

*Il Direttore Generale*

**Franco Rossi**

Protocollo N° ASS/DIR/04/ 7420

Data 27 febbraio 2004

**Circolare n. 1**

- Ai Direttori Generali
- Ai Direttori Sanitari
- Ai Responsabili dei Presidi Ospedalieri
- Ai Responsabili per il Sistema Informativo Sanitario
- Ai Referenti per il Certificato di Assistenza al Parto

delle Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna

- Ai Direttori Sanitari delle Case di Cura private
- Ai Presidenti delle Associazioni delle Case di Cura Private AIOP e ARIS

della Regione Emilia-Romagna

LORO SEDI

**Oggetto: Specifiche per la rilevazione del certificato di assistenza al parto.**

Il Ministero della Salute, con il Decreto 16 luglio 2001, n.349 ha dettato i criteri generali del nuovo certificato di assistenza al parto (CedAP) per la rilevazione degli eventi di nascita, di nati-mortalità e di nati affetti da malformazioni. L'obiettivo del citato decreto era colmare la lacuna di informazioni a carattere statistico e a fini di sanità pubblica verificatasi in seguito agli sviluppi della normativa in tema di dichiarazione di nascita.

Il nuovo certificato di assistenza al parto costituisce infatti uno strumento omogeneo per la rilevazione di dati sia di carattere sanitario ed epidemiologico che di carattere socio-economico e può rappresentare quindi un importante fonte di informazioni ai fini di indirizzo delle politiche socio-sanitarie a livello nazionale e regionale.

Il CedAP deve essere compilato non oltre il decimo giorno dalla nascita e conservato in originale dai presidi. Qualora la nascita avvenga a domicilio o nelle Case di Maternità, il certificato deve essere compilato dall'ostetrica/o o dal medico che ha assistito al parto e consegnato all'Azienda USL territorialmente competente non oltre il decimo giorno dalla nascita. Le informazioni sulle malformazioni devono essere redatte dal medico che le ha accertate.

Con la nota Prot. ASS/DIR/01/45946 del 22/10/2001 questa Direzione generale comunicava alle strutture sanitarie di dare avvio alla nuova rilevazione. Da successivi incontri è maturata l'esigenza di integrare il CedAP nazionale, come peraltro previsto dal citato DM 349/2001 art. 1, comma 3, con alcune informazioni ritenute indispensabili ai fini delle analisi e della programmazione regionale ed è quindi stata inviata alle strutture sanitarie una scheda di rilevazione comprensiva delle informazioni necessarie a soddisfare le esigenze ministeriali e regionali.

Con la Circolare n. 15 del 19 dicembre 2001, il Ministero della Salute ha emanato le modalità di attuazione del Decreto 349/2001, stabilendo il tracciato record del nuovo CedAP, dando come data di avvio della nuova rilevazione il 1 gennaio 2002 e fissando i tempi e le modalità che le Regioni devono seguire per inviare i dati al Ministero.

Il Piano Sanitario regionale e i suoi documenti attuativi indicano obiettivi e interventi organizzativi atti a favorire la continuità assistenziale sul percorso nascita, l'equità dell'accesso ai servizi e il miglioramento della qualità assistenziale.

Come previsto nel "Programma della Regione Emilia-Romagna finalizzato all'attivazione, alla gestione e alla riorganizzazione dei consultori" risulta fondamentale, al fine di un miglioramento dei servizi offerti, effettuare una valutazione continua delle procedure e degli interventi messi in atto durante la gravidanza e il parto ed un'analisi del loro rapporto con lo stato di salute e il benessere delle madri e dei neonati.

Il continuo aumento dell'età media delle donne al parto, l'incremento del ricorso ai tagli cesarei, il numero sempre crescente di straniere che partoriscono nella nostra regione sono solo alcuni dei fattori emergenti da tenere monitorati nell'ambito del percorso maternità e della salute perinatale.

