

RAPPORTO ACCETTAZIONE/DIMISSIONE

Area Riabilitativa (DGR 731/2005)

Reparti: recupero e rieducazione funzionale (56),
neuroriabilitazione (75), unità spinale (28)

1. Codice Istituto di Ricovero 2. Polo 3. Specialità di ricovero 4. Reparto di ricovero

5. Cognome

6. Nome

7. Sesso M ☐ F ☐

8. Luogo di nascita

9. Data di nascita
giorno mese anno10. Codice fiscale

11. Luogo di residenza Indirizzo.....

12. Asl - Distretto

13. Cittadinanza

14. Stato civile

1= celibe/nubile 2= coniugato/a
 3= separato/a 4= divorziato/a
 5= vedovo/a 6= unito civilmente
 7= stato libero a seguito di decesso
 della parte unita civilmente
 8= stato libero a seguito di
 scioglimento dell'unione civile
 9= non noto/a

15. Titolo di studio

1= nessun titolo di studio 2= licenza elementare
 3= licenza media inferiore 4= dipl. scuola media sup.
 5= laurea o titoli ulteriori 9= non noto/a

16. Professione
(vedi istruzioni)17. Progressivo di ricovero 18. Data di ricovero
(o inizio ciclo) giorno mese anno19. Regime di ricovero

1= ordinario
 2= DH diagnostico
 3= DH terapeutico
 4= DH diagnostico/terapeutico

20. Onere degenza

1= SSN
 2= SSN+convenzione alberghiera
 3= assistenza indiretta
 4= pagante
 5= libera att. profess. 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 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)

20.1. Tipologia attestato di diritto 20.2. Sigla paese istituzione estera competente 20.3. Codice cassa ist. estera competente 20.4. Codice attestato

20.5. Data fine validità attestato
giorno mese anno

20.6. Codice qualifica beneficiario

20.7. Numero di tessera TEAM

20.8. Identificativo personale

21. Provenienza

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

22. Istituto di ricovero di provenienza

23. Specialità di provenienza
(compilare solo se campo 21=A, B, C)

23.1 Progressivo di Ricovero di Provenienza
(compilare solo se campo 21=A, B, C)

23.2 Regime di Ricovero di Provenienza
(compilare solo se campo 21=A, B, C)

24. Modalità di accesso in riabilitazione

25. Tempo tra evento acuto e ricovero

(compilare solo se campo 21=A, B, C)

A=0-10gg

B=11-30gg

C=31-60gg

D=61-360gg

E= >360gg

F=31-60gg procrastinato motivi clinici (se campo 21=A)

26. Patologia oggetto dell'intervento riabilitativo (Codice ICD9-CM)

27. Patologia di base (Codice ICD9-CM)

28. Patologia associata 1 (Codice ICD9-CM)

29. Patologia associata 2 (Codice ICD9-CM)

30. Patologia associata 3 (Codice ICD9-CM)

31. Patologia associata 4 (Codice ICD9-CM)

32. Patologia associata 5 (Codice ICD9-CM)

33. Patologia associata 6 (Codice ICD9-CM)

34. Patologia associata 7 (Codice ICD9-CM)

35. Patologia associata 8 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ (Codice ICD9-CM)36. Compromissione cognitiva ☐

- 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

38. Compromissione della comunicazione/linguaggio ☐

- 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

40. Compromissione della manipolazione ☐

- 1= No
- 2= difficoltà di prensione arto superiore dx
- 3= difficoltà di prensione arto superiore sn
- 4= difficoltà di prensione entrambi arti superiori
- 5= impossibilità di prensione arto superiore dx
- 6= impossibilità di prensione arto superiore sn
- 7= impossibilità di prensione entrambi arti superiori
- 9= non valutabile

42. Compromissione della locomozione ☐

- 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 terapista
- 7= necessita di deambulatore
- 8= in carrozzina, spostamenti autonomi
- 9= in carrozzina, spostamenti non autonomi
- 10= locomozione impossibile/allettamento obbligato
- 99= non valutabile

44. Compromissione apparato respiratorio ☐

- 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

37. Compromissione del comportamento ☐

- 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

39. Compromissione sensoriale ☐

- 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

41. Compromissione dell'equilibrio ☐

- 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

43. Compromissione cardiovascolare prevalente ☐

- 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

45. Ulcere ☐

- 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= ulcere da decubito multiple
- 7= ulcera vascolare

46. Compromissione del controllo sfinterico ☐

- 1= No
- 2= stipsi importante
- 3= incontinenza fecale
- 4= alvo neurogeno
- 5= colostomia
- 9= non valutabile

