e di fare attenzione a non invertire cognome e nome.	Char 50
Cognome	E' questo il <i>cognome anagrafico</i> . Valgono le regole di congruenza sopra descritte e quindi l'utilizzo del cognome del marito (per le donne) porta verosimilmente ad incongruenze col codice fiscale. Per i cognomi composti si suggerisce di scriverli per intero, si suggerisce di evitare l'uso di titoli (esempio: Dr, Ing, Suor, Don, etc) davanti al cognome e di fare attenzione a non invertire cognome e nome.	Char 50
Sesso	E' questo il <i>sesso anagrafico</i> . Valgono le regole di congruenza con il codice fiscale. Il codice 1 si utilizza per i maschi e 2 per le femmine	Char 1
DatNas	<i>Data di nascita</i> . Valgono le regole di congruenza con il codice fiscale. Il programma controlla la congruenza con la data del sistema. Il formato deve essere del tipo "AAAA-MM-GG" per l'invio XML e "GG-MM-AAAA" per l'invio on-line.	Date
ComNas	<i>Comune di nascita</i> . Valgono le regole di congruenza con il codice fiscale. Questo va codificato secondo la codifica dei comuni dell'ISTAT. Se la persona è straniera va inserito 999 nei primi tre caratteri e riportando il codice della nazione utilizzando il codice ISTAT a 3 cifre degli Stati esteri negli ultimi tre spazi. Una tabella contenente la descrizione del comune e della nazione è disponibile sul sito Laziosanità-ASP. Il programma controlla la congruenza con codici realmente esistenti.	Char 6
ComRes	<i>Comune di residenza</i> . Questo va codificato secondo la codifica dei comuni dell'ISTAT e seguendo le regole di codifica del campo precedente. Il programma controlla la congruenza con codici realmente esistenti.	Char 6
CirRom	<i>ASL di residenza e distretto sanitario nel comune di Roma</i> . Se il comune di residenza è Roma (se comres=058091) allora i primi due caratteri sono destinati a registrare la ASL di residenza ("RA", "RB", "RC", ...) e le ultime due cifre il Distretto di residenza ("01", "02", "03", .."11",...escluso il comune di Fiumicino).	Char 4
Cittad	<i>Cittadinanza</i> . La tabella dei codici è disponibile sul sito Laziosanità-ASP. In caso di cittadinanza italiana "100"; il codice dello stato estero in caso di cittadinanza straniera	Char 3
StatCiv	<i>Stato civile</i> . Se età≥18 anni 1 se celibe o nubile, 2 se coniugato/a, 3 se separato/a, 4 se divorziato/a, 5 se vedovo/a, 9 se non noto.	Char 1
TitStu	<i>Titolo di studio</i> . Se età≥18 anni 1 nessun titolo di studio, 2 licenza elementare, 3 licenza media inferiore, 4 diploma di scuola media superiore, 5 laurea o titoli ulteriori, 9 non noto	Char 1
Profes	<i>Condizione professionale</i> . Se età≥18 anni 1=occupato, 2=disoccupato, 3=in cerca di prima occupazione, 4=studente, 5=casalinga, 6=ritirato dal lavoro/inabile, 9= non noto	Char 1
Profes1	<i>Posizione nella professione</i> . Se età≥18 anni e profes=1 (da indicare solo se la prima cifra è 1, altrimenti lasciare blank): 1= imprenditore, libero professionista, 2= altro lavoratore autonomo, 3=lavoratore dipendente – dirigente o direttivo, 4=lavoratore dipendente – impiegato, 5:lavoratore dipendente – operaio, 6=lavoratore dipendente – altro (apprendista, lav. a domicilio, etc.), 9= non noto	Char 1
Profes2	<i>Ramo di attività economica</i> . Se età≥18 anni e profes=1 (da indicare solo se la prima cifra è 1, altrimenti lasciare blank): 1= agricoltura, caccia e pesca, 2= industria, 3= commercio, pubblici servizi e alberghiero, 4= pubblica amministrazione, 5= altri servizi privati, 9= non noto	Char 1

