



Osservatorio Epidemiologico

LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE DEL CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO (CEDAP)

INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2. ENTRATA IN VIGORE DEL NUOVO CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PART	3
3. LE STRUTTURE CHE DEVONO COMPILARE IL CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO	3
4. RISPETTO DELLA PRIVACY	4
5. STRUTTURA DEL CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO	4
6. UNITÁ DI RILEVAZIONE DEL CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO	5
7. MODALITÁ DI COMPILAZIONE	5
8. COMPITI E RESPONSABILITÁ	5
9. CONSERVAZIONE DEI DATI E DEL CERTIFICATO	5
10. TRASMISSIONE DEI DATI	6
10.1 TRASMISSIONE ALLA PROVINCIA	6
10.2 TRASMISSIONE AL MINISTERO DELLA SANITÁ	6
10.3 TRASMISSIONE AD ALTRE AZIENDE SANITARIE DELLA PROVINCIA E DI ALTRE REGIONI	7
10.4 TRASMISSIONE AL REGISTRO DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE	7
10.5 TRASMISSIONE ALL'ISTAT	7
11. PERIODO TRANSITORIO	8
12. DEFINIZIONE DEL CONTENUTO DI TUTTE LE VARIABILI E RELATIVA CODIFICA	9
Sezione generale	9
Sezione A – Informazioni socio-demografiche sul/i genitore/i	11
Sezione B – Informazioni sulla gravidanza	16
Sezione C – Informazioni sul parto e sul neonato	18
Sezione C1 – Informazioni sul parto	18
Sezione C2 – Informazione sul neonato	19
Sezione D – Informazioni sulle cause di natimortalit�	21
Sezione E – Informazioni sulla presenza di malformazioni	23
<hr/>	
ALLEGATO 1 – TRACCIATI RECORD PER INVIO DATI ALLA PROVINCIA	25
ALLEGATO 2 – TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE	33
ALLEGATO 3 – CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALIT� DEI DATI	41
ALLEGATO 4 – CONTROLLI MINISTERIALI	55
ALLEGATO 5 – FAC-SIMILE DI SCHEDA CARTACEA	67

1. INTRODUZIONE

Le presenti linee guida definiscono contenuti e modalità di gestione della procedura informativa "certificato di assistenza al parto", profondamente rinnovata attraverso il Decreto 16 luglio 2001, n. 349 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 218 del 19 settembre 2001) a cui ha fatto seguito la circolare ministeriale n.15 del 19 dicembre 2001.

Tale circolare, che ha come oggetto Modalità di attuazione del decreto 16.07.2001, n. 349: Regolamento recante "Modificazioni al certificato di assistenza al parto per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni", va a colmare la grave assenza di informazioni venutasi a determinare a seguito dell'introduzione della normativa in tema di dichiarazione di nascita, che separa il momento amministrativo da quello informativo.

Il nuovo certificato di assistenza al parto vuole essere uno strumento omogeneo per la rilevazione dei dati statistici di base relativi agli eventi di nascita, ai nati morti ed ai nati vivi con malformazioni, nonché alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori.

Esso fornisce sia informazioni di carattere sanitario ed epidemiologico sia di carattere socio-demografico, molto importanti ai fini della sanità pubblica e della statistica sanitaria e necessarie per la programmazione sanitaria provinciale.

Tale rilevazione è inoltre prevista dal Programma Statistico Nazionale, e costituisce pertanto un adempimento di legge anche ai sensi del Decreto Legislativo n. 322/1989.

Nel presente documento vengono stabiliti:

- I contenuti informativi del certificato di assistenza al parto
- Le modalità di compilazione del certificato di assistenza al parto
- Le modalità di codifica delle informazioni presenti nel certificato di assistenza al parto
- Le competenze e le responsabilità derivanti dall'adozione della nuova procedura.

2. ENTRATA IN VIGORE DEL NUOVO CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

La rilevazione dei dati attraverso il certificato di assistenza al parto avrà inizio, ufficialmente per la Provincia di Bolzano, a partire dall' **1° novembre 2004**.

La Sezione E del certificato, da compilare in presenza di malformazioni congenite, e contenente dati essenziali, sostituisce il modello ISTAT n.51- Sanità pubblica "Denuncia di nato con malformazione congenita".

3. LE STRUTTURE CHE DEVONO COMPILARE IL CEDAP

Sono tenuti alla registrazione del certificato di assistenza al parto per ogni parto che si verifica sul territorio provinciale, le seguenti strutture:

Reparti ginecologia-ostetricia delle strutture ospedaliere pubbliche

Azienda sanitaria di Bolzano	- Ospedale centrale di Bolzano
Azienda sanitaria di Merano	- Ospedale aziendale di Merano - Ospedale di base di Silandro
Azienda sanitaria di Bressanone	- Ospedale aziendale di Bressanone - Ospedale di base di Vipiteno
Azienda sanitaria di Brunico	- Ospedale aziendale di Brunico - Ospedale di base di San Candido

Reparti ginecologia-ostetricia della struttura privata

Azienda sanitaria di Bolzano	- Casa di cura “S. Maria” , provvisoriamente accreditata
------------------------------	---

4. RISPETTO DELLA PRIVACY

Per la natura dei dati da rilevare, si richiama l'attenzione sul rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali, nel rispetto della legge n. 675/1996 e successive integrazioni. I dati idonei ad identificare anche indirettamente i soggetti interessati sono comunque trattati nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 3, comma 4 e comma 5 del decreto legislativo 11 maggio 1999, n.135.

Le strutture pubbliche e private coinvolte nel flusso dei dati relativi al certificato individuano al loro interno i soggetti responsabili e incaricati del trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 8 e 19 della legge 31 dicembre 1996, n. 675, ed adottano le misure minime di sicurezza individuate ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 1999, n. 318.

5. STRUTTURA DEL CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

Il certificato, in formato elettronico, è composto delle seguenti sezioni:

- Sezione generale;
- Sezione A: informazioni socio-demografiche sul/sui genitore/i;
- Sezione B: informazioni sulla gravidanza;
- Sezione C: informazioni sul parto e sul neonato;
 - Sezione C1: informazioni sul parto
 - Sezione C2: informazioni sul neonato
- Sezione D: informazioni sulle cause di nati-mortalità;
- Sezione E: informazioni sulla presenza di malformazioni.

In caso di parto plurimo la Sezione C2 va compilata per ogni nato.

6. UNITÁ DI RILEVAZIONE DEL CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

Il certificato di assistenza al parto deve essere compilato per ogni parto che si verifica negli istituti ospedalieri pubblici e privati, a domicilio della puerpera.

7. MODALITÁ DI COMPILAZIONE

Per ogni parto, il certificato viene redatto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell'ostetrica/o o del medico che ha assistito al parto o del medico responsabile dell'unitá operativa in cui è avvenuta la nascita per le sezioni A, B e C.

In caso di nati morti, a cura del medico accertatore, viene compilata la sezione D del certificato, comunque integrata – quando siano state riscontrate anche malformazioni – dalla compilazione della sezione E.

In presenza di nati vivi con malformazioni congenite viene compilata, da parte del medico accertatore, la sezione E del certificato, quale strumento di base utile per la rilevazione dei dati essenziali.

8. COMPITI E RESPONSABILITÁ

Una soddisfacente gestione della procedura informativa comporta la delineazione di precisi compiti e responsabilità del personale coinvolto nella rilevazione.

Presso ogni reparto coinvolto nella rilevazione deve essere individuato un referente della procedura, che avrà i seguenti compiti:

- gestisce la rilevazione per la parte di propria competenza
- effettua/verifica l'effettuazione della registrazione dei dati nei tempi previsti
- mantiene i contatti con l'Osservatorio epidemiologico e, specialmente nel periodo previsto per la sperimentazione della procedura (un anno), interagisce fornendo alla Provincia tutte le indicazioni utili al miglioramento della procedura stessa.

Presso ogni Direzione sanitaria, inoltre, deve essere individuato un referente aziendale della procedura, che verifica la corretta e completa (ove necessario) compilazione del certificato. Egli ha il compito anche di effettuare/verificare l'effettuazione della registrazione dei dati relativi ai parti a domicilio.

Egli dovrà inoltre:

- effettuare controlli sui dati raccolti
- promuovere la qualità della compilazione e della codifica delle informazioni contenute nella scheda
- verificare che il flusso informativo corrisponda alle direttive provinciali.

9. CONSERVAZIONE DEI DATI E DEL CERTIFICATO

Copia del certificato in formato elettronico viene conservato presso la direzione sanitaria degli istituti di cura pubblici e privati in cui è avvenuto il parto.

Nei casi di nascita avvenuta a domicilio o in struttura diversa da istituto di cura pubblico o privato, il certificato originale su carta deve essere consegnato dall'ostetrica/o o dal medico che ha assistito il parto all'azienda sanitaria di evento, non oltre il decimo giorno dall'evento nascita. L'azienda, tramite la direzione sanitaria, provvederà a registrare i dati in esso contenuti nell'apposito software.

10. TRASMISSIONE DEI DATI

10.1 TRASMISSIONE ALLA PROVINCIA

I dati raccolti tramite il certificato di assistenza al parto devono essere inviati trimestralmente entro l'ultimo giorno del mese successivo alla chiusura del trimestre (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre e 31 gennaio) secondo il tracciato descritto in **Allegato1** alla Provincia.

L'ultimo invio di dati da parte delle aziende sanitarie e di tutte le strutture private di ricovero viene considerato quello valido.

Per poter rispondere tempestivamente a tutti gli obblighi istituzionali, la banca dati provinciale verrà chiusa inderogabilmente entro il 31 marzo. Tuttavia, le aziende dovranno continuare a inviare le opportune correzioni.

I dati da trasmettere alla Provincia devono essere contenuti in due archivi disgiunti. In allegato viene riportato il tracciato record di ciascun archivio.

Per gli ospedali pubblici l'invio dei due archivi crittografati deve avvenire tramite supporti magnetici distinti e in tempi diversi.

I CED delle aziende sanitarie devono farsi carico dell'invio dei file alla Provincia.

I dati da trasmettere devono essere contenuti in due archivi disgiunti crittografati; la trasmissione deve avvenire tramite supporti magnetici distinti inviati per posta in tempi diversi.

Le modalità di trasmissione fisica dei dati potrà essere modificata in relazione alla reingegnerizzazione del sistema informativo sanitario provinciale.

10.2 TRASMISSIONE AL MINISTERO DELLA SANITÀ

La Provincia, dopo aver verificato la completezza, la congruenza e l'accuratezza delle informazioni rilevate, trasmette semestralmente al Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema informativo e statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici, Ufficio di Statistica, su supporto magnetico, secondo il tracciato record e le modalità stabilite dal decreto e dalla circolare, le informazioni rilevate attraverso il certificato, prive degli elementi identificativi diretti, che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale:

- 1 entro il 30 settembre di ogni anno**, i dati relativi ai parti che si sono avuti nel primo semestre dell'anno in corso
- 2 entro il 31 marzo di ogni anno**, i dati relativi ai parti che si sono avuti nel secondo semestre dell'anno precedente ed eventuali correzioni ed integrazioni riguardanti il primo semestre

Le specifiche per la trasmissione dei dati al Ministero della salute sono definite nell'**Allegato 2**.

10.3 TRASMISSIONE AD ALTRE AZIENDE SANITARIE DELLA PROVINCIA E DI ALTRE REGIONI

Qualora il parto avvenga in una struttura appartenente ad un'azienda sanitaria diversa da quella di residenza della puerpera, dovrà essere trasmessa tempestivamente copia del certificato all'azienda sanitaria di residenza.

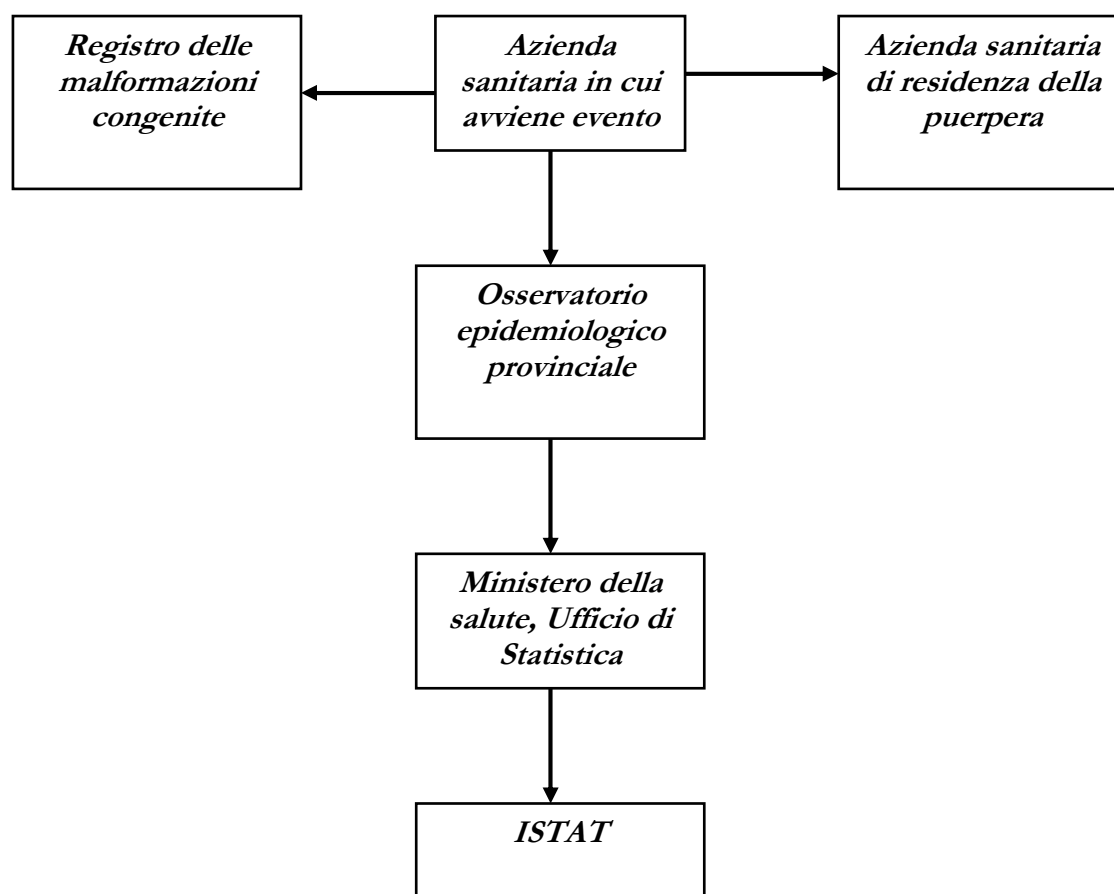
10.4 TRASMISSIONE AL REGISTRO DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE

La Provincia stabilisce le modalità per garantire che le informazioni dei certificati dei nati con malformazioni pervengano ai registri per le malformazioni congenite di competenza territoriale, ai quali afferiscono anche i dati raccolti ai sensi dell'articolo 1 del D.P.C.M. 9/7/99.

10.5 TRASMISSIONE ALL'ISTAT

Il Ministero della Salute trasmette all'ISTAT copia dell'archivio costituito privo degli elementi identificativi.