In questo contesto il nuovo certificato di assistenza al parto può risultare un importante strumento al fine di identificare le condizioni socio-economiche e i bisogni delle utenze, individuare le criticità nel percorso di assistenza alla gravidanza e al parto, effettuare analisi comparate tra le diverse strutture assistenziali e tra le diverse realtà aziendali e regionali, verificare nel tempo lo stato di implementazione di linee guida e raccomandazioni e monitorare il conseguente cambiamento nelle pratiche assistenziali.

Inoltre, la possibilità di disporre di informazioni analitiche, consente, nel rispetto delle attuali norme vigenti sulla privacy, di ricomporre il percorso diagnostico-sanitario dell'utenza fornendo informazioni utili per il lavoro dei professionisti, oltre che per i processi di programmazione sanitaria e controllo di gestione.

Ciò premesso, e completata, dopo due anni di sperimentazione, la fase di messa a punto della nuova rilevazione, vengono definiti i contenuti, le regole e le modalità di gestione del flusso informativo regionale, validi a partire dalla rilevazione dei dati relativi al 2004. L'Allegato 1 riporta le informazioni oggetto di rilevazione e il relativo tracciato record (modificato in alcuni punti rispetto a quello trasmesso con ns. lettera prot. N° ASS/INS/03/3630 – Specifiche tecniche per l'invio dei dati del CedAP); l'Allegato 2 definisce le modalità di trasmissione dei record dalle Aziende Sanitarie alla Regione Emilia-Romagna, il sistema di controlli e il ritorno informativo, secondo gli standard regionali di gestione dei flussi informativi sanitari. Infine l'Allegato 3 riporta le informazioni tecniche inerenti i file di diagnostica dei record scartati a seguito dei controlli di qualità.

Si fa presente che l'istituzione dell'Azienda Unità sanitaria locale di Bologna, ai sensi della Legge Regionale n. 21 del 20/10/2003, e la conseguente modifica dell'assetto territoriale dell'Azienda USL di Imola, che acquisisce il comune di Medicina, avrà effetto sui dati CedAP a partire dall'1/1/2004.

Per completezza, si allegano alla presente circolare il modello di scheda cartacea di rilevazione e le relative note di compilazione (modificate in alcuni punti rispetto a quelle trasmesse con ns. lettera prot. N° ASS/INS/03/3630 – Specifiche tecniche per l'invio dei dati del CedAP).

Certi della collaborazione, si inviano distinti saluti.

Franco Rossi  
f.to Rossi

## ALLEGATO 1 – Informazioni oggetto della rilevazione e tracciato record flusso CedAP.

### 1.1 Oggetto della rilevazione

Oggetto della rilevazione è ciascun evento parto avvenuto sul territorio emiliano-romagnolo, sia che si tratti di nascita di neonati sani o di nati affetti da malformazioni, sia che si tratti di eventi di nati-mortalità.

Le informazioni che si raccolgono con il flusso sono riconducibili alle seguenti categorie:

- informazioni sulla sede dell'evento;
- informazioni anagrafiche e socio-demografiche sul/i genitore/i;
- informazioni sulla gravidanza;
- informazioni sul parto;
- informazioni sul neonato;
- informazioni sulle eventuali cause di nati-mortalità;
- informazioni sulla eventuale presenza di malformazioni.

Tali informazioni sono suddivise nel tracciato record in 3 tabelle:

tabella A: dati anagrafici

tabella M: dati sensibili sulla madre

tabella N: dati sensibili sul neonato.

### 1.3 Grado di obbligatorietà delle informazioni e controlli

L'obbligatorietà delle informazioni contenute nel tracciato record è così graduata:

TIPO VINCOLO	GRADO DI OBBLIGATORIETÀ
<b>OBB V</b>	Il campo è obbligatorio e vincolante. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato il record non può essere caricato nella banca dati regionale.
<b>OBB</b>	Campo obbligatorio in determinate circostanze specificate (obbligatorietà condizionata). Se valorizzato in modo errato il record non può essere caricato nella banca dati regionale.
<b>FAC</b>	Campo facoltativo. Non vengono effettuati controlli scartanti. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato il controllo da origine ad una segnalazione.