47. 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/nefrostomia percutanea monolaterale o bilaterale
- 7= soggetto in dialisi
- 9= non valutabile

48. Compromissione area nutrizione ☐

- 1= No
- 2= grande obesità ($IMC > 35 \text{ kg/m}^2$)
- 3= malnutrizione ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$)
- 4= disfagia, necessita di training deglutitorio
- 5= sondino naso gastrico
- 6= PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)
- 7= nutrizione parenterale

49. Tracheostomia ☐

- 1= No
- 2= pz. con cannula scuffiata
- 3= pz. con cannula cuffiata

50. Paziente Post-Comatoso ☐

- 1= No
- 2= Sì, con esiti acuti per il presente ricovero
- 3= Sì, senza esiti acuti per il presente ricovero (vedere esempio in istruzioni)

51. Paziente Mieloleso ☐

- 1= No
- 2= Sì

52. Indice di Barthel ☐**Totale** ☐ ☐ ☐ ☐ (da 0 a 100)(compilare solo per pazienti di età ≥ 18 anni, tranne post-comatoso (campo 50=2) o mieloleso (campo 51=2))Alimentazione ☐ ☐ (0-2-5-8-10)Bagno/Doccia ☐ (0-1-3-4-5)Igiene personale ☐ (0-1-3-4-5)Abbigliamento ☐ ☐ (0-2-5-8-10)Continanza intestinale ☐ ☐ (0-2-5-8-10)Continanza urinaria ☐ ☐ (0-2-5-8-10)Uso del gabinetto ☐ ☐ (0-2-5-8-10)Trasferimento letto-carrozzina ☐ (0-3-8-12-15)Deambulazione ☐ ☐ (0-3-8-12-15)Scale ☐ ☐ (0-2-5-8-10)Uso della carrozzina* ☐ ☐ (0-1-3-4-5)

*Compilare solo se punteggio Deambulazione = 0

53. Six minute walk test (6 MWT)

(compilare solo per pazienti di età 18 anni, tranne post-comatoso (campo 50=2) o mieloleso (campo 51=2))

(metri) ☐ ☐ ☐ ☐(scala di Borg) ☐

- 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

54. Glasgow Outcome Scale (GOS)

(compilare solo se campo 50=2)

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

55. Levels of Cognitive Functioning (LCF)

(compilare solo se campo 50=2)

(da 1 a 8)

56. Disability Rating Scale (DRS)

(compilare solo se campo 50=2)

Totale (da 0 a 30)

56.1 Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) (da 1 a 5)

(compilare solo se campo 3=75 and campo 19=1 and campo 50=23)

56.2 Glasgow Coma Scale (GCS) (da 3 a 15)

(compilare solo se campo 3=75 and campo 19=1 and campo 50=2,3)

56.3 Durata del Coma (DCA) (da 1 a 3)

(compilare solo se campo 3=75 and campo 19=1 and campo 50=2,3)

57 Spinal Cord Independence Measure (SCIM) Totale (da 0 a 100)

(compilare solo se campo 51=2)

57.1 Grave Mielolesione (GM) (da 1 a 5)

(compilare solo se campo 3=28 and campo 19=1 and campo 51=2)

57.2 Asia (RIC) (da A a E)

(compilare solo se campo 3=28 and campo 19=1 and campo 51=2)

PROGRESSIVO DI RICOVERO 58. Data di dimissione
(o di fine ciclo) giorno mese anno59. Tipo di dimissione

- 1= domicilio
ad altro 2= trasferimento programmato
reparto
3= dimissione volontaria 4= decesso
5= dimissione protetta 6= trasferimento in urgenza
7= dimissione in struttura
residenziale sanitaria

60. Istituto di trasferimento 61. Specialità di trasferimento 62. Numero Protesi/Ortesi/Ausili prescritti 63. Principali Tipi Protesi/Ortesi/Ausili prescritti 1

- 1= apparecchi per la funzione respiratoria
2= ortesi per il tronco
3= carrozzine ed 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

64. Principali Tipi Protesi/Ortesi/Ausili prescritti 2

- 1= apparecchi per la funzione respiratoria
2= ortesi per il tronco
3= carrozzine ed 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

65. Programma riabilitativo proposto

- 1= ciclo in ricovero ordinario
2= ciclo in day hospital
3= presso strutture di riabilitazione estensiva/
mantenimento
4= presso RSA
5= presso CAD
6= in specialistica ambulatoriale
7= nessuno

66. Condizione abitativa alla dimissione

- 1= a domicilio, da solo
2= a domicilio, con familiari/conviventi
3= altro
9= non noto