Fig. 1: Flusso informativo certificato di assistenza al parto



11. PERIODO TRANSITORIO

Nel corso dei primi anni di applicazione del Decreto, verranno effettuate verifiche periodiche sulle problematiche della rilevazione sia in termini di contenuto sia in termini di modalità di raccolta e trasmissione dei dati al Ministero della Salute, tramite un gruppo di monitoraggio congiunto Ministero - ISTAT – Regioni/Province autonome.

Al termine di tale periodo, il Ministero provvederà a valutare le eventuali modifiche da apportare.

Analoghe verifiche verranno effettuate anche a livello provinciale.

12. DEFINIZIONE DEL CONTENUTO DI TUTTE LE VARIABILI E RELATIVA CODIFICA

Sezione generale

1. Regione/Provincia autonoma (PROV)

La regione o provincia autonoma è identificata dal medesimo codice utilizzato nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1986 e successive modificazioni ed integrazioni.

È la regione o provincia autonoma dove è avvenuto il parto.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre.

Provincia Autonoma di Bolzano = 041

2. Azienda USL di evento (ASL_EV)

Indicare il codice dell'azienda USL nella quale è avvenuto l'evento parto.

Il codice, a 3 caratteri, è lo stesso utilizzato nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende USL e delle aziende ospedaliere (es. 101 = azienda sanitaria di Bolzano).

3. Istituto/azienda ospedaliera (ISTITUTO)

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie: tale codice è composto di 5 caratteri, dei quali i primi 3 identificano un progressivo numerico attribuito a livello provinciale (es. Ospedale centrale di Bolzano = 001).

I successivi 2 caratteri costituirebbero un ulteriore progressivo, che individua le singole strutture di un complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP 11 bis. Questi due caratteri a livello provinciale non sono utilizzati.

Nel caso in cui il parto non sia avvenuto all'interno di un istituto di cura, ma a domicilio o in altro luogo compilare come segue:

codice istituto riferimento (3) + 01=domicilio

codice istituto riferimento (3) + 02=altrove

Per istituto di cura di riferimento si intende quello territorialmente competente rispetto al luogo in cui è avvenuto il parto.

4. Numero Scheda (N_SCHEDA)

Definito su base annua nell'ambito di ciascuna azienda. I primi 4 caratteri del campo rappresentano l'anno, i rimanenti 6 caratteri sono un progressivo nell'ambito dell'anno

5. Comune di evento (COM_EV)

Per la codifica del comune di evento utilizzare il codice ISTAT, nel quale i primi 3 caratteri individuano la provincia e i successivi 3 un progressivo all'interno di ciascuna provincia che identifica il singolo comune in cui è avvenuto il parto (es. Comune di Bolzano = 021008).

6. Nosografico SDO madre (SDO)

Indicare il numero della Scheda di Dimissione Ospedaliera della madre per il ricovero relativo al parto. Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" (*figlio non riconosciuto o di filiazione ignota*) il numero della scheda di dimissione ospedaliera non va riportato.

7. Codice fiscale (FISCALE)

Il codice fiscale, ovvero quello del Ministero delle Finanze, deve essere indicato, quando disponibile, per tutte le pazienti residenti in Italia.

Per le straniere non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, e della circolare del Ministero della sanità 24 aprile 2000, n. 5).

Questa variabile non deve essere compilata per le straniere non residenti.

In caso di "Donna che non vuole essere nominata" il codice sanitario individuale non va riportato; vale, comunque, quanto precisato alla voce "Cognome della puerpera", ossia indicare il codice 999.

8. Codice sanitario individuale della puerpera (LIBRETTO)

Per le iscritte al Servizio sanitario provinciale il codice è rappresentato dal libretto sanitario limitatamente alle cifre del numero racchiuso dai due slash (simbolo "/").

Se la paziente non è iscritta al Servizio sanitario provinciale e viene ricoverata presso un ospedale pubblico il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatica che attribuisce un codice univoco alla paziente in base alle informazioni anagrafiche.

Le case di cura compilano il campo indicando il codice del libretto sanitario limitatamente alle cifre del numero racchiuso dai due slash rappresentati dal simbolo "/".

Questa variabile deve essere compilata per tutte le pazienti.

Esempio:

codice del libretto sanitario = 6g1/14456346/1 ⇔ 14456346BBBBBBBB

dove B= spazio

CODICE DEL LIBRETTO SANITARIO = F12/0103015311/4 ⇔ 0103015311BBBBBB

In caso di "Donna che non vuole essere nominata" il codice sanitario individuale non va riportato; vale, comunque, quanto precisato alla voce "Cognome della puerpera", ossia indicare il codice 999.

9. Cognome della puerpera (COGNOME)

Indicare il cognome da nubile della puerpera.

In caso di donna che vuole partorire in anonimato (figlio non riconosciuto o di filiazione ignota) indicare il codice 999 per "donna che non vuole essere nominata".

Deve essere comunque assicurato un raccordo tra il certificato di assistenza al parto privo dei dati idonei ad identificare la donna che non consente di essere nominata con la cartella clinica custodita presso il luogo dove è avvenuto il parto.

10. Nome della puerpera (NOME)

Il nome della puerpera non va riportato in caso di donna che non vuole essere nominata. In caso di "Donna che non vuole essere nominata" vale quanto precisato alla voce "Cognome della puerpera", ossia indicare codice 999.

Nei campi COGNOME, COGNOME ACQUISITO e NOME dell'assistita devono essere riportati esclusivamente il nome e il cognome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non sig.ra Maria o dott. Rossi, ma Maria, Rossi).

11. Cognome acquisito della puerpera (COGN_ACQ)

Indicare il cognome acquisito della puerpera.

In caso di donna che vuole partorire in anonimato (figlio non riconosciuto o di filiazione ignota) indicare il codice 999 per "donna che non vuole essere nominata".

Sezione A - Informazioni socio-demografiche sul/sui genitore/i

12. Data di nascita della madre (D_NASC_M)

Riportare il giorno, il mese e l'anno di nascita nel formato: **ggmmaaaa**

In caso di "Donna che non vuole essere nominata" indicare solo l'anno di nascita e non il giorno ed il mese.

Per le straniere non residenti va obbligatoriamente segnalata la data di nascita.

13. Cittadinanza della madre (C_CITT_M)

Si fa presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza (molti residenti in una regione italiana possono essere cittadini di Paesi esteri).

Per indicare la cittadinanza utilizzare il codice a 3 caratteri:

- cittadinanza italiana = 100
- cittadinanza estera = codice a 3 cifre stato estero, definito dal Ministero degli interni (v. allegato A al Decreto)
- apolidi =999
- sconosciuta = 998

Se la paziente ha più di una cittadinanza indicare il codice di quella indicata/scelta dalla paziente (normalmente se una delle cittadinanze è quella italiana si inserisce quella italiana).

14. Comune di nascita della madre (C_NASC_M)

Per la codifica del comune di nascita valgono le stesse indicazioni descritte per il comune di evento.

Codice ISTAT dei Comuni a 6 cifre, di cui 3 identificano la Provincia e i successivi 3 un progressivo interno a ciascuna provincia che individua il singolo comune (es. Comune di Bolzano = 021008).

Se si tratta di paziente nata all'estero, codificare: 999+codice ISTAT stato estero, definito dal Ministero degli interni per l'anagrafe della popolazione.

Se nata all'estero e non si conosce il paese estero codificare: 999998.

Se non si conosce il comune codificare: 999999.

In caso di "donna che non vuole essere nominata" indicare solo i primi tre caratteri che individuano la provincia, secondo il codice Istat.

15. Comune di residenza della madre (COMRES_M)

Individua il comune italiano, o eventualmente lo stato estero, presso il quale la paziente risulta legalmente residente.

Per la codifica del comune di residenza valgono le stesse indicazioni descritte per il comune di evento.

Codice ISTAT dei Comuni a 6 cifre, di cui 3 identificano la Provincia e i successivi 3 un progressivo interno a ciascuna provincia che individua il singolo comune (es. Comune di Bolzano = 021008).

Se si tratta di pazienti residenti all'estero, codificare: 999+codice ISTAT stato estero, definito dal Ministero degli interni per l'anagrafe della popolazione.

Se nata all'estero codificare e non si conosce il paese estero codificare: 999998.

Se non si conosce il comune codificare: 999999.

Per le senza fissa dimora codificare: 999999.

In caso di donna che vuole partorire in anonimato (figlio non riconosciuto o di filiazione ignota) indicare nei primi tre caratteri che individuano la provincia, secondo il codice ISTAT, il codice 999 per "Donna che non vuole essere nominata".

16. Regione di residenza della madre (REGRES_M)

La regione o provincia autonoma è identificata dal medesimo codice utilizzato nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1986 e successive modificazioni ed integrazioni.

Codice Ministero della Sanità a 3 cifre.

Provincia Autonoma di Bolzano = 041

Questo campo è calcolato in automatico dal comune di residenza della madre.

Se si tratta di pazienti residenti all'estero, codificare: codice ISTAT stato estero, definito dal Ministero degli interni (elenco A).

Per le senza fissa dimora codificare: 000.

17. Azienda USL di residenza della madre (ASLRES_M)

È l'azienda sanitaria che comprende il comune in cui risiede la madre. Codice a tre caratteri, è lo stesso utilizzato nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende USL e delle aziende ospedaliere.

Questo campo è calcolato in automatico dal comune di residenza della madre.

Per le straniere residenti all'estero non compilare.

Se il comune di residenza è sconosciuto (es. senza fissa dimora) porre il codice 000.

18. Titolo di studio della madre (TITOLO_M)

Codici da utilizzare:

1= laurea

2= diploma universitario o laurea breve

3= diploma di scuola media superiore

4= diploma di scuola media inferiore

5= licenza elementare o nessun titolo

19.20.21. Condizione professionale/non professionale della madre (PROF_M)

Con la condizione professionale si intende rilevare la condizione professionale (occupato/non occupato), la posizione nella professione e il ramo di attività economica.

Il codice, a tre cifre, è così costituito:

1a cifra

1 = occupata

2 = disoccupata

3 = in cerca di prima occupazione

4 = studentessa

5 = casalinga

6 = altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.).

Se occupata compilare la 2a cifra

0 = disoccupata

1= imprenditrice o libera professionista

- 2 = altro lavoro autonomo
- 3 = lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva
- 4 = lavoratrice dipendente: impiegata
- 5 = lavoratrice dipendente: operaia
- 6 = altro lavoro dipendente (apprendista, lavoratrice a domicilio, ecc.);

Se occupata compilare la 3a cifra

- 0= disoccupata
- 1 = agricoltura, caccia e pesca
- 2 = industria
- 3 = commercio, pubblici servizi, alberghi
- 4 = pubblica amministrazione
- 5 = altri servizi privati.

22. Stato civile della madre (CIVILE_M)

- 1 = nubile
- 2 = coniugata
- 3 = separata
- 4 = divorziata
- 5 = vedova
- 6 = non dichiarato

Se coniugata indicare data di matrimonio.

23. Data di matrimonio (DATA_MAT)

Riportare il giorno, il mese e l'anno dell'unico o ultimo matrimonio nel formato: **ggmmaaaa**

24. Precedenti concepimenti (PRE_CONC)

Indicare se la donna ha avuto, prima del presente parto, altri concepimenti.

- 1 = sì
- 2 = no

25. Numero parti precedenti (PRE_PART)

Se risposto sì alla variabile 24, indicare il totale dei parti avuti dalla donna precedentemente al presente (il totale potrebbe anche essere 0 se il concepimento non ha portato a parti).

26. Nati vivi (NATIVIVI)

Se almeno un parto precedente (variabile25>0), indicare il numero di eventuali nati vivi.

27. Nati morti (NATIMORT)

Se almeno un parto precedente (variabile25>0), indicare il numero di eventuali nati morti.

28. Numero aborti spontanei (ABORT_SP)

Se risposto sì alla variabile 24, indicare il numero di eventuali aborti spontanei.

29. Numero aborti IVG (IVG)

Se risposto sì alla variabile 24, indicare il numero di eventuali IVG.

30. Tagli cesarei precedenti (CESAREI)

Se almeno un parto precedente (variabile25>0), indicare il numero di eventuali tagli cesarei.

31. Data ultimo parto (UL_PARTO)

*Se almeno un parto precedente (variabile 25>0), indicare la data dell'ultimo parto avuto dalla donna nel formato: **ggmmaaaa***

32. Data di nascita del padre (D_NASC_P)

Riportare il giorno, il mese e l'anno di nascita nel formato: **ggmmaaaa**

33. Cittadinanza del padre (C_CITT_P)

Si fa presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza (molti residenti in una regione italiana possono essere cittadini di Paesi esteri).

Per indicare la cittadinanza utilizzare il codice a tre caratteri:

- cittadinanza italiana = 100
- cittadinanza estera = codice a 3 cifre stato estero, definito dal Ministero degli interni (v. allegato A al Decreto)
- apolidi =999
- sconosciuta = 998

34. Comune di nascita del padre (C_NASC_P)

Per la codifica del comune di nascita valgono le stesse indicazioni descritte per il comune di evento.

Codice ISTAT dei Comuni a 6 cifre, di cui 3 identificano la Provincia e i successivi 3 un progressivo interno a ciascuna provincia che individua il singolo comune (es. Comune di Bolzano = 021008).

Se si tratta di pazienti nati all'estero, codificare: 999+codice ISTAT stato estero, definito dal Ministero degli interni (elenco A).

35. Titolo di studio del padre (TITOLO_P)

Codici da utilizzare:

- 1= laurea
- 2= diploma universitario o laurea breve
- 3= diploma di scuola media superiore
- 4= diploma di scuola media inferiore
- 5= licenza elementare o nessun titolo

36.37.38. Condizione professionale/non professionale del padre (PROF_P)

Con la condizione professionale si intende rilevare la condizione professionale (occupato/non occupato), la posizione nella professione e il ramo di attività economica.

Il codice, a tre cifre, e' così costituito:

1a cifra

- 1= occupato
- 2= disoccupato
- 3= in cerca di prima occupazione
- 4= studente
- 5= casalinga
- 6= altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.).

Se occupato compilare la 2a cifra

- 0= disoccupato
- 1= imprenditore o libero professionista
- 2= altro lavoratore autonomo
- 3= lavoratore dipendente: dirigente o direttivo
- 4= lavoratore dipendente: impiegato
- 5= lavoratore dipendente: operaio
- 6= altro lavoratore dipendente (apprendista, lavoratore a domicilio, ecc.);

Se occupato compilare la 3a cifra

- 0= disoccupato
- 1= agricoltura, caccia e pesca
- 2= industria
- 3= commercio, pubblici servizi, alberghi
- 4= pubblica amministrazione
- 5= altri servizi privati.