I campi con vincolo OBB o FAC, in caso di mancata risposta al quesito corrispondente, devono essere riempiti con spazi.

### 1.4 Tracciato tabelle

#### 1.4.1 Avvertenze generali per la compilazione

Per garantire il rispetto delle regole relative alla "**privacy**" e alla sicurezza, i dati anagrafici della scheda devono essere trasmessi separatamente da quelli "sensibili". Per ogni scheda parto deve essere compilato un record della **Tabella A**, un record della **Tabella M** e uno o più record (a seconda che il parto sia semplice o plurimo) della **Tabella N**.

La chiave univoca che unisce i record appartenenti alla stessa scheda parto è composta dal Codice Azienda USL/Azienda OSP, Codice Stabilimento (Presidio + subcodice) e dal numero della scheda. Nel caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di cura pubblico o privato, si deve indicare un Codice di Presidio fittizio uguale 999.

I campi contrassegnati nel tracciato con il tipo "**AN**" sono alfanumerici e devono essere allineati a sinistra.

I campi di tipo "**N**" sono numeri interi positivi e devono essere allineati a destra.

I byte non utilizzati, sia per i campi alfanumerici che per quelli numerici devono essere riempiti con spazi.

1.4.2 Tracciato tabella A (contenente i dati anagrafici del Certificato di Assistenza al Parto)

Pos.	CAMPO	NOTE	TIPO	LUNG.	CONTROLLO LOGICO FORMALE	VINC.
1	AZ. USL/Az.OSP (DI EVENTO)	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice Azienda Ospedaliera.	AN	3	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB V
4	CODICE PRESIDIO	Codice HSP 11. Composto da codice regione (080) e codice presidio. Nel caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di cura in sostituzione del codice presidio si riporti il codice 999.	AN	6	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB V
10	SUB CODICE STABILIMENTO	Obbligatorio se il parto è avvenuto in uno stabilimento pubblico. Codice HSP11bis.	AN	2		OBB
12	NUMERO DI SCHEDE PARTO	Numero univoco su base annua all'interno dell'Azienda USL/Azienda Osp., Cod. Presidio e subcodice Stabilimento. Composto da 4 numeri per l'anno seguiti da 6 numeri per il progressivo.	AN	10	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI PARTE ANNO=ANNO CONTENUTO NEL NOME DEL FILE PARTE PROGRESSIVO>0	OBB V
22	COMUNE DI EVENTO	Codice ISTAT (primi 3 caratteri per la Provincia e ulteriori 3 caratteri per il singolo Comune della Provincia). I codici ISTAT sono disponibili nel sito internet del CedAP <a href="http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/">http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/</a> (file TCOMNOS già utilizzato in tutti i flussi regionali sanitari).	AN	6	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB V
28	N° RIFERIMENTO SDO MADRE	Indicare il n° della Scheda di Dimissione Ospedaliera della madre per il ricovero relativo al parto. Obbligatorio se il parto è avvenuto in un istituto di cura. Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), in sostituzione del codice SDO, si riporti il codice 00000000 (8 zeri).	AN	8	VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') CARATTERI NUMERICI	OBB
36	CODICE FISCALE DELLA MADRE	Codice fiscale(16 caratteri) Per le straniere "non regolari", riportare il codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) (V. Circolare Ministero Sanità n. 5 del 24 marzo 2000). Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), in sostituzione del codice fiscale, si riporti il codice 999.	AN	16	VALORIZZATO VALIDO	OBB V
52	DATA DI NASCITA DELLA MADRE	Formato <u>ggmmaaaa</u> Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), si riporti il codice 00000000 (8 zeri).	AN	8	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO 12<=ETA'-ANNO<=65	OBB V
60	CITTADINANZA DELLA MADRE	Codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per i cittadini italiani codificare 100. Per gli apolidi codificare 999.	AN	3	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB V
63	COMUNE DI NASCITA DELLA MADRE	Codice ISTAT del comune di nascita (file TCOMNOS). Nel caso di madre nata in Paese straniero, indicare 999 più il codice a tre cifre dello Stato Estero. Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ) indicare le prime 3 cifre del codice della provincia più 000 (3 zeri).	AN	6	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB V
69	COMUNE DI RESIDENZA DELLA MADRE	Codice ISTAT del comune di residenza (file TCOMNOS). Nel caso di madre residente in Paese straniero, indicare 999 seguito dalle tre cifre del codice dello Stato Estero (file TCOMNOS). Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), indicare le prime 3 cifre del codice della provincia più 000 (3 zeri). Nel caso di madre senza fissa dimora codificare 999999.	AN	6	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB V
75	REGIONE E AZIENDA USL DI RESIDENZA DELLA MADRE	Codice identificativo della Regione ( <u>3 caratteri</u> ) e dell'Azienda USL di residenza ( <u>3 caratteri</u> ). Voce da non compilare per le donne residenti all'estero.	AN	6		FAC
81	STATO CIVILE DELLA MADRE	Codice da riportare ( <u>1 carattere</u> ): 1. nubile 2. coniugata 3. separata 4. divorziata 5. vedova 6. non dichiarato	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB V
82	DATA DI MATRIMONIO	Indicare mese ed anno dell'unico o ultimo matrimonio in formato <u>mmaaaa</u> .	AN	6		FAC
88	DATA DI NASCITA DEL PADRE	Formato <u>ggmmaaaa</u> .	AN	8		FAC