CONTENUTO INFORMATIVO ACCETTAZIONE

Campo	Descrizione del campo	Formato
	CODICE IRC – POLO OSPEDALIERO DI RIFERIMENTO	
CodIrc	Codice ministeriale a 6 cifre – questo viene automaticamente registrato dal programma RADIO-R ed è basato sullo “USER” di accesso	Char 6
Polo	Solo per i poli ospedalieri con più sedi; ad es. ‘01’, ‘02’, etc. Negli altri casi rimane ‘blank’. Anche questo è registrato automaticamente sulla base della login	Char 2
	SPECIALITÀ REPARTO	
Specrep	Valori ammessi: 28-56-75 - Anche questo è registrato automaticamente sulla base della login	Char 2
	CODICE DEL REPARTO	
Reparto	Deve contenere valori tra 1 e 99. Tale valore è inizialmente attribuito sulla base dello “USER” di accesso ma può essere modificato in online oppure utilizzando il campo opzionale previsto nell’invio XML	Integer 2
	NUMERO PROGRESSIVO DEL RICOVERO	
ProRic	Numero nosografico o di cartella clinica – deve essere unico nell’anno e per reparto: Può contenere sia valori alfanumerici che numerici ma non deve contenere caratteri speciali quali ad esempio l’asterisco o spazi vuoti (blanks)	Varchar 6
	DATA DI RICOVERO	
DatRic	Formato “AAAA-MM-GG” per l’invio XML e GG-MM-AAAA per l’invio on-line.	Date
	REGIME DI RICOVERO	
Regime	1:Ordinario 2:DH diagnostico 3:DH terapeutico 4:DH diagnostico/terapeutico	Char 1
	ONERE DEGENZA	
Onere	1:SSN 2:SSN+Conven. alberg. 3:Assist.indiretta 4:Pagante 5:Lib.Att.Prof.Intramoenia A.Ricovero a carico del Ministero degli Interni (STP) B.Ricovero di paziente SASN C.Ricovero parzialmente a carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione), per pazienti stranieri provenienti da paesi convenzionati con SSN (UE ed extra UE) D.Ricovero interamente a carico del SSN, per pazienti stranieri provenienti da paesi convenzionati con SSN (UE ed extra UE) E.Ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza (sono inclusi tutti gli stranieri con tessere STP o ENI)	Char 1
	TIPOLOGIA ATTESTATO DI DIRITTO - se onere=A,B,C,D,E	
Tipattestato	attestato Team Italiana= “IT”; attestato Team non italiana= “UE” Altro attestato UE = “AE” Tessera STP = “TP” Attestato paese in convenzione= “XT” Attestato SASN = “SA” Attestato ENI= “EN” -ONERE DEGENZA “A”, “E” > Pazienti STP e ENI > Tipologia attestato di diritto ‘TP’ o ‘EN’ -ONERE DEGENZA “B” > Paziente SASN > Tipologia attestato di diritto ‘SA’ -ONERE DEGENZA “C” o “D” > Pazienti stranieri o comunque a carico di casse estere europee o extraeuropee di paesi in convenzione	Char 2
	CODICE CASSA ISTITUZIONE ESTERA COMPETENTE NON va compilato per gli attestati/tessere TP,SA,EN	
Cciec		Char 10
	SIGLA PAESE ISTITUZIONE ESTERA COMPETENTE (si veda Allegato 3) NON va compilato per gli attestati/tessere TP,SA,EN	
Istcompetente		Char 3