39. Consanguineità tra madre e padre (CONSANG)

Nel caso di consanguineità tra i genitori precisare se:

1 = sono parenti di 4° grado (figli di fratelli/sor elle);

2 = sono parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/figlio di un suo primo cugino) *“figli di cugini”*;

3 = sono parenti di 6° grado (secondi cugini) *“figli di figli di cugini”*

Sezione B - Informazioni sulla gravidanza

40. Visite di controllo in gravidanza (VISITE_C)

Specificare se la partoriente ha effettuato durante la gravidanza:

- 1 = nessuna visita di controllo;
- 2 = fino a 4 visite di controllo (minori o uguali a 4);
- 3 = piu' di 4 visite di controllo.

41. Prima visita di controllo in gravidanza (VISITA_1)

Specificare il numero di settimane compiute nella quale e' avvenuta la prima visita (di accertamento e controllo) della gravidanza.

42. Numero di ecografie (N_ECO)

Specificare il numero di ecografie effettuate in gravidanza.

In caso di un numero maggiore di 9, indicare 9.

43. Amniocentesi (AMNIOCEN)

Indicare se è stata effettuata l'amniocentesi

- 1 = si
- 2 = no

44. Villi coriali (VILLICOR)

Indicare se è stata effettuata l'indagine sui villi coriali

- 1 = si
- 2 = no

45. Fetoscopia (FETOSCOP)

Indicare se è stata effettuata la fetoscopia

- 1 = si
- 2 = no

46. Ecografie (ECOGRAF)

Indicare se è stata effettuata l'ecografia dopo 22 settimane di gestazione

- 1 = si
- 2 = no

47. Indagine rosolia (ROSOLIA)

Indicare se è stata effettuato l'esame del titolo anticorpale contro la rosolia con:

- 1 = si;
- 2 = no;

48. Risultato IgG (IgG)

Nel caso in cui sia stato effettuato l'esame del titolo anticorpale contro la rosolia, indicare il risultato dell'IgG:

- 1 = IgG +
- 2 = IgG -

49. Titolo anticorpale IgG (AC_IgG)

Nel caso in cui l'IgG sia risultato positivo, indicare il titolo anticorpale con numero di 4 cifre (al massimo).

50. Risultato IgM (IgM)

Nel caso in cui sia stato effettuato l'esame del titolo anticorpale contro la rosolia, indicare il risultato dell'IgM:

- 1 = IgM +
- 2 = IgM -

51. Titolo anticorpale IgM (AC_IgM)

Nel caso in cui l'IgM sia risultato positivo, indicare il titolo anticorpale con numero di 4 cifre (al massimo).

52. Decorso della gravidanza (DECORSO)

Per gravidanza a decorso patologico s'intende la gravidanza in cui si sia verificata morbilità materno-fetale.

Indicare se la gravidanza ha avuto un decorso fisiologico oppure patologico:

1 = fisiologico;

2 = patologico.

53. Difetto di accrescimento fetale (DIF_ACCR)

Per difetto di accrescimento fetale si intende il rallentato accrescimento intrauterino (valori inferiori al 10°percentile) diagnosticato in fase pre-natale.

Indicare:

1 = si;

2 = no.

54. Concepimento con tecnica di procreazione medico assistita (CONC_PMA)

Indicare se il concepimento ha avuto luogo con l'applicazione di una tecnica di procreazione medico-assistita:

1 = si;

2 = no.

55. Metodo di procreazione medico-assistita (PMA)

Nel caso il concepimento sia avvenuto attraverso l'utilizzo di tecniche di riproduzione medico-assistita (se variabile 54 = 1), specificare il metodo seguito:

1 = solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione;

2 = IUI (Intra Uterine Insemination) metodica di procreazione medico-assistita consistente nel trasferimento di gameti maschili nella cavità uterina;

3 = GIFT (Gamete IntraFallopian Transfer) metodica di procreazione medico-assistita consistente nel trasferimento di gameti (maschili e femminili) nelle tube di Falloppio, generalmente per via laparoscopica;

4 = FIVET (Fertilization in Vitro and Embryo Transfer) metodica di procreazione medico-assistita che prevede la fecondazione in vitro ed il trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero;

5 = ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) metodica di procreazione medico-assistita che prevede la fecondazione in vitro tramite iniezione di uno spermatozoo nel citoplasma di un ovocita ed il trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero;

6 = Altre tecniche.

56. Data ultima mestruazione (DATA_M)

Formato *ggmmaaa*. La data di questo campo permette di calcolare in automatico l'età gestazionale.

57. Età gestazionale (ETA_GEST)

Specificare il numero di settimane compiute di amenorrea.

Sezione C - Informazioni sul parto e sul neonato

Sezione C1 - Informazioni sul parto

58. Luogo del parto (L_PARTO)

Indicare:

- 1 = se il parto è avvenuto in un istituto di cura pubblico o privato
- 2 = se il parto è avvenuto in un'abitazione privata
- 3 = se il parto è avvenuto in un'altra struttura di assistenza
- 4 = se il parto è avvenuto altrove (strada, mezzi di trasporto, ecc.).

59. Modalità del travaglio (TRAVAGLI)

Indicare se il travaglio è avvenuto in modo:

- 1 = spontaneo
- 2 = indotto.

60. Tipo induzione (INDUZION)

Se *variabile 59=2*, indicare se il travaglio è stato indotto:

- 1 = con metodo farmacologico
- 2 = amnioressi.

61. Genere del parto (GE_PARTO)

Indicare se trattasi di:

- 1 = parto semplice
- 2 = parto plurimo.

62. Numero nati maschi (NATI_M)

Nel caso di parto plurimo (*se variabile 61=2*) precisare il numero dei nati di sesso maschile.

63. Numero nati femmine (NATI_F)

Nel caso di parto plurimo (*se variabile 61=2*) precisare il numero dei nati di sesso femminile.

64. Ostetrico/a presente al parto (OSTERIC)

Segnalare la presenza/assenza con:

- 1 = si;
- 2 = no.

65. Ostetrico-ginecologo presente al parto (OST_GIN)

Segnalare la presenza/assenza con:

- 1 = si;
- 2 = no.

66. Pediatra/neonatologo presente al parto (PED_NEON)

Segnalare la presenza/assenza con:

- 1 = si;
- 2 = no.

67. Anestesista presente al parto (ANESTESI)

Segnalare la presenza/assenza con:

- 1 = si;
- 2 = no.

68. Altro personale sanitario o tecnico presente al parto (ALT_PERS)

Segnalare la presenza/assenza con:

- 1 = si;
- 2 = no.

69. Presenza in sala parto (PRESENTI)

Indicare se durante il parto era presente una tra le persone indicate:

- 1 = padre del neonato
- 2 = altra persona di famiglia della partoriente
- 3 = altra persona di fiducia della partoriente.

70. Profilassi Rh (PROF_Rh)

Indicare l'effettuazione o meno dell'immunoprofilassi:

- 1 = si;
- 2 = no.

71. Profilassi antirosolia (PROF_ROS)

Se nella sezione B la variabile 47 = 2, indicare l'effettuazione o meno dell'immunoprofilassi:

- 1 = si;
- 2 = no.

Sezione C2 - Informazioni sul neonato

In caso di parto plurimo tale sezione va compilata per ogni nato.

72. Data del parto (D_PARTO)

Riportare il giorno, mese, l'anno e l'ora del parto nel formato: **ggmmaaaahmm**.

73. Presentazione del neonato (PRES_NEO)

Indicare:

- 1 = vertice
- 2 = podice
- 3 = fronte
- 4 = bregma
- 5 = faccia
- 6 = spalla.

74. Modalità del parto (MOD_PART)

Indicare se il parto e' avvenuto:

- 1 = in modo spontaneo
- 2 = con taglio cesareo d'elezione
- 3 = con taglio cesareo in travaglio
- 4 = con uso di forcipe
- 5 = con uso di ventosa
- 6 = in altro modo.

75. Sesso del neonato (SESSO)

Indicare:

- 1 = maschio
- 2 = femmina.

76. Tipo genitali esterni (TIPO_GEN)

Indicare il tipo di genitali:

- 1 = maschili
- 2 = femminili
- 3 = indeterminati.

77. Numero d'ordine del nato nel presente parto (ORD_NATO)

Nel caso di parto plurimo indicare l'ordine di nascita.
Considerare anche i nati morti.

78. Peso (PESO)

Indicare il peso in grammi.

79. Lunghezza (LUNGH)

Indicare la lunghezza in centimetri.

80. Circonferenza cranica (CIR_CRAN)

Indicare la circonferenza cranica in centimetri.

81. Vitalità (VITALITA)

Specificare se trattasi di:

- 1 = nato vivo
- 2 = nato morto.

82. Punteggio Apgar (APGAR)

Indicare il punteggio attribuito al neonato dopo 5 minuti secondo il metodo di Apgar (numero da 0 a 10).

83. Necessità di rianimazione (RIANIMAZ)

Indicare se si è presentata la necessità di rianimare il neonato:

- 1 = si;
- 2 = no.

84. Presenza di malformazione (MALFORM)

Indicare:

- 1 = si;
- 2 = no.

Sezione D - Informazioni sulle cause di nati-mortalità

Da compilare solo se nella sezione C2, la variabile 81=2

Le informazioni di carattere clinico interessanti il feto, la madre, il padre, ecc. devono essere specificate per esteso e codificate utilizzando le voci ed i codici della Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ICD-9-CM e successivi aggiornamenti.

In generale assegnare il codice a 5 caratteri della classificazione. Solo quando ciò non è possibile utilizzare codici a 4 caratteri. Per la descrizione sono disponibili 40 caratteri.

85. Malattia o condizione morbosa principale del feto (C_DIAG_F)

Indicare la condizione morbosa principale del feto.

La codifica delle diagnosi deve avvenire attraverso l'utilizzo della Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification).

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

Vanno utilizzati i codici relativi alle malattie perinatali contenuti nel capitolo 15° dell'ICD-9-CM, pp 737-745, codici da 760.0 a 779.9.

Non vanno pertanto prese in considerazione le malformazioni congenite, alle quali vengono dedicate altre variabili specifiche (da n. 99 a n.101).

86. Descrizione malattia o condizione morbosa principale del feto (D_DIAG_F)

87. Altra malattia o condizione morbosa del feto (C_DIA1_F)

Indicare altra condizione morbosa del feto.

La codifica delle diagnosi deve avvenire attraverso l'utilizzo della Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification).

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

Vanno utilizzati i codici relativi alle malattie perinatali contenuti nel capitolo 15° dell'ICD-9-CM, pp 737-745, codici da 760.0 a 779.9.

Non vanno pertanto prese in considerazione le malformazioni congenite, alle quali vengono dedicate altre variabili specifiche (da n. 99 a n.101).

88. Descrizione altra malattia o condizione morbosa del feto (D_DIA1_F)

89. Malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto (C_DIAG_M)

Indicare la principale condizione morbosa della madre interessante il feto.

La codifica delle diagnosi deve avvenire attraverso l'utilizzo della Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification).

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

Vanno utilizzati i codici relativi alle complicazioni della gravidanza contenuti nel capitolo 11° dell'ICD-9-CM, pp 662-690, codici da 640.0 a 676.94, con quinta cifra 1 o 2 perché si tratta di parto.

90. Descrizione malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto (D_DIAG_M)

91. Altra malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto (C_DIA1_M)

Indicare altra malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto.

La codifica delle diagnosi deve avvenire attraverso l'utilizzo della Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification).

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

Vanno utilizzati i codici relativi alle complicazioni della gravidanza contenuti nel capitolo 11° dell'ICD-9-CM, pp 662-690, codici da 640.0 a 676.94, con quinta cifra 1 o 2 perché si tratta di parto.

92. Descrizione altra malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto (D_DIA1_M)

93. Altra circostanza rilevante (C_ALDIAG)

Indicare altra condizione che, a giudizio del medico, pur non rientrando nelle voci precedenti risulta rilevante ai fini del decesso.

Vanno utilizzati i codici relativi alle complicazioni della gravidanza contenuti nel capitolo 11° dell'ICD-9-CM, pp 662-690, codici da 640.0 a 676.94, con quinta cifra 1 o 2 perché si tratta di parto.

94. Descrizione altra circostanza rilevante (D_ALDIAG)

95. Momento della morte (MORTE)

Indicare:

- 1 = se la morte è avvenuta prima del travaglio
- 2 = se la morte è avvenuta durante il travaglio
- 3 = se la morte è avvenuta durante il parto
- 4 = se il momento della morte è sconosciuto.

96. Esecuzione esami strumentali in caso di nati morti con malformazioni (ESAMI_ST)

Indicare se sono stati effettuati o meno esami strumentali:

- 1 = si;
- 2 = no.

97. Esecuzione fotografie in caso di nati morti con malformazioni (FOTO)

Indicare se sono state effettuate o meno fotografie:

- 1 = si;
- 2 = no.

98. Riscontro autoptico (AUTOPSIA)

Indicare:

- 1 = se la causa di morte individuata è stata confermata dall'autopsia
- 2 = se il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito
- 3 = se l'autopsia non è stata effettuata.

Sezione E - Informazioni sulla presenza di malformazioni

Da compilare solo se nella sezione C2, la variabile 84=1

99. Malformazione diagnosticata 1 (C_MALF1)

La codifica delle diagnosi deve avvenire attraverso l'utilizzo della Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification).

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

Vanno utilizzati i codici relativi alle malformazioni congenite contenuti nel capitolo 14° dell'ICD-9-CM, pp 721-735, codici da 740.0 a 759.9.

100. Eventuale malformazione diagnosticata 2 (C_MALF2)

La codifica delle diagnosi deve avvenire attraverso l'utilizzo della Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification).

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

Vanno utilizzati i codici relativi alle malformazioni congenite contenuti nel capitolo 14° dell'ICD-9-CM, pp 721-735, codici da 740.0 a 759.9.

101. Eventuale malformazione diagnosticata 3 (C_MALF3)

La codifica delle diagnosi deve avvenire attraverso l'utilizzo della Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification).

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

Vanno utilizzati i codici relativi alle malformazioni congenite contenuti nel capitolo 14° dell'ICD-9-CM, pp 721-735, codici da 740.0 a 759.9.

102. Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita) (CARIOTIP)

Specificare per esteso la diagnosi citogenetica effettuata al fine di identificare anomalie cromosomiche numeriche e strutturali.

103. Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (ETA_MALF)

Indicare l'età di gestazione, in settimane compiute, in cui è stata diagnosticata la malformazione.

104. Età neonatale alla diagnosi di malformazione (ETA_NEON)

Indicare l'età neonatale, in giorni compiuti, in cui è stata diagnosticata la malformazione.

105. Eventuali malformazioni nei fratelli (MALF_FRA)

Indicare la presenza/assenza di malformazioni nei fratelli:

- 1 = sì;
- 2 = no.

106. Eventuali malformazioni nella madre (MALF_MAD)

Indicare la presenza/assenza di malformazioni nella madre:

- 1 = sì;
- 2 = no.

107. Eventuali malformazioni nel padre (MALF_PAD)

Indicare la presenza/assenza di malformazioni nel padre:

1 = sì;
2 = no.

108. Eventuali malformazioni nei genitori madre (MALF_GEM)

Indicare la presenza/assenza di malformazioni nei genitori madre:

1 = sì;
2 = no.

109. Eventuali malformazioni nei genitori padre (MALF_GEP)

Indicare la presenza/assenza di malformazioni nei genitori padre:

1 = sì;
2 = no.