96	CITTADINANZA DEL PADRE	Codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per i cittadini italiani codificare 100. Per gli apolidi codificare 999.	AN	3		FAC
99	COMUNE DI NASCITA DEL PADRE	Codice ISTAT del comune di nascita (file TCOMNOS). Nel caso di padre nato in Paese straniero, indicare 999 più il codice a tre cifre dello Stato Estero.	AN	6		FAC
105	TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE	Codice da riportare ( <u>1 carattere</u> ): 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	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>
106	CONDIZIONE PROFESSIONALE/ NON PROFESSIONALE DELLA MADRE	Codice a <u>3 caratteri</u> per individuare: la condizione professionale ( <i>I cifra</i> ), la posizione nella professione ( <i>II cifra</i> ) ed il ramo di attività economica ( <i>III cifra</i> ). <u>I cifra</u> : 1. occupata 2. disoccupata 3. in cerca di prima occupazione 4. studentessa 5. casalinga 6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc)  <u>II cifra (se occupata)</u> : 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, ecc.)  <u>III cifra (se occupata)</u> : 1. agricoltura, caccia e pesca 2. industria 3. commercio, pubblici servizi, alberghi 4. pubblica amministrazione 5. altri servizi privati	AN	3		FAC
109	TITOLO DI STUDIO DEL PADRE	Codice da riportare ( <u>1 carattere</u> ): 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	AN	1		FAC
110	CONDIZIONE PROFESSIONALE/ NON PROFESSIONALE DEL PADRE	Codice a <u>3 caratteri</u> per individuare: la condizione professionale ( <i>I cifra</i> ), la posizione nella professione ( <i>II cifra</i> ) ed il ramo di attività economica ( <i>III cifra</i> ). <u>I cifra</u> : 1. occupato 2. disoccupato 3. in cerca di prima occupazione 4. studente 5. casalingo 6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc)  <u>II cifra (se occupato)</u> : 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, lavorante a domicilio, ecc.)  <u>III cifra (se occupato)</u> : 1. agricoltura, caccia e pesca 2. industria 3. commercio, pubblici servizi, alberghi 4. pubblica amministrazione 5. altri servizi privati	AN	3		FAC