Campo	Descrizione del campo	Formato
codqualben	CODICE QUALIFICA BENEFICIARIO Da compilare SOLO per i lavoratori e i familiari dei lavoratori, attestati/tessere AE (modelli E106 e E109), e per i corrispondenti esteri e San Marino, Tunisia e Croazia "1"=Lavoratore Subordinato, "2"=Lavoratore Autonomo, "9"=Lavoratore Frontaliero (Subordinato), "10"=Lavoratore Frontaliero (Autonomo), "11" = Lavoratore disoccupato	Char 2
codattestato	CODICE ATTESTATO (si veda l'Allegato 3) <i>NON va compilato per gli attestati/tessere TP,SA,EN</i> In caso di attestato UE ammesso solo EHIC o REPL e viceversa	Char 5
datafinevalid	DATA FINE VALIDITÀ ATTESTATO Formato "AAAA-MM-GG" per l'invio XML e "GG-MM-AAAA" per l'invio on-line. Obbligatorio per UE, AE, TP, EN e Facoltativo-vincolato per gli altri attestati, per i quali può essere mancante ma se inserita deve rispettare i vincoli (controllo formato data e datafinevalid>=datric)	Date
tessera_team	NUMERO DI TESSERA TEAM O ALTRO ATTESTATO Obbligatorio solo per UE	Char 20
identificativo_pers	IDENTIFICATIVO PERSONALE CONCESSO DALLA CASSA ESTERA COMPETENTE Obbligatorio solo per UE AE	Char 20
Prov	PROVENIENZA A partire dal 1 gennaio 2016: A= Da reparto per acuti; B= da reparto post acuti; C= Da domicilio su invio del reparto per acuti; D= Da domicilio; E= Da setting residenziale/domiciliare (Residenze sanitarie, non sanitarie, Case di riposo, Case famiglia). Fino al 31 dicembre 2015: 1= Trasferimento da Reparto acuti / post acuti 2=Trasferimento da Reparto di Lungodegenza medica 3 =Residenza Sanitaria Assistenziale 4 =Residenza non sanitaria (es. casa di riposo, casa famiglia, casa alloggio) 5 =Domicilio 6=Altro	Char 1
IrcPro	ISTITUTO PROVENIENZA - se Prov=A/B/C Codice dell'Istituto di provenienza. Se l'Istituto si trova nel Lazio inserire nei primi tre spazi il codice "120", nei successivi 3 spazi i codici del Ministero a 3 cifre, seguiti dal polo a 2 cifre (per invio XML si vedano gli schemi in Allegato 2>Ircpro>CODICE_XML); se l'Istituto si trova fuori Lazio, riportare il codice istat della regione nei primi tre spazi seguito da '00000' se l'Istituto si trova all'estero, riportare il codice "99900000"	Varchar 8
Reppro	SPECIALITÀ PROVENIENZA - se Prov= A/B/C (per invio XML si veda l'Allegato2>specialita>codice)	Char 2
ProricPro	NUMERO PROGRESSIVO DEL RICOVERO DI PROVENIENZA - se Prov= A/B/C Numero nosografico o di cartella clinica (per invio XML si veda l'Allegato2>specialita>codice)	Varchar 6
RegimePro	REGIME DI RICOVERO DI PROVENIENZA - se Prov= A/B/C 1:Ordinario 2: DH diagnostico/terapeutico	Char 1
Modacc	MODALITÀ DI ACCESSO IN REPARTO DI RIABILITAZIONE A partire dal 1 gennaio 2016: 0 Fino al 31 dicembre 2015: 1= Primo ricovero associato ad un "evento acuto con ricovero"; 2= Primo ricovero associato ad un "evento acuto senza ricovero"; 3= Successivo ricovero associato ad un "evento acuto con ricovero"; 4= Ricovero di follow-up; 5=Ricovero non associato ad un "evento acuto con ricovero"	Char 1
Tempo	TEMPO TRA EVENTO ACUTO E RICOVERO - se Prov=A/B/C Tempo intercorrente tra ricovero (RO o DH) ed 'evento acuto che motiva ricovero: A partire dal 1 gennaio 2016 A=0-10 giorni; B=11-30 giorni; C= 31-60 giorni; D= 61-360 giorni; E= >360 giorni; F=31-60 giorni procrastinato motivi clinici. Fino al 31 dicembre 2015: 1= <15 giorni; 2= 16-30 giorni; 3= 31-60 giorni; 4= >60 giorni	Char 1
Patriab	PATOLOGIA OGGETTO DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO Codice ICD9-CM	Varchar 5
DiaPri	PATOLOGIA DI BASE Codice ICD9-CM	Varchar 5
DiaSe1	I PATOLOGIA ASSOCIATA Codice ICD9-CM	Varchar 5
DiaSe2	II PATOLOGIA ASSOCIATA Codice ICD9-CM	Varchar 5
DiaSe3	III PATOLOGIA ASSOCIATA Codice ICD9-CM	Varchar 5
DiaSe4	IV PATOLOGIA ASSOCIATA Codice ICD9-CM	Varchar 5
DiaSe5	V PATOLOGIA ASSOCIATA Codice ICD9-CM	Varchar 5
DiaSe6	VI PATOLOGIA ASSOCIATA Codice ICD9-CM	Varchar 5
DiaSe7	VII PATOLOGIA ASSOCIATA	Varchar 5