67. Patologia intercorsa
(Codice ICD9-CM)
(Codice ICD9-CM)
(Codice ICD9-CM)68. Diagnosi di dimissione
(Codice ICD9-CM)69. Accessi in Day-Hospital
(Codice ICD9-CM)70. Intervento/procedura 1
(Codice ICD9-CM)71. Intervento/procedura 2
(Codice ICD9-CM)72. Intervento/procedura 3
(Codice ICD9-CM)73. Intervento/procedura 4
(Codice ICD9-CM)

74. Intervento/procedura 5
(Codice ICD9-CM)

75. Intervento/procedura 6
(Codice ICD9-CM)

76. Intervento/procedura 7
(Codice ICD9-CM)

77. Intervento/procedura 8
(Codice ICD9-CM)

78. Intervento/procedura 9
(Codice ICD9-CM)

79. Intervento/procedura 10
(Codice ICD9-CM)

80. Indice di Barthel Totale (da 0 a 100)

(compilare solo per pazienti di età ≥ 18 anni, tranne post-comatoso (campo 50=2) o mieloleso (campo 51=2))

Alimentazione (0-2-5-8-10)

Bagno/Doccia (0-1-3-4-5)

Igiene personale (0-1-3-4-5)

Abbigliamento (0-2-5-8-10)

Continenza intestinale (0-2-5-8-10)

Continenza urinaria (0-2-5-8-10)

Uso del gabinetto (0-2-5-8-10)

Trasferimento letto-carrozzina (0-3-8-12-15)

Deambulazione (0-3-8-12-15)

Scale (0-2-5-8-10)

Uso della carrozzina* (0-1-3-4-5)

*Compilare solo se punteggio Deambulazione = 0

81. Six minute walk test (6 MWT)

(compilare solo per pazienti di età ≥ 18 anni,
tranne post-comatoso (campo 50=2) o mieloleso (campo 51=2))

(metri)

(scala di Borg)

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

82. Glasgow Outcome Scale (GOS)

(compilare solo se campo 50=2)

1=morto

2= stato vegetativo

3= disabilità grave

4= disabilità moderata

5= buon recupero

83. Levels of Cognitive Functioning (LCF)

(compilare solo se campo 50=2)

(da 1 a 8)

84. Disability Rating Scale (DRS)

(compilare solo se campo 50=2)

Totale

(da 0 a 30)

85. Spinal Cord Independence Measure (SCIM) Totale (da 0 a 100)

(compilare solo se campo 51=2)

85.1 ASIA (DIM) (da A a E)

(compilare solo se campo 3=28 and campo 19=1 and campo 51=2)

TIMBRO E FIRMA

Istruzioni per la compilazione RAD-R

Di seguito sono riportate le variabili della scheda che richiedono una specifica con la descrizione dei possibili codici di risposta. Tutte le variabili sono riportate nello stesso ordine numerico progressivo presente nella scheda cartacea e nella maschera informatica di inserimento dati.

1. Codice dell'Istituto di ricovero - è rappresentato dalle ultime 3 cifre del codice ministeriale a 6 cifre.
2. Polo - numero progressivo (01, 02,...) da compilare in caso di strutture ospedaliere con più sedi, negli altri casi il campo non va compilato.
3. Specialità di ricovero - si intende la tipologia di reparto indicata con i codici ministeriali della disciplina/specialità: 28, 56, 75.
4. Reparto di Ricovero - numero progressivo (01, 02, 03,□) che individua il reparto specialistico di ricovero (esempio: specialità di ricovero: 56; reparto di ricovero: 01, o 02 o 03).
8. Luogo di nascita - indicare il comune italiano o lo stato estero di nascita, per esteso o con il rispettivo codice ISTAT
11. Luogo di residenza - indicare il comune italiano o lo stato estero di residenza, per esteso o con il rispettivo codice ISTAT.
12. ASL di residenza e distretto sanitario nel comune di Roma 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).
13. Cittadinanza - indicare la cittadinanza italiana o estera (specificandola), per esteso
15. Titolo di studio - il campo va compilato solo in caso di soggetto di età ≥18 anni.
16. Professione - il campo va compilato solo in caso di soggetto di età ≥18 anni. Indicare con 3 cifre: la prima cifra indica la condizione professionale:
1=occupato, 2=disoccupato, 3=in cerca di prima occupazione, 4=studente, 5=casalinga, 6=ritirato dal lavoro / inabile, 9=non noto/a; la seconda cifra indica la posizione nella professione (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/a; la terza cifra indica il ramo di attività economica (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/a.
17. Progressivo ricovero - codice identificativo del ricovero assegnato dall'istituto di ricovero; deve essere univoco nell'anno. Può contenere cifre e caratteri alfabetici; se solo numerico deve essere riempito con "0" a sinistra.
22. Istituto di ricovero di provenienza - indicare l'Istituto di provenienza se Provenienza (var. 21) = A o B o C, per esteso o con il codice identificativo regionale.
23. Specialità di provenienza - indicare la specialità del reparto di provenienza se Provenienza (var. 21) = A o B o C, per esteso o con il codice identificativo ministeriale.
- 23.1 Progressivo di ricovero di provenienza - indicare il progressivo del ricovero da cui proviene il paziente se Provenienza (var. 21) = A o B o C.
- 23.2 Regime di ricovero di provenienza - indicare il regime del ricovero da cui proviene il paziente se Provenienza (var. 21) = A o B o C.
24. Modalità di accesso in riabilitazione - la rilevazione della modalità di accesso in riabilitazione viene interrotta a partire dal 1 novembre 2015. A partire da tale data la valorizzazione della variabile sarà pari a 0.
25. Tempo tra evento acuto e ricovero - tempo intercorrente tra il ricovero in riabilitazione (ordinario o diurno) e l'evento acuto che lo motiva. Il campo va compilato se Provenienza (var. 21) = A o B o C. In caso di inserimento di un DH successivo ad un ricovero di riabilitazione in regime ordinario e tempo = "A", l'intervallo temporale è da intendersi tra data di dimissione del ricovero ordinario e data di accettazione del ricovero di DH in fase di inserimento.
26. Patologia oggetto dell'intervento riabilitativo - utilizzare il codice ICD-9 CM, versione 2002 (per aiuto alla codifica vedere "Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera - revisione 2006" pubblicato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio).