110. Eventuali malformazioni nei parenti madre (MALF_PAM)

Indicare la presenza/assenza di malformazioni nei parenti madre:

1 = sì;
2 = no.

111. Eventuali malformazioni nei parenti padre (MALF_PAP)

Indicare la presenza/assenza di malformazioni nei parenti padre:

1 = sì;
2 = no.

112. Malattia insorta in gravidanza 1 (C_GRAV1)

La codifica delle diagnosi deve avvenire attraverso l'utilizzo della Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification).

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

Vanno utilizzati i codici relativi alle complicazioni della gravidanza contenuti nel capitolo 11° dell'ICD-9-CM, pp 662-690, codici da 640.0 a 676.94, con quinta cifra 1 o 2 perché si tratta di parto.

113. Descrizione malattia insorta in gravidanza 1 (D_GRAV1)

114. Malattie insorte in gravidanza 2 (C_GRAV2)

La codifica delle diagnosi deve avvenire attraverso l'utilizzo della Classificazione internazionale delle malattie – modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification).

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

Vanno utilizzati i codici relativi alle complicazioni della gravidanza contenuti nel capitolo 11° dell'ICD-9-CM, pp 662-690, codici da 640.0 a 676.94, con quinta cifra 1 o 2 perché si tratta di parto.

115. Descrizione malattia insorta in gravidanza 2 (D_GRAV2)

ALLEGATO 1 TRACCIATI RECORD PER INVIO DATI ALLA PROVINCIA

ISTRUZIONI PER LE MODALITA' DI TRASMISSIONE DEI DATI RILEVATI ATTRAVERSO I CERTIFICATI DI ASSISTENZA AL PARTO ARCHIVI DA TRASMETTERE E TRACCIATI RECORD

Di seguito vengono descritte le modalità di trasmissione dalle aziende sanitarie alla Provincia Autonoma di Bolzano, degli archivi contenenti i dati rilevati attraverso lo schema esemplificativo di certificato di assistenza al parto di cui all'allegato al Decreto 16 luglio 2001, n. 349.

Per esigenze di tutela della riservatezza dei dati, ai fini del rispetto della L:675/95 e successive integrazioni e modifiche, i dati da trasmettere al Ministero della Salute devono essere registrati nei seguenti archivi :

1. **archivio** denominato **CAPM01A**¹, relativo alle **informazioni anagrafiche**;
2. **archivio** denominato **CAPM01B**¹, relativo alle **informazioni contenenti dati sensibili sulla donna e sul neonato**.

I due archivi devono essere completamente congruenti tra loro e riferirsi agli stessi eventi "Parto": il numero di certificati di assistenza al parto cui si riferiscono i dati presenti nel primo archivio deve essere uguale al numero di certificati di assistenza al parto cui si riferiscono i dati presenti nel secondo.

Ogni eventuale record non bilanciato non viene caricato nella base informativa e segnalato dalla procedura di acquisizione.

La procedura di acquisizione fornisce le segnalazioni degli errori presenti nelle schede della azienda o struttura privata di volta in volta in esame.

L'eventuale re-invio da parte della azienda o struttura privata delle schede deve essere totale, cioè deve comprendere tutte le schede relative all'anno considerato, in quanto si procederà alla cancellazione preventiva di tutte le schede esistenti prima di acquisire quelle corrette.

Di seguito sono indicate le caratteristiche e i controlli da effettuare sui campi di ciascun archivio sulla base del tracciato record e delle norme di compilazione allegati alla circolare ministeriale N. 15 del 19.12.2001 della D.G. Prevenzione ed inviata a tutti i soggetti interessati alla rilevazione dei dati.

¹ I file, coerentemente ad altri flussi di dati già attivati in provincia, dovranno avere il seguente nome: **AA_BBBBBB_YYYYMMDD_CAPM01A.txt** e **AA_BBBBBB_YYYYMMDD_CAPM01B.txt** con AA: Bz, Bx, Bk, Me; BBBBBB: codice istituto e YYYYMMDD la data completa.

ARCHIVIO CAPM01A - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

L'archivio é così composto:

- a) un record contenente le informazioni di carattere generale; tale record deve essere necessariamente il primo record dell'archivio;
- b) i record contenenti i dati anagrafici del Certificato di assistenza al parto.

L'archivio deve avere le seguenti caratteristiche:

Organizzazione: **SEQUENZIALE**

Lunghezza record: **FISSA - 203 BYTES**

a) Tracciato del primo record contenente le informazioni di carattere generale

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
1	Tipo record	1	1	AN	1	(2)
2	Codice regione	2	4	AN	3	(3)
3	Anno	5	8	N	4	(4)
4	Semestre	9	9	N	1	(5)
5	Numero record di tipo b) registrato sull'archivio	10	15	N	6	(6)
6	Campo vuoto	16	203	AN	188	(7)

NOTE:

(1) FORMATO AN = Alfanumerico, N = Numerico

- I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati al valore "spazio".
- I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate al valore 0 (zero); se non utilizzati devono essere impostati al valore 0 (zero).

(2) Il campo deve contenere il valore "0".

(3) Il codice deve essere quello della regione o provincia autonoma che invia l'archivio.

(4) Il campo deve essere impostato con l'anno a cui si riferiscono i certificati di assistenza al parto inviati (anno in cui si è verificato l'evento).

(5) Il campo deve essere impostato al valore 1 o 2 per indicare il semestre al quale si riferiscono i certificati.

(6) Il campo deve contenere il numero di record di tipo b), relativi ai dati anagrafici del Certificato di assistenza al parto, registrati sull'archivio.

(7) Il campo deve essere impostato con il valore "spazio".

b) Tracciato dei record contenenti i dati anagrafici del Certificato di assistenza al parto

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
1	Tipo record	1	1	AN	1	(2)
2	Codice regione	2	4	AN	3	
3	Codice Istituto/Azienda ospedaliera	5	9	AN	5	
4	Codice Azienda USL	10	12	AN	3	
5	Numero Scheda	13	22	AN	10	(3)
6	Comune di evento	23	28	AN	6	
7	Cognome della puerpera	29	58	AN	30	
8	Cognome acquisito della puerpera	59	78	AN	20	
9	Nome della puerpera	79	98	AN	20	
10	Codice sanitario individuale della puerpera	99	114	AN	16	
11	Codice fiscale	115	130	AN	16	
12	Data di nascita della madre	131	138	AN	8	
13	Cittadinanza della madre	139	141	AN	3	
14	Comune di nascita della madre	142	147	AN	6	
15	Comune di residenza della madre	148	153	AN	6	
16	Regione di residenza della madre	154	156	AN	3	
17	Azienda USL di residenza della madre	157	159	AN	3	
18	Stato civile della madre	160	160	AN	1	
19	Data di matrimonio	161	168	AN	8	
20	Data di nascita del padre	169	176	AN	8	
21	Cittadinanza del padre	177	179	AN	3	
22	Comune di nascita del padre	180	185	AN	6	
23	Titolo di studio della madre	186	186	AN	1	
24	Condizione professionale/non professionale della madre	187	189	AN	3	
25	Titolo di studio del padre	190	190	AN	1	
26	Condizione professionale/non professionale del padre	191	193	AN	3	
27	Nosografico SDO madre	194	203	AN	10	

NOTE:

(1) FORMATO AN = Alfanumerico, N = Numerico

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

- I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate al valore 0 (zero); se non utilizzati devono essere impostati al valore 0 (zero).

(2) Il campo deve contenere il valore "1".

(3) Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda deve essere definito, su base annua, nell'ambito di ciascun istituto/Azienda ospedaliera ovvero nell'ambito di ciascuna Azienda USL qualora il parto non sia avvenuto all'interno di un istituto di cura. I primi 4 caratteri del campo rappresentano l'anno, i rimanenti 6 caratteri sono un progressivo nell'ambito dell'anno.

ARCHIVIO CAPM01B - INFORMAZIONI SU GRAVIDANZE PRECEDENTI, GRAVIDANZA IN ESAME, PARTO E NEONATI

L'archivio é così composto:

- c) un record contenente le **informazioni di carattere generale**; tale record deve essere necessariamente il primo record dell'archivio;
- d) i record contenenti le **informazioni del Certificato di assistenza al parto relative ai dati sensibili della donna**;
- e) i record contenenti le **informazioni del Certificato di assistenza al parto relative ai dati sensibili dei neonati**.

L'archivio deve avere le seguenti caratteristiche:

Organizzazione: **SEQUENZIALE**

Lunghezza record: **FISSA – 446 BYTES**

c) Tracciato del primo record contenente le informazioni di carattere generale

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
1	Tipo record	1	1	AN	1	(2)
2	Codice regione	2	4	AN	3	(3)
3	Anno	5	8	N	4	(4)
4	Semestre	9	9	N	1	(5)
5	Numero record di tipo d) registrati sull'archivio	10	15	N	6	(6)
6	Numero record di tipo e) registrati sull'archivio	16	21	N	6	(7)
7	Campo vuoto	22	446	AN	425	(8)

NOTE:

(1) FORMATO AN = Alfanumerico, N = Numerico

- I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati al valore "spazio".
- I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate al valore 0 (zero); se non utilizzati devono essere impostati al valore 0 (zero).

(2) Il campo deve contenere il valore "0".

(3) Il codice deve essere quello della regione o provincia autonoma che invia il supporto magnetico.

(4) Il campo deve essere impostato con l'anno a cui si riferiscono i certificati di assistenza al parto inviati (anno in cui si è verificato l'evento).

(5) Il campo deve essere impostato al valore 1 o 2 per indicare il semestre al quale si riferiscono i certificati.

(6) Il campo deve contenere il numero di record di tipo d), relativi alle informazioni sui dati sensibili della donna, registrati sul file.

(7) Il campo deve contenere il numero di record di tipo e), relativi alle informazioni sui dati sensibili dei neonati, registrati sul file: tale numero deve essere necessariamente uguale o superiore al numero di record di tipo d).

(8) Il campo deve essere impostato con il valore "spazio".

d) Tracciato dei record di tipo d) contenenti le informazioni relative ai dati sensibili sulla donna

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
1	Tipo record	1	1	AN	1	(2)
2	Codice regione	2	4	AN	3	
3	Codice Istituto/Azienda ospedaliera	5	9	AN	5	
4	Codice Azienda USL	10	12	AN	3	
5	Numero Scheda	13	22	AN	10	(3)
6	Precedenti concepimenti	23	23	AN	1	
7	Numero parti precedenti	24	25	N	2	
8	Nati vivi	26	27	N	2	
9	Nati morti	28	29	N	2	
10	Numero aborti spontanei	30	31	N	2	
11	Numero IVG	32	33	N	2	
12	Tagli cesarei precedenti	34	35	N	2	
13	Data ultimo parto	36	43	AN	8	
14	Consanguineità tra madre e padre	44	44	AN	1	
15	Visite di controllo in gravidanza	45	45	AN	1	
16	Prima visita in gravidanza	46	47	N	2	
17	Numero di ecografie	48	48	N	1	
18	Amniocentesi	49	49	AN	1	
19	Villi coriali	50	50	AN	1	
20	Fetoscopia/funicolocentesi	51	51	AN	1	
21	Ecografia > 22 settimane	52	52	AN	1	
22	Indagine rosolia	53	53	AN	1	
23	Risultato IgG	54	54	AN	1	
24	Titolo anticorpale IgG	55	58	N	4	
25	Risultato IgM	59	59	AN	1	
26	Titolo anticorpale IgM	60	63	N	4	
27	Decorso della gravidanza	64	64	AN	1	
28	Difetto di accrescimento fetale	65	65	AN	1	
29	Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita	66	66	AN	1	
30	Metodo di procreazione medico-assistita	67	67	AN	1	

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
31	Età gestazionale	68	69	N	2	
32	Luogo del parto	70	70	AN	1	
33	Modalità del travaglio	71	71	AN	1	
34	Tipo induzione	72	72	AN	1	
35	Genere del parto	73	73	AN	1	
36	N. nati maschi	74	74	N	1	
37	N. nati femmine	75	75	N	1	
38	Ostetrica/o	76	76	AN	1	
39	Ostetrico-ginecologo	77	77	AN	1	
40	Pediatra/neonatologo	78	78	AN	1	
41	Anestesista	79	79	AN	1	
42	Altro personale sanitario	80	80	AN	1	
43	Presenza in sala parto	81	81	AN	1	
44	Profilassi Rh	82	82	AN	1	
45	Profilassi Rosolia	83	83	AN	1	
46	Data ultima mestruazione	84	91	AN	8	
47	Campo vuoto	92	446	AN	355	

NOTE:

(1) FORMATO AN = Alfanumerico, N = Numerico

- I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati al valore "spazio".
- I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate al valore 0 (zero); se non utilizzati devono essere impostati al valore 0 (zero).

(2) Il campo deve contenere il valore "2".

(3) Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda deve essere definito, su base annua, nell'ambito di ciascun istituto/Azienda ospedaliera ovvero nell'ambito di ciascuna Azienda USL qualora il parto non sia avvenuto all'interno di un istituto di cura. I primi 4 caratteri del campo rappresentano l'anno, i rimanenti 6 caratteri sono un progressivo nell'ambito dell'anno.

e) Tracciato dei record di tipo e) contenenti le informazioni sui dati sensibili dei neonati

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
1	Tipo record	1	1	AN	1	(2)
2	Codice regione	2	4	AN	3	
3	Codice Istituto/Azienda ospedaliera	5	9	AN	5	
4	Codice Azienda USL	10	12	AN	3	
5	Numero Scheda	13	22	AN	10	(3)
6	Identificativo del neonato	23	23	AN	1	(4)

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
7	Presentazione del neonato	24	24	AN	1	
8	Modalità del parto	25	25	AN	1	
9	Data del parto	26	37	AN	12	
10	Sesso del neonato	38	38	AN	1	
11	Tipo genitali esterni	39	39	AN	1	
12	Numero d'ordine	40	40	AN	1	
13	Peso	41	44	N	4	
14	Lunghezza	45	46	N	2	
15	Circonferenza cranica	47	48	N	2	
16	Vitalità	49	49	AN	1	
17	Punteggio Apgar	50	51	N	2	
18	Necessità di rianimazione	52	52	AN	1	
19	Presenza di malformazione	53	53	AN	1	
20	Malattia principale del feto	54	85	AN	5	
21	Descrizione malattia principale del feto	59	98	AN	40	
22	Altra malattia del feto	99	103	AN	5	
23	Descrizione altra malattia del feto	104	143	AN	40	
24	Malattia principale della madre interessante il feto	144	148	AN	5	
25	Descrizione malattia principale della madre interessante il feto	149	188	AN	40	
26	Altra malattia della madre interessante il feto	189	193	AN	5	
27	Descrizione altra malattia della madre interessante il feto	194	233	AN	40	
28	Altra circostanza rilevante	234	238	AN	5	
29	Descrizione altra circostanza rilevante	239	278	AN	40	
30	Momento della morte	279	279	AN	1	
31	Esecuzione esami strumentali in caso di malformazioni	280	280	AN	1	
32	Esecuzione fotografie in caso di malformazioni	281	281	AN	1	
33	Riscontro autoptico	282	282	AN	1	
34	Malformazione diagnosticata 1	283	287	AN	5	
35	Malformazione diagnosticata 2	288	292	AN	5	
36	Malformazione diagnosticata 3	293	297	AN	5	
37	Cariotipo	298	337	AN	40	
38	Età gestionale alla diagnosi di malformazione	338	339	N	2	

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
39	Età neonatale alla diagnosi di malformazione	340	341	N	2	
40	Malformazioni fratelli	342	342	AN	1	
41	Malformazioni madre	343	343	AN	1	
42	Malformazioni padre	344	344	AN	1	
43	Malformazioni genitori madre	345	345	AN	1	
44	Malformazioni genitori padre	346	346	AN	1	
45	Malformazioni parenti madre	347	347	AN	1	
46	Malformazioni parenti padre	348	348	AN	1	
47	Malattie insorte in gravidanza 1	349	353	AN	5	
48	Descrizione malattie insorte in gravidanza 1	354	393	AN	40	
49	Malattie insorte in gravidanza 2	394	398	AN	5	
50	Descrizione malattie insorte in gravidanza 2	399	438	AN	40	
51	Campo vuoto	439	446	AN	8	

NOTE:

(1) FORMATO AN = Alfanumerico, N = Numerico

- I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati al valore "spazio".
- I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate al valore 0 (zero); se non utilizzati devono essere impostati al valore 0 (zero).