Campo	Descrizione del campo	Formato
	Codice ICD9-CM	
DiaSe8	VIII PATOLOGIA ASSOCIATA Codice ICD9-CM	Varchar 5
Cognric	COMPROMISSIONE COGNITIVA ALL' INGRESSO 1=no 2= lieve o lieve eminenza spaziale 3=moderata o modesta eminenza spaziale 4=grave o grave eminenza spaziale; 5=disturbi di memoria; 6=disorientamento spazio temporale; 7=scarsa responsività; 8=assenza di responsività; 9=non valutabile	Char 1
Compric	COMPROMISSIONE COMPORTAMENTO ALL' INGRESSO 1=no; 2=scarsa collaborazione; 3=comportamento disinibito; 4=inerzia, scarsa iniziativa; 5=depressione dell'umore; 6=turbe disforiche; 7= sintomi psicotici; 8=agitazione psicomotoria, necessita di supervisione continua; 9= non valutabile	Char 1
Comlingric	COMPROMISSIONE COMUNICAZIONE/LINGUAGGIO ALL' INGRESSO 1=no 2=disartria/disfonia 3=dislessia 4= afasia fluente; 5= afasia non fluente; 6= afasia globale/mutismo; 7=ritardo evolutivo del linguaggio; 9= non valutabile	Char 1
Sensric	COMPROMISSIONE SENSORIALE ALL' INGRESSO 1=no 2=anosmia (perdita dell'olfatto) 3=ageusia (perdita del gusto) 4=ipoacusia in un orecchio 5=ipoacusia in entrambi 6=diplopia/strabismo 7=restringimento del campo visivo 8=ipoacuità visiva in un occhio 9=ipoacuità visiva nei due occhi; 99= non valutabile	Char 2
Manipric	COMPROMISSIONE MANIPOLAZIONE ALL' INGRESSO 1=no 2=difficoltà di prensione arto superiore dx 3=difficoltà di prensione arto superiore sin 4=difficoltà prensione entrambi arti superiori 5=impossibilità di prensione arto superiore dx 6=impossibilità di prensione arto superiore sin 7=impossibilità di prensione entrambi arti superiori; 9=non valutabile	Char 1
Equilric	COMPROMISSIONE EQUILIBRIO ALL' INGRESSO 1=no 2=atassia, necessita di supervisione 3=atassia, necessita di un unico sostegno 4=atassia, necessita di doppio sostegno 5=non mantiene la stazione eretta/grave deficit coordinazione arti; 6=controllo del tronco assente/incompleto; 7=vertigini; 9= non valutabile	Char 2
Locomric	COMPROMISSIONE LOCOMOZIONE ALL' INGRESSO 1=no; 2=necessita di un unico sostegno; 3=necessita di doppio sostegno; 4=necessita di tutori; 5=necessita di doppio sostegno e tutori; 6=necessita di doppio sostegno, tutori e avanzamento passivo di un arto dal terapeuta; 7=necessita di deambulatore; 8=in carrozzina, spostamenti autonomi; 9=in carrozzina, spostamenti non autonomi; 10=deambulazione impossibile/allettamento obbligato; 99= non valutabile	Char 2
Cardiovric	COMPROMISSIONE CARDIOVASCOLARE PREVALENTE ALL' INGRESSO 1= no; 2= ipertensione arteriosa grave; 3=trombosi venosa profonda/arteriopatia periferica; 4=disturbi ritmo cardiaco; 5= aritmia grave; 6= infarto miocardico recente (< 8 settimane); 7=scompenso cardiaco classe NYHA 2-3; 8=stato post cardiocirurgico; 9=non valutabile	Char 1
Respirric	COMPROMISSIONE APPARATO RESPIRATORIO ALL' INGRESSO 1= no; 2= dispnea da sforzo senza O2 terapia; 3=dispnea a riposo senza O2 terapia; 4=Ossigeno-terapia (flusso ≤ 2 lt/min); 5= Ossigeno-terapia (flusso ≥ 2 lt/min); 6= Ventilazione meccanica non invasiva; 7=Ventilazione meccanica invasiva; 8=Stato post-toraco-chirurgico; 9=non valutabile	Char 1
Cuteric	ULCERE ALL' INGRESSO 1=no; 2=ulcera da decubito stadio 1 (eritema cutaneo); 3=ulcera da decubito stadio 2 (interessato epidermide e/o derma); 4=ulcera da decubito stadio 3 (interessato tessuto sottocutaneo con necrosi); 5=ulcera da decubito stadio 4 (interessato piano muscolare e/o osseo con necrosi) 6=ulcera da decubito multiple 7=ulcera vascolare	Char 1
Contrsfiric	COMPROMISSIONE CONTROLLO SFINTERICO 1=no; 2=stipsi importante; 3=incontinenza fecale; 4=alvo neurogeno; 5=colostomia; 9=non valutabile	Char 1
Catvescric	COMPROMISSIONE APPARATO URINARIO 1=no; 2=incontinenza occasionale o notturna; 3=incontinenza permanente, senza catetere; 4=incontinenza con catetere intermittente; 5=incontinenza con catetere a permanenza; 6=epicistostomia/nefrotomia percutanea monolaterale o bilaterale; 7=soggetto in dialisi; 9=non valutabile	Char 1
Nuttrric	COMPROMISSIONE AREA NUTRIZIONE 1=no 2=grande obesità (IMC>35 kg/m ²); 3=malnutrizione (IMC<18,5 kg/m ²); 4=disfagia, necessita di training deglutitorio; 5=sondino naso gastrico; 6=PEG (gastrostomia endoscopica percutanea); 7=nutrizione parenterale	Char 1
Trachric	TRACHEOSTOMIA 1=no; 2=pz. con cannula scuffiata; 3=pz. con cannula cuffiata	Char 1
Postcomric	PAZIENTE POST-COMATOSO 1=no; 2= sì, con esiti acuti per il presente ricovero; 3=sì, senza esiti acuti per il presente ricovero	Char 1
Mieloric	PAZIENTE MIELOLESO 1=no; 2=sì	Char 1