27. Patologia di base - utilizzare il codice ICD-9 CM, versione 2002 (per aiuto alla codifica vedere "Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera - revisione 2006" pubblicato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio). La patologia di base può coincidere con la patologia oggetto dell'intervento riabilitativo in caso di patologie degenerative (sclerosi multipla, ...)
- 28-35. Patologia associata - utilizzare il codice ICD-9 CM, versione 2002 (per aiuto alla codifica vedere "Linee Guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera - revisione 2006" pubblicato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio).
- 36-48. Aree compromesse - si intende la compromissione dell'apparato/organo. Per ogni area riportare la compromissione prevalente e che maggiormente interferisce con il processo riabilitativo.
- 46-47. 9=non valutabile (ad esempio per bambini di età < 5 anni)
50. Paziente post-comatoso (2= sì, con esiti acuti per il presente ricovero - esempio: Paziente post comatoso al 1° ricovero riabilitativo o che ha presentato complicanze o aggravamenti che hanno richiesto un nuovo ricovero in acuzie precedente all'attuale ricovero riabilitativo) (3= sì, senza esiti acuti per il presente ricovero - esempio: Paziente post-comatoso da oltre un anno, che non abbia presentato complicanze o aggravamenti che hanno richiesto un nuovo ricovero in acuzie precedente all'attuale ricovero riabilitativo)
51. Paziente mieloleso - paziente con lesione midollare, traumatica e non.
Per la valutazione dello stato funzionale del soggetto ricoverato in reparto di riabilitazione (RO e DH) è previsto l'utilizzo di specifici strumenti standardizzati, sia all'ingresso (52-57) che alla dimissione (80-85).
- 56.1 Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) - deve essere utilizzata per soggetti ricoverati in specialità codice 75 di regime ordinario in condizione di post-coma. Per l'attribuzione del valore si rimanda al DCA 444/2014 e Determinazione G01223/2015.
57. Spinal Cord Independence Measure (SCIM) - deve essere utilizzata per la valutazione di soggetto mieloleso. La definizione delle voci per l'attribuzione del punteggio (da 0 a 100) è riportata in allegato C.
- 57.1 Grave Mielolesione (GM) - deve essere utilizzata per soggetti ricoverati in specialità codice 28 di regime ordinario in condizione di mielolesione. Per l'attribuzione del valore si rimanda al DCA 444/2014 e Determinazione G01223/2015.