(2) Il campo deve contenere il valore "3".

(3) Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda deve essere definito, su base annua, nell'ambito di ciascun istituto/Azienda ospedaliera ovvero nell'ambito di ciascuna Azienda USL qualora il parto non sia avvenuto all'interno di un istituto di cura. I primi 4 caratteri del campo rappresentano l'anno, i rimanenti 6 caratteri sono un progressivo nell'ambito dell'anno.

(4) Il campo deve contenere un progressivo che rappresenta l'identificativo univoco del neonato nell'ambito del numero scheda. Va riempito anche nel caso di parto singolo.

ALLEGATO 2 TRACCIATI RECORD PER INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE

ISTRUZIONI PER LE MODALITA' DI TRASMISSIONE DEI DATI RILEVATI ATTRAVERSO I CERTIFICATI DI ASSISTENZA AL PARTO ARCHIVI DA TRASMETTERE E TRACCIATI RECORD

Di seguito vengono descritte le modalità di trasmissione dalla Provincia Autonoma di Bolzano al Ministero della Salute, degli archivi contenenti i dati rilevati attraverso lo schema esemplificativo di certificato di assistenza al parto di cui all'allegato al Decreto 16 luglio 2001, n.349.

Per esigenze di tutela della riservatezza dei dati, ai fini del rispetto della L:675/95 e successive integrazioni e modifiche, i dati da trasmettere al Ministero della Salute devono essere registrati nei seguenti archivi:

1. **archivio** denominato **CAPM01A**, relativo alle **informazioni anagrafiche**;
2. **archivio** denominato **CAPM01B**, relativo alle **informazioni contenenti dati sensibili sulla donna e sul neonato**.

I due archivi devono essere completamente congruenti tra loro e riferirsi agli stessi eventi "Parto": il numero di certificati di assistenza al parto cui si riferiscono i dati presenti nel primo archivio deve essere uguale al numero di certificati di assistenza al parto cui si riferiscono i dati presenti nel secondo.

Di seguito sono indicate le caratteristiche di ciascun archivio.

ARCHIVIO CAPM01A - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

L'archivio é così composto:

- a. un record contenente le informazioni di carattere generale; tale record deve essere necessariamente il primo record dell'archivio;
- b. i record contenenti i dati anagrafici del Certificato di assistenza al parto.

L'archivio deve avere le seguenti caratteristiche:

Organizzazione: **SEQUENZIALE**

Lunghezza record: **FISSA - 105 BYTES**

a) *Tracciato del primo record contenente le informazioni di carattere generale*

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
1	Tipo record	1	1	AN	1	(2)
2	Codice regione	2	4	AN	3	(3)
3	Anno	5	8	N	4	(4)
4	Semestre	9	9	N	1	(5)
5	Numero record di tipo b) registrato sull'archivio	10	15	N	6	(6)
6	Campo vuoto	16	105	AN	90	(7)

NOTE:

(1) FORMATO AN = Alfanumerico, N = Numerico

- I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati al valore "spazio".
- I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate al valore 0 (zero); se non utilizzati devono essere impostati al valore 0 (zero).

(2) Il campo deve contenere il valore "0".

(3) Il codice deve essere quello della regione o provincia autonoma che invia l'archivio.

(4) Il campo deve essere impostato con l'anno a cui si riferiscono i certificati di assistenza al parto inviati (anno in cui si è verificato l'evento).

(5) Il campo deve essere impostato al valore 1 o 2 per indicare il semestre al quale si riferiscono i certificati.

(6) Il campo deve contenere il numero di record di tipo b), relativi ai dati anagrafici del Certificato di assistenza al parto, registrati sull'archivio.

(7) Il campo deve essere impostato con il valore "spazio".

b) Tracciato dei record contenenti i dati anagrafici del Certificato di assistenza al parto

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
1	Tipo record	1	1	AN	1	(2)
2	Codice regione	2	4	AN	3	
3	Codice Istituto/Azienda ospedaliera (ultime 2 cifre 00)	5	9	AN	5	
4	Codice Azienda USL	10	12	AN	3	
5	Numero Scheda	13	22	AN	10	(3)
6	Comune di evento	23	28	AN	6	
7	Codice sanitario individuale della puerpera (nostro codice fiscale)	29	44	AN	16	
8	Data di nascita della madre	45	52	AN	8	
9	Cittadinanza della madre	53	55	AN	3	
10	Comune di nascita della madre	56	61	AN	6	
11	Comune di residenza della madre	62	67	AN	6	
12	Regione e Azienda USL di residenza della madre	68	73	AN	6	
13	Stato civile della madre (senza mod. 6)	74	74	AN	1	
14	Data di matrimonio (solo mmaaaa)	75	80	AN	6	
15	Data di nascita del padre	81	88	AN	8	
16	Cittadinanza del padre	89	91	AN	3	
17	Comune di nascita del padre	92	97	AN	6	
18	Titolo di studio della madre	98	98	AN	1	
19	Condizione professionale/non professionale della madre	99	101	AN	3	
20	Titolo di studio del padre	102	102	AN	1	
21	Condizione professionale/non professionale del padre	103	105	AN	3	

NOTE:

(1) FORMATO AN = Alfanumerico, N = Numerico

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

- I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate al valore 0 (zero); se non utilizzati devono essere impostati al valore 0 (zero).

(2) Il campo deve contenere il valore "1".

(3) Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda deve essere definito, su base annua, nell'ambito di ciascun istituto/Azienda ospedaliera ovvero nell'ambito di ciascuna Azienda USL qualora il parto non sia avvenuto all'interno di un istituto di cura. I primi 4 caratteri del campo rappresentano l'anno, i rimanenti 6 caratteri sono un progressivo nell'ambito dell'anno.

ARCHIVIO CAPM01B - INFORMAZIONI SU GRAVIDANZE PRECEDENTI, GRAVIDANZA IN ESAME, PARTO E NEONATI

L'archivio é così composto:

- c) un record contenente le **informazioni di carattere generale**; tale record deve essere necessariamente il primo record dell'archivio;
- d) i record contenenti le **informazioni del Certificato di assistenza al parto relative ai dati sensibili della donna**;
- e) i record contenenti le **informazioni del Certificato di assistenza al parto relative ai dati sensibili dei neonati**.

L'archivio deve avere le seguenti caratteristiche:

Organizzazione: **SEQUENZIALE**

Lunghezza record: **FISSA – 424 BYTES**

c) Tracciato del primo record contenente le informazioni di carattere generale

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
1	Tipo record	1	1	AN	1	(2)
2	Codice regione	2	4	AN	3	(3)
3	Anno	5	8	N	4	(4)
4	Semestre	9	9	N	1	(5)
5	Numero record di tipo d) registrati sull'archivio	10	15	N	6	(6)
6	Numero record di tipo e) registrati sull'archivio	16	21	N	6	(7)
7	Campo vuoto	22	424	AN	403	(8)

NOTE:

(1) FORMATO AN = Alfanumerico, N = Numerico

- I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati al valore "spazio".
- I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate al valore 0 (zero); se non utilizzati devono essere impostati al valore 0 (zero).

(2) Il campo deve contenere il valore "0".

(3) Il codice deve essere quello della regione o provincia autonoma che invia il supporto magnetico.

(4) Il campo deve essere impostato con l'anno a cui si riferiscono i certificati di assistenza al parto inviati (anno in cui si è verificato l'evento).

(5) Il campo deve essere impostato al valore 1 o 2 per indicare il semestre al quale si riferiscono i certificati.

(6) Il campo deve contenere il numero di record di tipo d), relativi alle informazioni sui dati sensibili della donna, registrati sul file.

(7) Il campo deve contenere il numero di record di tipo e), relativi alle informazioni sui dati sensibili dei neonati, registrati sul file: tale numero deve essere necessariamente uguale o superiore al numero di record di tipo d).

(8) Il campo deve essere impostato con il valore "spazio".

d) Tracciato dei record di tipo d) contenenti le informazioni relative ai dati sensibili sulla donna

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
1	Tipo record	1	1	AN	1	(2)
2	Codice regione	2	4	AN	3	
3	Codice Istituto/Azienda ospedaliera (ultime due cifre 00)	5	9	AN	5	
4	Codice Azienda USL	10	12	AN	3	
5	Numero Scheda	13	22	AN	10	(3)
6	Precedenti concepimenti	23	23	AN	1	
7	Numero parti precedenti	24	25	N	2	
8	Nati vivi	26	27	N	2	
9	Nati morti	28	29	N	2	
10	Numero aborti spontanei	30	31	N	2	
11	Numero IVG	32	33	N	2	
12	Tagli cesarei precedenti	34	35	N	2	
13	Data ultimo parto	36	43	AN	8	
14	Consanguineità tra madre e padre	44	44	AN	1	
15	Visite di controllo in gravidanza	45	45	AN	1	
16	Prima visita in gravidanza	46	47	N	2	
17	Numero di ecografie	48	48	N	1	
18	Aminiocentesi	49	49	AN	1	
19	Villi coriali	50	50	AN	1	
20	Fetoscopia/funicolocentesi	51	51	AN	1	
21	Ecografia > 22 settimane	52	52	AN	1	
22	Decorso della gravidanza	53	53	AN	1	
23	Difetto di accrescimento fetale	54	54	AN	1	
24	Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita	55	55	AN	1	
25	Metodo di procreazione medico-assistita	56	56	AN	1	
26	Età gestazionale	57	58	N	2	
27	Luogo del parto	59	59	AN	1	
28	Modalità del travaglio	60	60	AN	1	
29	Tipo induzione	61	61	AN	1	

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
30	Presentazione del neonato	62	62	AN	1	
31	Modalità del parto	63	63	AN	1	
32	Data del parto	64	75	AN	12	
33	Genere del parto	76	76	AN	1	
34	N. nati maschi	77	77	N	1	
35	N. nati femmine	78	78	N	1	
36	Ostetrica/o	79	79	AN	1	
37	Ostetrico-ginecologo	80	80	AN	1	
38	Pediatra/neonatologo	81	81	AN	1	
39	Anestesista	82	82	AN	1	
40	Altro personale sanitario	83	83	AN	1	
41	Presenza in sala parto	84	84	AN	1	
42	Profilassi Rh	85	85	AN	1	
43	Campo vuoto	86	424	AN	339	

NOTE:

(1) FORMATO AN = Alfanumerico, N = Numerico

- I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati al valore "spazio".
- I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate al valore 0 (zero); se non utilizzati devono essere impostati al valore 0 (zero).

(2) Il campo deve contenere il valore "2".

(3) Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda deve essere definito, su base annua, nell'ambito di ciascun istituto/Azienda ospedaliera ovvero nell'ambito di ciascuna Azienda USL qualora il parto non sia avvenuto all'interno di un istituto di cura. I primi 4 caratteri del campo rappresentano l'anno, i rimanenti 6 caratteri sono un progressivo nell'ambito dell'anno.

e) Tracciato dei record di tipo e) contenenti le informazioni sui dati sensibili dei neonati

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
1	Tipo record	1	1	AN	1	(2)
2	Codice regione	2	4	AN	3	
3	Codice Istituto/Azienda ospedaliera (ultime due cifre 00)	5	9	AN	5	
4	Codice Azienda USL	10	12	AN	3	

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
5	Numero Scheda	13	22	AN	10	(3)
6	Identificativo del neonato	23	23	AN	1	(4)
7	Sesso del neonato	24	24	AN	1	
8	Tipo genitali esterni	25	25	AN	1	
9	Numero d'ordine	26	26	AN	1	
10	Peso	27	30	N	4	
11	Lunghezza	31	32	N	2	
12	Circonferenza cranica	33	34	N	2	
13	Vitalità	35	35	AN	1	
14	Punteggio Apgar	36	37	N	2	
15	Necessità di rianimazione	38	38	AN	1	
16	Presenza di malformazione	39	39	AN	1	
17	Malattia principale del feto	40	44	AN	5	
18	Descriz. malattia principale del feto	45	84	AN	40	
19	Altra malattia del feto	85	89	AN	5	
20	Descrizione altra malattia del feto	90	129	AN	40	
21	Malattia principale della madre interessante il feto	130	134	AN	5	
22	Descrizione malattia principale della madre interessante il feto	135	174	AN	40	
23	Altra malattia della madre interessante il feto	175	179	AN	5	
24	Descrizione altra malattia della madre interessante il feto	180	219	AN	40	
25	Altra circostanza rilevante	220	224	AN	5	
26	Descrizione altra circostanza rilevante	225	264	AN	40	
27	Momento della morte	265	265	AN	1	
28	Esecuzione esami strumentali in caso di malformazioni	266	266	AN	1	
29	Esecuzione fotografie in caso di malformazioni	267	267	AN	1	
30	Riscontro autoptico	268	268	AN	1	
31	Malformazione diagnosticata 1	269	273	AN	5	
32	Malformazione diagnosticata 2	274	278	AN	5	
33	Malformazione diagnosticata 3	279	283	AN	5	
34	Cariotipo	284	323	AN	40	
35	Età gestionale alla diagnosi di malformazione	324	325	N	2	

NUM	NOME CAMPO	POSIZIONE		FORMATO (1)	LUNGHEZZA	NOTA
		DA	A			
36	Età neonatale alla diagnosi di malformazione	326	327	N	2	
37	Malformazioni fratelli	328	328	AN	1	
38	Malformazioni madre	329	329	AN	1	
39	Malformazioni padre	330	330	AN	1	
40	Malformazioni genitori madre	331	331	AN	1	
41	Malformazioni genitori padre	332	332	AN	1	
42	Malformazioni parenti madre	333	333	AN	1	
43	Malformazioni parenti padre	334	334	AN	1	
44	Malattie insorte in gravidanza 1	335	339	AN	5	
45	Descrizione malattie insorte in gravidanza 1	340	379	AN	40	
46	Malattie insorte in gravidanza 2	380	384	AN	5	
47	Descrizione malattie insorte in gravidanza 2	385	424	AN	40	

NOTE:

(1) FORMATO AN = Alfanumerico, N = Numerico

- I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati al valore "spazio".
- I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate al valore 0 (zero); se non utilizzati devono essere impostati al valore 0 (zero).