Campo	Descrizione del campo	Formato
Bartric1	Barthel all'ingresso area 1 (Punteggio) (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 2
Bartric2	Barthel all'ingresso area 2 (Punteggio) (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 1
Bartric3	Barthel all'ingresso area 3 (Punteggio) (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 1
Bartric4	Barthel all'ingresso area 4 (Punteggio) (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 2
Bartric5	Barthel all'ingresso area 5 (Punteggio) (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 2
Bartric6	Barthel all'ingresso area 6 (Punteggio) (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 2
Bartric7	Barthel all'ingresso area 7 (Punteggio) (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 2
Bartric8	Barthel all'ingresso area 8 (Punteggio) (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 2
Bartric9	Barthel all'ingresso area 9 (Punteggio) (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 2
Bartric10	Barthel all'ingresso area 10 (Punteggio) (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 2
Bartric11	Barthel all'ingresso area 11 (Punteggio) (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 1
mwt_metri	SIX MINUTE WALK TEST all'ingresso (metri percorsi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2	Char 3
mwt_borg	SCALA DI BORG all'ingresso se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2 (1=no sintomi; 2=sforzo molto, molto lieve; 3=sforzo molto lieve; 4=sforzo lieve; 5=sforzo moderato; 6=sforzo un po' pesante; 7=sforzo pesante; 8=sforzo molto pesante; 9=sforzo molto, molto pesante)	Char 1
GOSric	GLASGOW OUTCOME SCALE (GOS-punteggio) all'ingresso se postcomric=2 valori ammessi:2-5 (codice 1=morte escluso all'ingresso)	Char 1
LCFric	LCF-punteggio, all'ingresso se postcomric=2 Valori ammessi: 1-8	Char 1
DRSric	DISABILITY RATING SCALE (DRS-punteggio) all'ingresso se postcomric=2 valori ammessi:0-29 (codice 30= morte, escluso all'ingresso)	Int 2
GCA	GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA (GCA) se specrep=75, regime=1 e postcomric=2,3 valori ammessi: da 1 a 5	Char 1
GCS	GLACGOW COMA SCALE (GCS) se specrep=75, regime=1 e postcomric=2,3 valori ammessi: da 3 a 15	Char 2
DCA	DURATA DEL COMA in acuzie (DCA) se specrep=75, regime=1 e postcomric=2,3 valori ammessi: da 1 a 3	Char 1
SCIMric	SCIM-punteggio, all'ingresso se mieloric= 2 valori ammessi:0-100	Int 3
GM	GRAVE MIELOLESIONE se specrep=28, regime=1 e mieloric=2 valori ammessi: da 1 a 5	Char 1
ASIAric	ASIA all'ingresso (American Spinal Injury Association - Completezza Lesione Midollare) se specrep=28, regime=1 e mieloric=2 valori ammessi: da A a E	Char 1