1.4.3 Tracciato tabella M (contenente le informazioni relative ai dati sensibili sulla madre)

Pos.	CAMPO	NOTE	TIPO	LUNG.	CONTROLLO LOGICO FORMALE	VINC.
1	Az. USL/Az. OSP. <b>(DI EVENTO)</b>	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice Azienda Ospedaliera.	AN	3	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>
4	CODICE PRESIDIO	Codice HSP 11. Composto da codice regione (080) e codice presidio. Obbligatorio se il parto è avvenuto in un istituto di cura. Nel caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di cura si deve indicare un codice fittizio uguale a 999.	AN	6	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>
10	SUB CODICE STABILIMENTO	Come SDO, obbligatorio se il parto è avvenuto in uno stabilimento pubblico. Codice HSP11bis.	AN	2		<b>OBB</b>
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	Numero univoco su base annua all'interno dell'Azienda USL/Azienda Osp., Cod. Presidio e subcodice Stabilimento. Composto da 4 numeri per l'anno seguiti da 6 numeri per il progressivo.	AN	10	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI PARTE ANNO=ANNO CONTENUTO NEL NOME DEL FILE PARTE PROGRESSIVO>0	<b>OBB V</b>
22	PRECEDENTI CONCEPIMENTI	Indicare se la donna ha avuto, prima del presente parto, precedenti concepimenti ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>
23	<u>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI:</u> NUMERO PARTI PRECEDENTI	Indicare il numero di parti (nati vivi, nati morti, tagli cesarei) avuti dalla donna precedentemente al presente ( <u>2 caratteri</u> ).	N	2		FAC
25	<u>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI:</u> NUMERO NATI VIVI	Indicare il numero di nati vivi avuti dalla donna, da precedenti parti ( <u>2 caratteri</u> ).	N	2		FAC
27	<u>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI:</u> NUMERO NATI MORTI	Indicare il numero di nati morti avuti dalla donna da precedenti parti ( <i>nato morto è il feto deceduto prima della nascita, dal 181° giorno di gestazione</i> ) ( <u>2 caratteri</u> ).	N	2		FAC
29	<u>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI:</u> NUMERO ABORTI SPONTANEI	Indicare il numero di eventuali aborti spontanei ( <i>aborto spontaneo è il feto deceduto prima del 180° giorno "compiuto" di gestazione</i> ) ( <u>2 caratteri</u> ).	N	2		FAC
31	<u>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI:</u> NUMERO I.V.G.	Indicare il numero di eventuali interruzioni volontarie della gravidanza ( <u>2 caratteri</u> ).	N	2		FAC
33	<u>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI:</u> NUMERO TAGLI CESAREI	Indicare il numero di tagli cesarei nei precedenti parti ( <u>2 caratteri</u> ).	N	2		FAC
35	DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE	<u>Formato ggmmaaaa.</u>	AN	8		FAC
43	CONSANGUINEITÀ TRA PADRE E MADRE <b>(GRADO)</b>	Nel caso di consanguineità tra i genitori indicare se ( <u>1 carattere</u> ): 1. sono parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle); 2. sono parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/figlio di un suo primo cugino); 3. sono parenti di 6° grado (secondi cugini).	AN	1		FAC
44	VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	Numero di visite effettuate dalla partoriente durante la gravidanza ( <u>1 carattere</u> ): se superiore a 9, indicare 9.	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI	<b>OBB V</b>
45	PRIMA VISITA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA ( <u>A</u> SETTIMANE)	Numero di settimane "compiute" nella quale è avvenuta la prima visita (di accertamento e controllo) nella gravidanza ( <u>2 caratteri</u> ).	N	2		FAC
47	NUMERO DI ECOGRAFIE	Specificare il numero di ecografie effettuate in gravidanza ( <u>1 carattere</u> ). Se superiore a 9, indicare 9.	N	1		FAC
48	<b>SERVIZIO UTILIZZATO IN GRAVIDANZA</b>	Indicare se la gravidanza è stata seguita prevalentemente da ( <u>1 carattere</u> ): 1. ginecologo/a privato/a 2. ostetrico/a privato/a 3. consultorio familiare pubblico 4. ambulatorio ospedaliero pubblico 5. ambulatorio ospedaliero pubblico "gravidanza a rischio" 6. consultorio familiare privato 7. nessuno	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>