(2) Il campo deve contenere il valore "3".

(3) Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda deve essere definito, su base annua, nell'ambito di ciascun istituto/Azienda ospedaliera ovvero nell'ambito di ciascuna Azienda USL qualora il parto non sia avvenuto all'interno di un istituto di cura. I primi 4 caratteri del campo rappresentano l'anno, i rimanenti 6 caratteri sono un progressivo nell'ambito dell'anno.

(4) Il campo deve contenere un progressivo che rappresenta l'identificativo univoco del neonato nell'ambito del numero scheda. Va riempito anche nel caso di parto singolo.

Allegato 3: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI

LEGENDA:

OBB V: Obbligatorio e Vincolante

OBB: Obbligatorio in determinate circostanze

Numero errore. (numero definizione del contenuto) **nome della variabile**

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
<u>SEZIONE GENERALE</u>			
1. (1) PROV Regione/Provincia Autonoma	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice nell'elenco dei codici delle Regioni e Province Autonome
2. (3) ISTITUTO Azienda sanitaria e presidio ospedaliero Codice istituto	AN (5)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice istituto nell'elenco dei codici istituto
3. (2) ASL_EV Azienda USL di evento	AN(3)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice USL nell'elenco dei codici delle aziende USL
4. (5) COM_EVEN Comune di evento	AN (6)	OBB V	Obbligatorietà Codici comuni ISTAT per comuni italiani
5. (4) N_SCHEDA Numero scheda	AN (10)	OBB V	Obbligatorietà AAAA = ANNO DELLA DATA DI NASCITA AAAA+NNNNNN Lunghezza 10 di cui le prime 4 identificano l'anno del parto, le successive un progressivo del presidio ospedaliero all'interno dell'anno
6. (9) COGNOME Cognome della puerpera	AN (30)	OBB V	Obbligatorietà 999 per "donna che non vuole essere nominata" Verifica non presenza caratteri non validi
7. (11) COGN_ACQ Cognome acquisito della puerpera	AN (20)	OBB	999 per "donna che non vuole essere nominata" Verifica non presenza caratteri non validi
8. (10) NOME Nome della puerpera	AN (20)	OBB V	Obbligatorietà 999 per "donna che non vuole essere nominata" Verifica non presenza caratteri non validi

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
9. (8) LIBRETTO Codice sanitario individuale della puerpera	AN (16)	OBB V	Obbligatorietà 999 per “donna che non vuole essere nominata” Verifica codice attraverso la procedura automatica in relazione alla banca dati anagrafica Allineato a sinistra
10. (7) FISCALE Codice fiscale	AN (16)	OBB V	Obbligatorietà Codice del Ministero delle Finanze Se il codice fiscale è diverso da “spazio” si verificano i caratteri 7-11 nel seguente modo 7-8 carattere uguale agli ultimi due caratteri anno di nascita 9 carattere uguale a mese di nascita A=gennaio, B=febbraio, C=marzo, D= aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre 10-11 carattere = a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40 10-11 carattere uguale a sesso (se <40 sesso=M, se > 40 sesso=F) 999 per “donna che non vuole essere nominata”
<u>Sezione A – INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUL/SUI GENITORE/I</u>			
11. (12) D_NASC_M Data di nascita della madre	Data (8)	OBB V	Obbligatorietà Validità della data nel formato ggmmaaaa Indicare solo anno di nascita per per “donna che non vuole essere nominata” Data di nascita minore della data del sistema Data di nascita minore della data del parto
12. (13) C_CITT_M Cittadinanza della madre	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Verifica che la cittadinanza sia uguale a 100 o 999 o 998 oppure esistenza della cittadinanza sull'elenco dei paesi esteri Codice del Ministero degli Interni
13. (14) C_NASC_M Comune di nascita della madre	AN (6)	OBB V	Obbligatorietà Codici comuni ISTAT per comuni italiani; codici Ministero degli Interni per i paesi esteri Se i primi tre caratteri sono = “999” allora verifica dell'esistenza del comune sull'elenco dei paesi esteri Altrimenti esistenza del comune di nascita sull'elenco dei comuni Altri codici possibili 999998= se nato all'estero e non si conosce paese estero; 999999= sconosciuto
14. (15) COMRES_M Comune di residenza della madre	AN (6)	OBB V	Obbligatorietà Codici comuni ISTAT per comuni italiani; codici Ministero degli Interni per i paesi esteri Se i primi tre caratteri sono = “999” allora verifica dell'esistenza del comune sull'elenco dei paesi esteri Altrimenti esistenza del luogo di residenza sull'elenco dei comuni Altri codici possibili: 999998 se residente all'estero e non si conosce il comune; 999999 sconosciuto o senza fissa dimora

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
15. (16) REGRES_M Regione di residenza della madre	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà Esistenza del codice regione di residenza sull'elenco delle regioni o sull'elenco dei paesi esteri Codici del Ministero della Sanità e codici del Ministero degli Interni per i paesi esteri Verifica congruenza con il comune di residenza Se comune sconosciuto, COMRES_M=999999 o 999998 → REGRES_M="000"
16. (17) ASLRES_M ASL di residenza della madre	AN (3)	OBB V	Obbligatorietà se comune di residenza italiano Esistenza della coppia comune/regione e codice ASL di residenza sull'elenco delle ASL oppure codice ASLRES_M = "spazio" se codice regione di residenza (REGRES_M) presente sull'elenco dei paesi esteri o se codice della regione di residenza (REGRES_M) ="000" DM 17/9/86
17. (18) TITOLO_M Titolo di studio della madre	AN (1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 5
18. (19-21) PROF_M Condizione professionale/non professionale della madre	AN (3)	OBB	1 ^a cifra deve essere compresa tra 1 e 6 Se la prima cifra è compresa tra 2 e 6 la 2 ^a e 3 ^a devono essere 0 2 ^a cifra deve essere compresa tra 0 e 6 3 ^a cifra deve essere compresa tra 0 e 5
19. (22) CIVILE_M Stato civile della madre	AN (1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 6
20. (23) DATA_MAT Data di matrimonio	Data (8)	OBB	Validità del formato ggmmaaaa Data di matrimonio minore della data di sistema Data di matrimonio minore della data del parto Data di matrimonio maggiore della data di nascita
21. (24) PRE_CONC Precedenti concepimenti	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2
22. (25) PRE_PART Numero parti precedenti	N(2)	OBB	Valorizzato >= 0 se campo 21.PRE_CONC = 1, altrimenti 0
23. (26) NATIVIVI Nati vivi	N(2)	OBB	Valorizzato >=0, se campo 21.PREC_CONC = 1 e campo 22. PRE_PART diverso da 0
24. (27) NATIMORT Nati morti	N(2)	OBB	Valorizzato >= 0, se campo 21.PREC_CONC = 1 e campo 22. PRE_PART diverso da 0

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
25. (28) ABORT_SP Numero aborti spontanei	N(2)	OBB	Valorizzare >=0 se campo 21.PRE_CONC = 1
26. (29) IVG Numero aborti IVG	N(2)	OBB	Valorizzare >=0 se campo 21.PRE_CONC = 1
27. (30) CESAREI Tagli cesarei precedenti	N(2)	OBB	Valorizzare >=0 se campo 21.PRE_CONC = 1 e campo 22.PRE_PART diverso da 0
28. (31) UL_PARTO Data ultimo parto	Data (8)	OBB	Valorizzare se campo 22.PRE_PART > 0 Validità del formato ggmmaaaa Data dell'ultimo parto minore della data di sistema Data dell'ultimo parto minore della data del parto Data dell'ultimo parto maggiore della data di nascita della madre
29. (32) D_NASC_P Data di nascita del padre	Data (8)	OBB	Validità della data nel formato ggmmaaaa Data di nascita minore della data del sistema Data di nascita minore della data del parto
30. (33) C_CITT_P Cittadinanza del padre	AN (3)	OBB	Verifica che la cittadinanza sia uguale a 100 o 999 o 998 oppure esistenza della cittadinanza sull'elenco dei paesi esteri Codice del Ministero degli Interni
31. (34) C_NASC_P Comune di nascita del padre	AN (6)	OBB	Codici comuni ISTAT per comuni italiani; codici Ministero degli Interni per i paesi esteri Se i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica dell'esistenza del comune sull'elenco dei paesi esteri Altrimenti esistenza del comune di nascita sull'elenco dei comuni Altri codici possibili 999998= se nato all'estero e non si conosce paese estero; 999999= sconosciuto
32. (35) TITOLO_P Titolo di studio del padre	AN (1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 5
33. (36-38) PROF_P Condizione professionale/non professionale del padre	AN (3)	OBB	1 ^a cifra deve essere compresa tra 1 e 6 Se la prima cifra è compresa tra 2 e 6 la 2 ^a e 3 ^a devono essere 0 2 ^a cifra deve essere compresa tra 0 e 6 3 ^a cifra deve essere compresa tra 0 e 5

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
34. (39) CONSANG Consanguineità tra madre e padre	AN (1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 3
<u>Sezione B – INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA</u>			
35. (40) VISITE_C Visite di controllo in gravidanza	AN (1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 3
36. (41) VISITA_1 Prima visita di controllo in gravidanza	N (2)	OBB V	Obbligatorietà Specificare numero di settimane compiute nella quale è avvenuta la prima visita (di accertamento e controllo della gravidanza) Se campo 35 = 2 oppure campo 35 = 3.
37. (42) N_ECO Numero di ecografie	N (1)	OBB V	Obbligatorietà Specificare numero di ecografie effettuate in gravidanza. In caso di un numero maggiore di 9, indicare 9 Deve essere compreso tra 0 e 9.
38. (43) AMNIOCEN Indagini prenatali: amniocentesi	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
39. (44) VILLICOR Indagini prenatali: villi coriali	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
40. (45) FETOSCOPIA Indagini prenatali: fetoscopia	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
41. (46) ECOGRAFIA Indagini prenatali: ecografia > 22 settimane	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
42. (47) ROSOLIA Indagine rosolia	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2
43. (48) IgG Risultato IgG	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2 Se campo 42.ROSOLIA = 1
44. (49) AC_IgG Titolo anticorpale IgG	N(4)	OBB	Se campo 43 IgG =1

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
45. (50) IgM Risultato IgM	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2 Indicare se risultato positivo o negativo Se campo 42 ROSOLIA = 1
46. (51) AC_IgM Titolo anticorpale IgM	N(4)	OBB	Se campo 45 IgM =1
47. (52) DECORSO Decorso della gravidanza	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Per gravidanza a decorso patologico si intende la gravidanza in cui si sia verificata morbilità materno-fetale. Indicare 1 = fisiologico, 2 = patologico Deve essere compreso tra 1 e 2
48. (53) DIF_ACCR Difetto di accrescimento fetale	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
49. (54) CONC_PMA Concepimento con tecnica di procreazione medico assistita	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
50. (55) PMA Metodo di procreazione medico- assistita	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 6, se campo 49. CONC_PMA = 1.
51. (57) ETÀ_GEST Età gestazionale	N (2)	OBB V	Obbligatorietà Specificare il numero di settimane compiute di amenorrea
<u>Sezione C – INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO</u>			
<u>Sezione C1 – INFORMAZIONI SUL PARTO</u>			
52. (58) L_PARTO Luogo del parto	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 4
53. (59) TRAVAGLI Modalità del travaglio	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
54. (60) INDUZION Tipo di induzione al parto	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2. Se campo 53. TRAVAGLI =2

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
55. (61) GE_PARTO Genere del parto	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
56. (62) NATI_M Numero nati maschi	N(2)	OBB V	Obbligatorietà Nel caso di parto plurimo NATI_M+NATI_F>0 se campo 55. GE_PARTO = 2
57. (63) NATI_F Numero nati femmine	N(2)	OBB V	Obbligatorietà Nel caso di parto plurimo NATI_M+NATI_F>0 se campo 55. GE_PARTO = 2
58. (64) OSTETRIC Ostetrico/a presente al parto	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
59. (65) OSTE_GIN Ostetrico/a ginecologo/a presente al parto	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
60. (66) PED_NEON Pediatra neonatologo presente al parto	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
61. (67) ANESTESI Anestesista presente al parto	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
62. (68) ALT_PERS Altro personale sanitario o tecnico presente al parto	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
63. (69) PRESENTI Altre persone presenti al parto	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2
64. (70) PROF_Rh Profilassi Rh	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
65. (71) PROF_ROS Profilassi antirosolia	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2 Solo se campo 42. ROSOLIA = 2.

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
Sezione C2 – INFORMAZIONI SUI NEONATI			
66. (73) PRES_NEO Presentazione del neonato	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 6
67. (74) MOD_PART Modalità del parto	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 6
68. (72) D_PARTO Data del parto	Data (12)	OBB V	Obbligatorietà Validità del formato ggmmaaaahhmm Data del parto minore della data di sistema Data del parto maggiore della data di nascita della madre
69. (75) SESSO Sesso del neonato	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1=maschio e 2=femmina
70. (76) TIPO_GEN Tipo di genitali esterni	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1=maschili, 2=femminili, 3=indeterminati
71. (77) ORD_NATO Numero d'ordine del nato nel presente parto	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere >=1 Nel caso di parto plurimo indicare l'ordine di nascita. Considerare anche i nati morti
72. (78) PESO Peso in grammi	N(4)	OBB V	Obbligatorietà Peso >100 gr
73. (79) LUNGH Lunghezza in centimetri	N(2)	OBB V	Obbligatorietà Lunghezza > 15 cm
74. (80) CIR_CRAN Circonferenza cranica in cm	N(2)	OBB V	Obbligatorietà Lunghezza > 10 cm
75. (81) VITALITÀ Vitalità se nato vivo o nato morto	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
76. (82) APGAR Punteggio Apgar	N(2)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 0 e 10

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
77. (83) RIANIMAZ Necessità di rianimazione	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
78. (84) MALFORM Presenza di malformazione	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
<u>Sezione D – INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ</u>			
<i>Da compilare solo se campo 75=2</i>			
79. (85) C_DIAG_F Malattia o condizione morbosa principale del feto	AN (5)	OBB V	Obbligatorietà La condizione morbosa principale del feto può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: – presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre – non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra Vanno utilizzati i codici relativi alle malattie perinatali contenuti nel capitolo 15° dell'ICD-9-CM, pp 737-745, codici da 760.0 a 779.9.
80. (86) D_DIAG_F Descrizione malattia o condizione morbosa principale del feto	AN(40)	OBB V	Obbligatorietà solo se campo 79 compilato