CONTENUTO INFORMATIVO DIMISSIONE

Campo	Descrizione del campo	Formato
DatDim	DATA DIMISSIONE Nel formato "AAAA-MM-GG" per l'invio XML e "GG-MM-AAAA" per l'invio on-line) deve essere ≥datic	Date
TipDim	TIPO DI DIMISSIONE 1=domicilio 2=trasferimento programmato altro reparto 3=dimissione volontaria 4=Decesso 5=dimissione protetta 6= trasferimento in urgenza 7=dimissione in struttura residenziale sanitaria	Char 1
IrcTra	ISTITUTO TRASFERIMENTO - se TipDim=2 Codice dell'Istituto di trasferimento. Se l'Istituto si trova nel Lazio inserire nei primi tre spazi il codice "120", e nei successivi 3 spazi i codici del Ministero a 3 cifre (per invio XML si vedano gli schemi in Allegato 2>Ircpro>CODMIN); se l'Istituto si trova fuori Lazio, riportare il codice istat della regione nei primi tre spazi seguito da '000' se l'Istituto si trova all'estero, riportare il codice "999000"	Varchar 6
Codretrasf	SPECIALITA' DI TRASFERIMENTO - se TipDim=2 Codice specialità (per invio XML si veda Allegato 2>specialità>codice)	Char 2
POAdim	Numero PROTESI/ORTESI/AUSILI prescritti alla dimissione Se tipdim=1,2,5,7	Char 1
CodPOA1	Descrizione tipo Protesi/Ortesi/Ausili principale Se tipdim=1,2,5,7 e poadim=>1 1=apparecchi per la funzione respiratoria 2=ortesi per il tronco; 3=carrozze e altri ausili per la deambulazione; 4=sistemi posturali; 5=ausili addominali; 6=apparecchi ed ortesi per l'arto; 7=ausili per la comunicazione, informazione e segnalazione; 8=ausili e protesi ottiche ed acustiche; 9=ausili per la cura e protezione personale	Varchar 1
CodPOA2	Descrizione tipo Protesi/Ortesi/Ausili principale Se tipdim=1,2,5,7 e poadim=>2 1=apparecchi per la funzione respiratoria 2=ortesi per il tronco; 3=carrozze e altri ausili per la deambulazione; 4=sistemi posturali; 5=ausili addominali; 6=apparecchi ed ortesi per l'arto; 7=ausili per la comunicazione, informazione e segnalazione; 8=ausili e protesi ottiche ed acustiche; 9=ausili per la cura e protezione personale	Varchar 1
Riabdim	PROGRAMMA RIABILITATIVO PROPOSTO ALLA DIMISSIONE - se tipdim=1,2,5,7 1=ciclo in ricovero ordinario, 2=ciclo in day hospital, 3=presso centro riab. estensiva/mantenimento, 4= presso RSA, 5=presso CAD, 6=in specialistica ambulatoriale 7= nessuno	Char 1
Condabit	CONDIZIONE ABITATIVA ALLA DIMISSIONE - se tipdim =1 1=a domicilio, da solo, 2=a domicilio con familiari/conviventi 3= altro; 9=non noto	Char 1
Patintdim1	PATOLOGIA INTERCORSO DURANTE IL RICOVERO – 1 codice ICD9-CM	Varchar 5
Patintdim2	PATOLOGIA INTERCORSO DURANTE IL RICOVERO – 2 codice ICD9-CM	Varchar 5
Patintdim3	PATOLOGIA INTERCORSO DURANTE IL RICOVERO – 3 codice ICD9-CM	Varchar 5
diagndim	DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE codice ICD9-CM (se non indicata si assume che sia = patologia oggetto dell'intervento riabilitativo)	Varchar 5
AcceDH	NUMERO DI ACCESSI IN CASO DI CICLO DI DH	Char 3
IntProc1	CODICE ICD9-CM DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	Varchar 4
IntProc2	CODICE ICD9-CM DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	Varchar 4