Dalla variabile 58 alla variabile 85 sono riportate le informazioni da rilevare alla dimissione

59. Tipo di dimissione - utilizzare il codice 1 (domicilio) anche quando il paziente è ospite di residenze non sanitarie (casa di riposo, casa famiglia, casa alloggio,...); utilizzare il codice 7 quando la dimissione viene effettuata direttamente in struttura residenziale sanitaria del territorio (RSA, Hospice, ...).
60. Indicare l'Istituto di trasferimento solo se Tipo dimissione (var. 59) =2, per esteso o con il codice identificativo regionale.
61. Specialità di trasferimento - indicare la specialità di trasferimento solo se Tipo di dimissione (var. 59) =2, per esteso o con il codice identificativo ministeriale.
- 63-64. Indicare la tipologia di protesi/ortesi/ausili eventualmente prescritte. È possibile riportarne fino a due.
- Tipo protesi/ortesi/ausili:
- 1) apparecchi per la funzione respiratoria (respiratori, ventilatori, inalatori, aspiratori)
 - 2) ortesi per il tronco (busti, corsetti, collari, reggispolle, minerva)
 - 3) carrozzine ed altri ausili per la deambulazione (carrozzina, stampella, tripode, deambulatore, montascale)
 - 4) sistemi posturali
 - 5) ausili addominali (cinti, cinghie e ventriere)
 - 6) apparecchi ed ortesi per l'arto (protesi, docce, tutori, calzature, plantari, rialzi, tutori e divaricatori)
 - 7) ausili per la comunicazione, informazione e segnalazione
 - 8) ausili e protesi ottiche ed acustiche (video ingranditore, sintetizzatore vocale, comunicatore alfabetico)
 - 9) ausili per la cura e protezione personale (sedia per WC e doccia, cannule per tracheostomia, cuscini antidecubito, protesi mammarie, materasso antidecubito, cateteri vescicali, pannoloni, letti)

- 66. Condizione abitativa - va indicata nel caso in cui il paziente venga dimesso a domicilio (Tipo dimissione, var. 59=1); utilizzare il codice 3 se il paziente è ospite di residenze non sanitarie (casa di riposo, casa famiglia, casa alloggio,...).
- 67. Patologia intercorsa - utilizzare il codice ICD9-CM per indicare la patologia eventualmente intercorsa durante l'episodio di ricovero. È possibile riportarne fino a tre.
- 68. Diagnosi di dimissione - utilizzare il codice ICD9-CM. La diagnosi di dimissione generalmente coincide con la patologia oggetto dell'intervento riabilitativo (var. 26) ma essa potrebbe differire in presenza di intervenute importanti modificazioni cliniche nel corso dell'episodio di ricovero.
- 69. Accessi in Day-Hospital - in caso di ricovero diurno, riportare il numero degli accessi effettuati. Indicare cioè il totale dei giorni di day hospital del ciclo o dell'anno. Per ogni ricovero in DH il numero di accessi deve essere maggiore di 0 e inferiore al numero di giorni (+1) compresi tra la data di inizio e la data di fine del ciclo di DH.
- 70-79. Intervento/procedura - utilizzare il codice ICD9-CM. È possibile riportarne fino a dieci. Nell'operare la scelta considerare prioritari gli interventi e/o procedure riferiti alle aree compromesse (var. 36-48).
- 80-85. Ripropongono gli strumenti standardizzati di valutazione utilizzati al momento del ricovero (vedi variabili 52-57).

Sezione Mobilità Internazionale (FILE C)

20. 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)
- 20.1 TIPOLOGIA ATTESTATO DI DIRITTO - 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
- 20.2 CODICE CASSA ISTITUZIONE ESTERA COMPETENTE, NON va compilato per gli attestati/tessere TP,SA,EN
- 20.3 SIGLA PAESE ISTITUZIONE ESTERA COMPETENTE, NON va compilato per gli attestati/tessere TP,SA,EN
- 20.4 CODICE QUALIFICA BENEFICIARIO SOLO per gli attestati/tessere AE , XT e SOLO per i modelli E106 e E109 "1"=Lavoratore Subordinato, "2"=Lavoratore Autonomo, "9"=Lavoratore Frontaliero (Subordinato), "10"=Lavoratore Frontaliero (Autonomo), "11" = Lavoratore disoccupato
- 20.5 CODICE ATTESTATO
Tipologia attestato di diritto 'UE' - paesi dell'unione europea see e svizzera> Codice Attestato: EHIC/REPL
Tipologia attestato di diritto 'AE' - altri attestati europei > Codice Attestato: modelli E106-E123
Tipologia attestato di diritto 'XT' - paesi in convenzione > Codice Attestato : altri modelli
- 20.6 DATA FINE VALIDITÀ ATTESTATO, Formato AAAAMMGG (es. 2009-01-01)
- 20.7 NUMERO TESSERA TEAM O ALTRO ATTESTATO, NON va compilato per gli attestati/tessere TP,SA,EN
- 20.8 IDENTIFICATIVO PERSONALE CONCESSO DALLA CASSA ESTERA COMPETENTE, NON va compilato per gli attestati/tessere TP,SA,EN