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
81. (87) C_DIA1_F Altra malattia o condizione morbosa del feto	AN (5)	OBB	La condizione morbosa principale del feto può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: <ul style="list-style-type: none"> - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Verifica della assenza della diagnosi nel campo 79. "Malattia o condizione morbosa principale del feto" Allineamento a sinistra Vanno utilizzati i codici relativi alle malattie perinatali contenuti nel capitolo 15° dell'ICD-9-CM, pp 737-745, codici da 760.0 a 779.9.
82. (88) D_DIA1_F Descrizione altra malattia o condizione morbosa del feto	AN(40)	OBB V	Obbligatorietà solo se campo 81 compilato
83. (89) C_DIAG_M Malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto	AN (5)	OBB	La condizione morbosa principale del feto può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: <ul style="list-style-type: none"> - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra Vanno utilizzati i codici relativi alle complicazioni della gravidanza contenuti nel capitolo 11° dell'ICD-9-CM, pp 662-690, codici da 640.0 a 676.94, con quinta cifra 1 o 2 perché si tratta di parto.
84. (90) D_DIAG_M Descrizione malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto	AN(40)	OBB V	Obbligatorietà solo se campo 83 compilato

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
85. (91) C_DIA1_M Altra malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto	AN (5)	OBB	La condizione morbosa principale del feto può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: – presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre – non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Verifica della assenza della diagnosi nel campo 83. "Malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto" Allineamento a sinistra Vanno utilizzati i codici relativi alle complicazioni della gravidanza contenuti nel capitolo 11° dell'ICD-9-CM, pp 662-690, codici da 640.0 a 676.94, con quinta cifra 1 o 2 perché si tratta di parto.
86. (92) D_DIA1_M Descrizione altra malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto	AN(40)	OBB V	Obbligatorietà solo se campo 85 compilato
87. (93) C_ALDIAG Altra circostanza rilevante	AN (5)	OBB	La condizione morbosa principale del feto può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: – presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre – non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Verifica della assenza della diagnosi nei campi 79, 81, 83 e 85. Allineamento a sinistra Vanno utilizzati i codici relativi alle complicazioni della gravidanza contenuti nel capitolo 11° dell'ICD-9-CM, pp 662-690, codici da 640.0 a 676.94, con quinta cifra 1 o 2 perché si tratta di parto.
88. (94) D_ALDIAG Descrizione altra circostanza rilevante	AN(40)	OBB V	Obbligatorietà solo se campo 87 compilato
89. (95) MORTE Momento della morte	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 4
90. (96) ESAMI_ST Esecuzione esami strumentali in caso di nati morti con malformazioni	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
91. (97) FOTO Esecuzione di fotografie in caso di nati morti con malformazioni	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 2
92. (98) AUTOPSIA Riscontro autoptico	AN(1)	OBB V	Obbligatorietà Deve essere compreso tra 1 e 3
<u>Sezione E – INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI</u>			
<i><u>Da compilare solo se campo 78=1</u></i>			
93. (99) C_MALF1 Malformazione diagnosticata 1	AN (5)	OBB V	Obbligatorietà La condizione morbosa principale del feto può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: – presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre – non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra Vanno utilizzati i codici relativi alle malformazioni congenite contenuti nel capitolo 14° dell'ICD-9- CM, pp 721-735, codici da 740.0 a 759.9.

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
94. (100) C_MALF2 Eventuale malformazione diagnosticata 2	AN (5)	OBB	La condizione morbosa principale del feto può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: <ul style="list-style-type: none"> - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Verifica della assenza della diagnosi nei campi 93 Allineamento a sinistra Vanno utilizzati i codici relativi alle malformazioni congenite contenuti nel capitolo 14° dell'ICD-9- CM, pp 721-735, codici da 740.0 a 759.9.
95. (101) C_MALF3 Eventuale malformazione diagnosticata 3	AN (5)	OBB	La condizione morbosa principale del feto può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo = "spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: <ul style="list-style-type: none"> - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Verifica della assenza della diagnosi nei campi 93 e 94 Allineamento a sinistra Vanno utilizzati i codici relativi alle malformazioni congenite contenuti nel capitolo 14° dell'ICD-9- CM, pp 721-735, codici da 740.0 a 759.9.
96. (102) CARIOTIP Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita)	AN(40)	OBB	Specificare per esteso la diagnosi citogenetica
97. (103) ETA_MALF Età gestazionale alla diagnosi di malformazione	AN(2)	OBB V	Obbligatorietà Indicare l'età di gestazione in settimane compiute in cui è stata diagnosticata la malformazione
98. (104) ETA_NEON Età neonatale alla diagnosi di malformazione	AN(2)	OBB V	Obbligatorietà Indicare l'età neonatale in giorni compiuti in cui è stata diagnosticata la malformazione
99. (105) MALF_FRA Eventuali malformazioni nei fratelli	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
100. (106) MALF_MAD Eventuali malformazioni nella madre	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2
101. (107) MALF_PAD Eventuali malformazioni nel padre	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2
102. (108) MALF_GEM Eventuali malformazioni nei genitori madre	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2
103. (109) MALF_GEP Eventuali malformazioni nei genitori padre	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2
104. (110) MALF_PAM Eventuali malformazioni nei parenti madre	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2
105. (111) MALF_PAP Eventuali malformazioni nei parenti padre	AN(1)	OBB	Deve essere compreso tra 1 e 2
106. (112) C_GRAV1 Malattia insorta in gravidanza 1	AN(5)	OBB	La condizione morbosa principale del feto può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: – presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre – non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
107. (113) D_GRAV1 Descrizione malattia insorta in gravidanza 1	AN(40)	OBB V	Obbligatorietà solo se campo 106 compilato

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
108. (114) C_GRAV2 Malattia insorta in gravidanza 2	AN(5)	OBB	La condizione morbosa principale del feto può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: <ul style="list-style-type: none"> - presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre - non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre Congruenza con sesso ed età del paziente Verifica della assenza della diagnosi nel campo 106 Allineamento a sinistra
109. (115) D_GRAV2 Descrizione malattia insorta in gravidanza 2	AN(40)	OBB V	Obbligatorietà solo se campo 108 compilato
110. (6) SDO (Sezione generale) Nosografico SDO madre	AN(10)	OBB	
111. (56) DATA_M (Sezione B) Data ultima mestruazione	AN(8)	OBB	Formato ggmmaaaa. Data minore alla data del sistema / Data maggiore alla data della madre

ALLEGATO 4 CONTROLLI MINISTERIALI (DA INTEGRARE CON ALLEGATO3)

ARCHIVIO CAPM01A - INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

NUM.	NOME CAMPO	CONTROLLO	NOTA
1	Tipo record	C	(1)
2	Codice regione	C	
3	Codice Istituto/Azienda ospedaliera	C+F1	
4	Codice Azienda USL	C+F2	
5	Numero Scheda	C	(4)
6	Comune di evento	C+F3+F4	
7	Codice sanitario individuale della puerpera	C	
8	Data di nascita della madre	C	
9	Cittadinanza della madre	C+F5	
10	Comune di nascita della madre	C+F6+F7	
11	Comune di residenza della madre	C+F8+F9	
12	Regione e Azienda USL di residenza della madre	C+F10	
13	Stato civile della madre	C	
14	Data di matrimonio	C	
15	Data di nascita del padre	C	
16	Cittadinanza del padre	C+F11	
17	Comune di nascita del padre	C+F12+F13	
18	Titolo di studio della madre	C	
19	Condizione professionale/non professionale della madre	C	
20	Titolo di studio del padre	C	
21	Condizione professionale/non professionale del padre	C	

CONTROLLI:

C - Controllo di congruenza formale del contenuto del campo con i valori ammessi o con il suo valore di vuoto. La segnalazione dell'errore viene riportata nel conteggio totale degli errori per tipo al termine dell'acquisizione.

F - E' un campo di controllo (FLAG) associato al campo dato ed è valorizzato secondo il tipo di errore riscontrato e in base ai valori di uno o più campi correlati.

F1 : 0 - Codice Istituto+subcodice corretto; 1 - Codice istituto non corretto; 3 - Subcodice non corretto.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe degli istituti di cura e degli stabilimenti dei Flussi Informativi relativa all'anno di riferimento della scheda.

F2 : 0 - Codice USL valido; 1 - Codice USL errato; 3 - Codice USL non impostato.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe delle USL dei Flussi Informativi relativa all'anno di riferimento della scheda.

F3 : 0 - Codice provincia valido; 1 - codice provincia errato; 2 - codice non presente.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe dei comuni.

F4 : 0 - Codice comune valido; 1 - codice comune errato; 2 - codice comune non presente.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe dei comuni.

F5 : 0 - Codice nazione valido; 1 - codice nazione errato; 2 - codice nazione non presente.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe degli stati.

F6 : 0 - Codice provincia valido; 1 - codice provincia errato; 2 - codice non presente.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe dei comuni.

F7 : 0 - Codice comune valido; 1 - codice comune errato; 2 - codice comune non presente.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe dei comuni.

F8 : 0 - Codice provincia valido; 1 - codice provincia errato; 2 - codice non presente; 3 - codice provincia "999".

Il controllo è effettuato con l'anagrafe dei comuni.

F9 : 0 - Codice comune valido; 1 - codice comune errato; 2 - codice comune non presente.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe dei comuni.

F10: 0 - Codice regione e codice USL valido; 1 - codice regione errato; 2 - codice USL non presente; 3 - codice regione valido e codice USL errato.
Il controllo è effettuato con l'anagrafe delle USL dei Flussi Informativi relativa all'anno di riferimento della scheda.

F11: 0 - Codice nazione valido; 1 - codice nazione errato; 2 - codice nazione non presente.
Il controllo è effettuato con l'anagrafe degli stati.

F12: 0 - Codice provincia valido; 1 - codice provincia errato; 2 - codice non presente.
Il controllo è effettuato con l'anagrafe dei comuni.

F13: 0 - Codice comune valido; 1 - codice comune errato; 2 - codice comune non presente.
Il controllo è effettuato con l'anagrafe dei comuni.

ARCHIVIO CAPM01B - INFORMAZIONI SU GRAVIDANZE PRECEDENTI, GRAVIDANZA IN ESAME, PARTO E NEONATI

Tracciato dei record contenenti le informazioni relative ai dati sensibili sulla donna.

NUM.	NOME CAMPO	CONTROLLI	NOTA
1	Tipo record	C	(2)
2	Codice regione	C	
3	Codice Istituto/Azienda ospedaliera	C+F14	
4	Codice Azienda USL	C+F15	
5	Numero Scheda	C	(4)
6	Precedenti concepimenti	C	
7	Numero parti precedenti	C	
8	Nati vivi	C	
9	Nati morti	C	
10	Numero aborti spontanei	C	
11	Numero IVG	C	
12	Tagli cesarei precedenti	C	
13	Data ultimo parto	C	
14	Consanguineità tra madre e padre	C	
15	Visite di controllo in gravidanza	C	
16	Prima visita in gravidanza	C	
17	Numero di ecografie	C	
18	Aminiocentesi	C	
19	Villi coriali	C	
20	Fetoscopia/funicolocentesi	C	
21	Ecografia > 22 settimane	C	
22	Decorso della gravidanza	C	
23	Difetto di accrescimento fetale	C	
24	Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita	C	

NUM.	NOME CAMPO	CONTROLLI	NOTA
25	Metodo di procreazione medico-assistita	C+F16	
26	Età gestazionale	C	
27	Luogo del parto	C	
28	Modalità del travaglio	C	
29	Tipo induzione	C+F17	
30	Presentazione del neonato	C	
31	Modalità del parto	C	
32	Data del parto	C	
33	Genere del parto	C+F18	
34	N. nati maschi	C	
35	N. nati femmine	C	
36	Ostetrica/o	C	
37	Ostetrico-ginecologo	C	
38	Pediatra/neonatologo	C	
39	Anestesista	C	
40	Altro personale sanitario	C	
41	Presenza in sala parto	C	
42	Profilassi Rh	C	
43	Campo vuoto		

CONTROLLI:

C - Controllo di congruenza formale del contenuto del campo con i valori ammessi o con il suo valore di vuoto. La segnalazione dell'errore viene riportata nel conteggio totale degli errori per tipo al termine dell'acquisizione.

F - E' un campo di controllo (FLAG) associato al campo dato ed è valorizzato secondo il tipo di errore riscontrato e in base ai valori di uno o più campi correlati.

F14 : 0 - Codice Istituto+subcodice corretto; 1 - Codice istituto non corretto; 3 - Subcodice non corretto.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe degli istituti di cura e degli stabilimenti dei Flussi Informativi relativa all'anno di riferimento della scheda.

F15 : 0 - Codice USL valido; 1 - Codice USL errato; 3 - Codice USL non impostato.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe delle USL dei Flussi Informativi relativa all'anno di riferimento della scheda.

F16 : 0 - Codice valido e compatibile con il campo "Concepimento con tecnica di procreazione medico assistita";

1 - Codice non valido e compatibile con "Concepimento tecnica procreazione medico assistita";

2 - Codice non presente e compatibile con "Concepimento tecnica procreazione medico assistita";

3 - Codice valido e incompatibile con "Concepimento tecnica procreazione medico assistita";

4 - Codice non valido e incompatibile con "Concepimento tecnica procreazione medico assistita";

5 - Codice non presente ed incompatibile con "Concepimento tecnica procreazione medico assistita".

F17 : 0 - Codice valido e compatibile con il campo "Modalità travaglio";

1 - Codice non valido e compatibile con " Modalità travaglio ";

2 - Codice non presente e compatibile con " Modalità travaglio ";

3 - Codice valido e incompatibile con " Modalità travaglio ";

4 - Codice non valido e incompatibile con " Modalità travaglio ";

5 - Codice non presente ed incompatibile con " Modalità travaglio ".

F18 : 0 - Il totale numero dei nati è compatibile con "Genere parto"; 1 - il totale del numero dei nati è incompatibile con "Genere parto".

Tracciato dei record contenenti le informazioni sui dati sensibili dei neonati.

NUM.	NOME CAMPO	CONTROLLI	NOTA
1	Tipo record	C	(3)
2	Codice regione	C	
3	Codice Istituto/Azienda ospedaliera	C+F19	
4	Codice Azienda USL	C+F20	
5	Numero Scheda	C	(4)
6	Identificativo del neonato	C	(5)
7	Sesso del neonato	C+F21	
8	Tipo genitali esterni	C	
9	Numero d'ordine	C	
10	Peso	C	
11	Lunghezza	C	
12	Circonferenza cranica	C	
13	Vitalità	C+F22	
14	Punteggio Apgar	C	
15	Necessità di rianimazione	C	
16	Presenza di malformazione	C+F23	
17	Malattia principale del feto	C+F24	
18	Descrizione malattia principale del feto	C	
19	Altra malattia del feto	C+F25	
20	Descrizione altra malattia del feto	C	
21	Malattia principale della madre interessante il feto	C+F26	
22	Descrizione malattia principale della madre interessante il feto	C	
23	Altra malattia della madre interessante il feto	C+F27	
24	Descrizione altra malattia della madre interessante il feto	C	
25	Altra circostanza rilevante	C+F28	
26	Descrizione altra circostanza rilevante	C	

NUM.	NOME CAMPO	CONTROLLI	NOTA
27	Momento della morte	C	
28	Esecuzione esami strumentali in caso di malformazioni	C	
29	Esecuzione fotografie in caso di malformazioni	C	
30	Riscontro autoptico	C	
31	Malformazione diagnosticata 1	C+F29	
32	Malformazione diagnosticata 2	C+F30	
33	Malformazione diagnosticata 3	C+F31	
34	Cariotipo	C	
35	Età gestionale alla diagnosi di malformazione	C	
36	Età neonatale alla diagnosi di malformazione	C	
37	Malformazioni fratelli	C	
38	Malformazioni madre	C	
39	Malformazioni padre	C	
40	Malformazioni genitori madre	C	
41	Malformazioni genitori padre	C	
42	Malformazioni parenti madre	C	
43	Malformazioni parenti padre	C	
44	Malattie insorte in gravidanza 1	C+F32	
45	Descrizione malattie insorte in gravidanza 1	C	
46	Malattie insorte in gravidanza 2	C+F33	
47	Descrizione malattie insorte in gravidanza 2	C	

CONTROLLI:

C - Controllo di congruenza formale del contenuto del campo con i valori ammessi o con il suo valore di vuoto. La segnalazione dell'errore viene riportata nel conteggio totale degli errori per tipo al termine dell'acquisizione.