IntProc3	CODICE ICD9-CM DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	Varchar 4
IntProc4	CODICE ICD9-CM DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	Varchar 4
IntProc5	CODICE ICD9-CM DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	Varchar 4
IntProc6	CODICE ICD9-CM DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	Varchar 4
IntProc7	CODICE ICD9-CM DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	Varchar 4
IntProc8	CODICE ICD9-CM DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	Varchar 4
IntProc9	CODICE ICD9-CM DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	Varchar 4
IntProc10	CODICE ICD9-CM DELLE PROCEDURE CHIRURGICHE, DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	Varchar 4
Bartdim1	Barthel alla dimissione area 1 (vedere scala per valori ammessi)	Char 2

Campo	Descrizione del campo	Formato
	se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	
Bartdim2	Barthel alla dimissione area 2 (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	Char 1
Bartdim3	Barthel alla dimissione area 3 (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	Char 1
Bartdim4	Barthel alla dimissione area 4 (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	Char 2
Bartdim5	Barthel alla dimissione area 5 (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	Char 2
Bartdim6	Barthel alla dimissione area 6 (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	Char 2
Bartdim7	Barthel alla dimissione area 7 (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	Char 2
Bartdim8	Barthel alla dimissione area 8 (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	Char 2
Bartdim9	Barthel alla dimissione area 9 (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	Char 2
Bartdim10	Barthel alla dimissione area 10 (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	Char 2
Bartdim11	Barthel alla dimissione area 11 (vedere scala per valori ammessi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	Char 1
mwtdim_metri	SIX MINUTE WALK TEST alla dimissione (metri percorsi) se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7	Char 3
mwtdim_borg	SCALA DI BORG alla dimissione se età≥18, postcomric diverso da 2, mieloric diverso da 2, tipdim=1,2,5,7 (1=no sintomi; 2=sforzo molto, molto lieve; 3=sforzo molto lieve; 4=sforzo lieve; 5=sforzo moderato; 6=sforzo un po' pesante; 7=sforzo pesante; 8=sforzo molto pesante; 9=sforzo molto, molto pesante)	Char 1
GOSdim	GLASGOW OUTCOME SCALE (GOS-punteggio) alla dimissione se postcomric=2, tipdim=1,2,5,7 valori ammessi: 1-5	Char 1
LCFdim	LCF-punteggio, alla dimissione se postcomric=2, tipdim=1,2,5,7 valori ammessi: 1-8	Char 1
DRSdim	DISABILITY RATING SCALE (DRS-punteggio) alla dimissione se postcomric=2, tipdim=1,2,5,7 valori ammessi: 0-30	Int 2
SCIMdim	SCIM-punteggio, alla dimissione se mieloric= 2 tipdim=1,2,5,7 valori ammessi: 0-100	Int 3
ASIAAdim	ASIA alla dimissione (American Spinal Injury Association - Completezza Lesione Midollare) se specrep=28, regime=1 e mieloric=2 valori ammessi: da A a E	Char 1

Schema illustrativo dell'anagrafica per invio modalità XML
(in grassetto i campi obbligatori)

[anagrafica]
 [nome]
 [cognome]
 [codfis]
 [codfisc_orig]
 [proric]
 [sesso]
 [comnas]
 [datnas]
 [comres]
 [cirrom]
 [cittad]
 [staciv]
 [titstu]
 [profes]
 [profes1]
 [profes2]
[anagrafica]

Si vedano i file **radr_anag_2015.xsd** e **ana_esempio_2015.xml**, presenti nell'**Allegato I**

Il campo “proric” è obbligatorio nel caso di invio di anagrafica nel flusso delle modifiche.

Schema illustrativo dell'accettazione per invio modalità XML
(in grassetto i campi obbligatori)

[accettazione]

[codfis]
[proric]
[datric]
[regime]
[onere]
[tipattestato]
[cciec]
[istcompetente]
[codqualben]
[codattestato]
[datafinevalid]
[tessera_team]
[identificativo_pers]
[prov]
[ircpro]
[ircpro_dett]
[reppro]
[proricpro]
[regimepro]
[modacc]
[tempo]
[patriab]
[diapri]
[diase1]
[diase2]
[diase3]
[diase4]
[diase5]
[diase6]
[diase7]
[diase8]
[cognric]
[compric]
[comlingric]
[sensric]
[manipric]
[equilric]
[locomric]
[cardiovric]
[respirric]
[cuteric]
[contrsfinric]
[catvescric]
[nutrric]
[trachric]
[postcomric]
[mieloric]

[bartric1]
[bartric2]
[bartric3]
[bartric4]
[bartric5]
[bartric6]
[bartric7]
[bartric8]
[bartric9]
[bartric10]
[bartric11]
[mwt_metri]
[mwt_borg]
[gosric]
[lcfric]
[totale_drsric]
[GCA]
[GCS]
[DCA]
[totale_scimric]
[GM]
[ASIA_ric]
[accettazione]

Si vedano i file radr_acc_2015.xsd e acc_esempio_2015.xml, presenti nell'Allegato I

Schema illustrativo della dimissione per invio in modalità XML
(in grassetto i campi obbligatori)

[dimissione]

[codfis]
[datric]
[proric]
[datdim]
[tipdim]
[ircetra]
[codreptrasf]
[poadim]
[codpoa1]
[codpoa2]
[riabdim]
[condabit]
[patintdim1]
[patintdim2]
[patintdim3]
[diagndim]
[accedh]
[intproc1]
[intproc2]
[intproc3]
[intproc4]
[intproc5]
[intproc6]
[intproc7]
[intproc8]
[intproc9]
[intproc10]
[bartdim1]
[bartdim2]
[bartdim3]
[bartdim4]
[bartdim5]
[bartdim6]
[bartdim7]
[bartdim8]
[bartdim9]
[bartdim10]
[bartdim11]
[mwtdim_metri]
[mwtdim_borg]
[gosdim]
[lcfdim]
[totale_drtdim]
[totale_scimdim]
[ASIA dim]

[dimissione]

Si vedano i file **radr_dim_2015.xsd** e **dim_esempio_2015.xml**, presenti nell'**Allegato I**