F - E' un campo di controllo (FLAG) associato al campo dato ed è valorizzato secondo il tipo di errore riscontrato e in base ai valori di uno o più campi correlati.

F19 : 0 - Codice Istituto+subcodice corretto; 1 - Codice istituto non corretto; 3 - Subcodice non corretto.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe degli istituti di cura e degli stabilimenti dei Flussi Informativi relativa all'anno di riferimento della scheda.

F20 : 0 - Codice USL valido; 1 - Codice USL errato; 3 - Codice USL non impostato.

Il controllo è effettuato con l'anagrafe delle USL dei Flussi Informativi relativa all'anno di riferimento della scheda.

F21 : 0 - Codice sesso valido; 1 - codice sesso errato; 2 - codice sesso non presente.

F22 : 0 - Codice malattia feto valida e compatibile con "Vitalità";

1 - Codice malattia feto errata e compatibile con "Vitalità";

2 - Codice malattia feto non presente e compatibile con "Vitalità";

3 - Codice malattia feto valida e incompatibile con "Vitalità";

4 - Codice malattia feto errata e incompatibile con "Vitalità";

5 - Codice malattia feto non presente e incompatibile con "Vitalità";

F23 : 0 - Codice prima malformazione valida e compatibile con "Presenza malformazione";

1 - Codice prima malformazione errata e compatibile con " Presenza malformazione ";

2 - Codice prima malformazione non presente e compatibile con " Presenza malformazione ";

3 - Codice prima malformazione valida e incompatibile con " Presenza malformazione ";

4 - Codice prima malformazione errata e incompatibile con " Presenza malformazione ";

5 - Codice prima malformazione non presente e incompatibile con " Presenza malformazione ";

F24 : 0 - Codice malattia feto corretto; 1 - codice malattia feto errato; 2 - codice malattia feto non presente;

3 - incompatibile con età e sesso; 4 - codice non controllabile.

F25 : 0 - Codice altra malattia feto corretto; 1 - codice altra malattia feto errato; 2 - codice altra malattia feto non presente; 3 - incompatibile con età e sesso; 4 - codice non controllabile.

F26 : 0 - Codice malattia madre corretto; 1 - codice malattia madre errato; 2 - codice malattia madre non presente; 3 - incompatibile con età e sesso; 4 - codice non controllabile.

F27 : 0 - Codice altra malattia madre corretto; 1 - codice altra malattia madre errato; 2 - codice altra malattia madre non presente; 3 - incompatibile con età e sesso; 4 - codice non controllabile.

F28 : 0 - Codice altra circost. corretto; 1 - codice altra circost. errato; 2 - codice altra circost. non presente; 3 - incompatibile con età e sesso; 4 - codice non controllabile.

F29 : 0 - Codice prima malf. corretto; 1 - codice prima malf. errato; 2 - codice prima malf. non presente; 3 - incompatibile con età e sesso; 4 - codice non controllabile.

F30 : 0 - Codice seconda malf. corretto; 1 - codice seconda malf. errato; 2 - codice seconda malf. non presente; 3 - incompatibile con età e sesso; 4 - codice non controllabile.

F31 : 0 - Codice terza malf. corretto; 1 - codice terza malf. errato; 2 - codice terza malf. non presente; 3 - incompatibile con età e sesso; 4 - codice non controllabile.

F32 : 0 - Codice malattia Gravidanza corretto; 1 - codice malattia. Gravidanza errato; 2 - codice malattia Gravidanza non presente; 3 - incompatibile con età e sesso; 4 - codice non controllabile.

F33 : 0 - Codice seconda malattia Gravidanza corretto; 1 - codice seconda malattia Gravidanza errato; 2 - codice seconda malattia Gravidanza non presente; 3 - incompatibile con età e sesso; 4 - codice non controllabile.

NOTE:

- I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere impostati al valore "spazio".
- I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate al valore 0 (zero); se non utilizzati devono essere impostati al valore 0 (zero).

(1) Il campo deve contenere il valore "1".

(2) Il campo deve contenere il valore "2".

(3) Il campo deve contenere il valore "3".

(4) Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda deve essere definito, su base annua, nell'ambito di ciascun istituto/Azienda ospedaliera ovvero nell'ambito di ciascuna Azienda USL qualora il parto non sia avvenuto all'interno di un istituto di cura. I primi 4 caratteri del campo rappresentano l'anno, i rimanenti 6 caratteri sono un progressivo nell'ambito dell'anno.

(5) Il campo deve contenere un progressivo che rappresenta l'identificativo univoco del neonato nell'ambito del numero scheda. Va riempito anche nel caso di parto singolo.

**PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO
CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO
(DECRETO MINISTERO SALUTE 16 LUGLIO 2001, N.349)**



- 1. PROVINCIA: €€€
- 2. AZ.SANITARIA: €€€
- 3. OSPEDALE: €€€ €€
- 4. NR.SCHEDA €€€€€€€€€€

5. Comune di evento: _____ €€€ €€€

6. Nosografico SDO madre (per il ricovero relativo al parto): €€€€€€€€€€

SEZIONE A: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUL/SUI GENITORE/I

7. Codice fiscale della madre: €€€€€€€€€€€€€€€€€€€€

8. Codice sanitario/libretto: €€€€€€€€€€€€€€€€€€€€

9. Cognome della madre _____ 10. Nome della madre _____

11. Cognome acquisito della madre _____

12. Data di nascita madre: €€ €€ €€€€ 13. Cittadinanza madre: _____ €€€

14. Comune nascita madre: _____ €€€ €€€

15. Comune di residenza madre: _____ €€€ €€€

16. Regione residenza madre: _____ €€€ 17. Azienda USL residenza madre _____ €€€

18. Titolo di studio madre:
- 1. laurea €
 - 2. diploma universitario o laurea breve €
 - 3. diploma di scuola media superiore €
 - 4. diploma di scuola media inferiore €
 - 5. licenza media o nessun titolo €

19. Condizione professionale madre:

- 1. occupata €
- 2. disoccupata €
- 3. in cerca di prima occupazione €
- 4. studentessa €
- 5. casalinga €
- 6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc..) €

Se occupata:

20. Posizione nella professione:

- 1. imprenditrice o libera professionista €
- 2. altra lavoratrice autonoma €
- 3. lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva €
- 4. lavoratrice dipendente: impiegata €
- 5. lavoratrice dipendente: operaia €
- 6. altra lavoratrice dipendente: apprendista, lavorante a domicilio €

21. Ramo di attività:

- 1. agricoltura, caccia, pesca €
- 2. industria €
- 3. commercio, pubblici servizi, alberghiero €
- 4. pubblica amministrazione €
- 5. altri servizi privati €

- 22. Stato civile madre:** 1. nubile € 2. coniugata € 3. separata €
4. divorziata € 5. vedova € 6. non dichiarato €

23. se coniugata: mese e anno di matrimonio €€ €€ €€€€

24. Precedenti concepimenti: SI € NO €

se precedenti concepimenti: **25. N°parti:** €€ **26. N° nati vivi:** €€ **27. N°nati morti:** €€
28. N°aborti spontanei: €€ **29. N°IVG:** €€ **30. N°cesarei** €€

31. Data ultimo parto precedente: €€ €€ €€€€

32. Data di nascita padre: €€ €€ €€€€ **33. Cittadinanza padre:** _____ €€€

34. Comune nascita padre: _____ €€€ €€€

- 35. Titolo di studio padre:**
- 1. laurea €
 - 2. diploma universitario o laurea breve €
 - 3. diploma di scuola media superiore €
 - 4. diploma di scuola media inferiore €
 - 5. licenza media o nessun titolo €

36. Condizione professionale padre:

- 1. occupato €
- 2. disoccupato €
- 3. in cerca di prima occupazione €
- 4. studente €
- 5. casalingo €
- 6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc..) €

Se occupato:

37. Posizione nella professione:

- 1. imprenditore o libera professionista €
- 2. altro lavoratore autonomo €
- 3. lavoratore dipendente: dirigente o direttivo €
- 4. lavoratore dipendente: impiegato €
- 5. lavoratore dipendente: operaio €
- 6. altro lavoratore dipendente: apprendista, lavorante a domicilio €

38. Ramo di attività:

- 1. agricoltura, caccia, pesca €
- 2. industria €
- 3. commercio, pubblici servizi, alberghiero €
- 4. pubblica amministrazione €
- 5. altri servizi privati €

- 39. Consanguineità tra padre e madre (grado):**
- 1. sono parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle) €
 - 2. sono parenti di 5° grado (figli di cugini) €
 - 3. sono parenti di 6° grado (figli di figli di cugini) €

SEZIONE B: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA

40. N° visite di controllo in gravidanza (se superiore a 9, indicare 9): €

41. Prima visita (n.settimane compiute): €€

42. N° ecografie (se superiore a 9, indicare 9): €

Indagini prenatali:

43. amniocentesi: 1.SI € 2.NO €

44. villi coriali: 1.SI € 2.NO €

45. fetoscopia/funicolocentesi: 1.SI € 2.NO €

46. ecografia effettuata dopo le 22 settimane: 1.SI € 2.NO €

47. Indagine rosolia: SI € NO €

48. Risultato IgG: IgG+ € IgG- € 49. Titolo anticorpale €€€€€

50. Risultato IgM: IgM+ € IgM- € 51. Titolo anticorpale €€€€€

52. Decorso della gravidanza: 1. Fisiologico € 2. Patologico €

53. Difetto accrescimento fetale: 1.SI € 2.NO €

54. Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita: 1.SI € 2.NO €

Se sì:

55. Metodo di procreazione medico-assistita:

- 1. solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione €
- 2. IUI (Intra Uterine Insemination) €
- 3. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) €
- 4. FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer) €
- 5. ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) €
- 6. altre tecniche €

56. Data ultima mestruazione: €€ €€ €€€€

57. Etá gestazionale stimata (in settimane): €€

SEZIONE C: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO

SEZIONE C1: PARTO

58. Luogo del parto:

- 1. istituto di cura pubblico o privato €
- 2. abitazione privata €
- 3. altra struttura di assistenza (casa di maternità) €
- 4. altrove (strada, mezzi di trasporto) €

59. Modalità travaglio: 1. travaglio spontaneo € 2. travaglio indotto €

Se travaglio indotto:

60. Tipo di induzione:

- 1. con metodo farmacologico €
- 2. amnioressi €

61. Genere del parto: 1. semplice €
2. plurimo €

Se parto plurimo:

62. N°nati maschi €

63. N°nati femmine €

Personale sanitario presente: 1.SI 2.NO

64. ostetrica/o: € €

65. ginecologa/o: € €

66. pediatra/neonatologo: € €

67. anestesista: € €

68. altro personale sanitario o tecnico; € €

69. Presenza in sala parto:

- 1. padre del neonato €
- 2. altra persona di famiglia della partoriente €
- 3. altra persona di fiducia della partoriente €

70. Profilassi Rh: 1. SI € 2. NO €

71. Profilassi antirosolia: 1. SI € 2. NO €

SEZIONE C2: NEONATO

(in caso di parto plurimo, la sezione va compilata per ogni nato)

72. Data del parto (gg, mm, aaaa, ora, minuti): €€ €€ €€€€ €€ €€

73. Presentazione del neonato:

- 1. vertice €
- 2. podice €
- 3. fronte €
- 4. bregma €
- 5. faccia €
- 6. spalla €

74. Modalità parto:

- 1. spontaneo €
- 2. con taglio cesareo d'elezione €
- 3. con taglio cesareo in travaglio €
- 4. con uso forcipe €
- 5. con uso ventosa €
- 6. in altro modo €

75. Sesso: 1. maschio € 2. femmina €

76. Tipo di genitali esterni: 1. maschili € 2. femminili € 3. indeterminati €

77. N°d'ordine del nato nel presente parto (in caso di parto plurimo, indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti): €

78. Peso (in grammi): €€€€

79. Lunghezza (in cm): €€

80. Circonferenza cranica (in cm): €€

81. Vitalità : 1. nato vivo € 2. nato morto € (se nato morto compilare la sezione D)

82. Punteggio Apgar dopo cinque minuti: €€

83. Necessità di rianimazione: 1. SI € 2. NO €

84. Presenza di malformazione: 1. SI € (Se sì, compilare la sezione E) 2. NO €

SEZIONE D: INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ

85. Malattia o condizione morbosa principale del feto €€€€€€

86. Descrizione: _____

87. Altra malattia o condizione morbosa del feto: €€€€€€

88. Descrizione _____

89. Malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto €€€€€€

90. Descrizione _____

91. Altra malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto €€€€€€

92. Descrizione _____

93. Altra circostanza rilevante: €€€€€€

94. Descrizione: _____

95. Momento della morte: 1. prima del travaglio €
 2. durante il travaglio €
 3. durante il parto (periodo espulsivo) €
 4. momento della morte sconosciuto €

96. Esecuzione esami strumentali in caso di malformazioni: 1. SI € 2. NO €

97. Esecuzione fotografie in caso di malformazioni: 1. SI € 2. NO €

98. Riscontro autoptico: 1. la causa di morte individuata è stata confermata dall'autopsia €
 2. il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito €
 3. l'autopsia non è stata effettuata €

SEZIONE E: INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI

99. Malformazione diagnosticata 1: _____ €€€€€€

100. Malformazione diagnosticata 2: _____ €€€€€€

101. Malformazione diagnosticata 3: _____ €€€€€€

102. Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita): _____

103. Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute): €€

104. Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti): €€

Eventuali malformazioni in famiglia:	1. SI	2.NO
105. fratelli/sorelle	€	€
106. madre	€	€
107. padre	€	€
108. genitori madre	€	€
109. genitori padre	€	€
110. altri parenti madre	€	€
111. altri parenti padre	€	€

112. Malattie insorte in gravidanza 1: _____ €€€€€€

113. Descrizione: _____

114. Malattie insorte in gravidanza 2: _____ €€€€€€

115. Descrizione: _____

Firma dell'ostetrica/o _____	Firma del medico _____
Data _____	