49	INDAGINI PRENATALI: AMNIOCENTESI	Indicare l'effettuazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
50	INDAGINI PRENATALI: VILLI CORIALI	Indicare l'effettuazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
51	INDAGINI PRENATALI: FETOSCOPIA/FUNICO LOCENTESI	Indicare l'effettuazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
52	INDAGINI PRENATALI: ECOGRAFIA > 22 SETTIMANE	Indicare l'effettuazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
53	DECORSO GRAVIDANZA	Indicare se la gravidanza ha avuto un decorso ( <u>1 carattere</u> ): 1. fisiologico 2. patologico Per gravidanza a decorso patologico si intende la gravidanza in cui si sia verificata morbidità materno-fetale, indipendentemente da ricovero.	AN	1		FAC
54	E' STATA RICOVERATA DURANTE LA GRAVIDANZA?	Indicare ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
55	DIFETTO DI ACCRESIMENTO FETALE	Per difetto di accrescimento si intende il rallentato accrescimento intrauterino (valori inferiori al 10° percentile) diagnosticato in fase prenatale ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
56	CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA	Indicare se il concepimento ha avuto luogo con l'applicazione di una tecnica di procreazione medico-assistita ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
57	SE SI: METODO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA	Nel caso il concepimento sia avvenuto attraverso l'utilizzo di tecniche di riproduzione medico-assistita, specificare il metodo seguito ( <u>1 carattere</u> ): 1. solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione; 2. IUI (Intra Uterine Insemination: trasferimento di gameti maschili nella cavità uterina); 3. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer: trasferimento di gameti maschili e femminili nelle Tube di Falloppio, generalmente per via laparoscopica); 4. FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer: fecondazione in vitro e trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero); 5. ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection: 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.	AN	1		FAC
58	DATA ULTIMA MESTRUAZIONE	Formato <i>ggmmaaaa</i> . La data dell'ultima mestruazione è preferibile rispetto al campo successivo. Almeno uno dei due campi va obbligatoriamente compilato.	AN	8	VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') CARATTERI NUMERICI VALIDO	OB
66	ETÀ GESTAZIONALE STIMATA (SETTIMANE COMPIUTE)	Riportare l'età gestazionale stimata (in settimane compiute di amenorrea). ( <u>2 caratteri</u> ) Solo se: non è conosciuta la data dell'ultima mestruazione (precedente voce ); è stata effettuata una ridatazione (ecografica e/o clinica con punteggio neonatale), che ha comportato una ridefinizione dell'età gestazionale.	N	2	VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') CARATTERI NUMERICI >=0	OB

68	LUOGO DEL PARTO	Indicare se il parto è avvenuto in ( <u>1 carattere</u> ): 1. istituto di cura pubblico o privato 2. abitazione privata 3. altra struttura di assistenza (casa di maternità) 4. altrove (strada, mezzi trasporto, ecc.).	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB V
69	MODALITÀ DEL TRAVAGLIO	Indicare se ( <u>1 carattere</u> ): 1. travaglio spontaneo 2. travaglio indotto 3. senza travaglio	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB V
70	SE TRAVAGLIO INDOTTO: TIPO DI INDUZIONE	Obbligatorio se il travaglio indotto = 2 Codici: 1. con prostaglandine 2. con ossitocina 3. con altro farmaco 4. amnioressi	AN	1	VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB
71	PARTO PILOTATO	Indicare effettuazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB V
72	GENERE DEL PARTO	Indicare se trattasi di ( <u>1 carattere</u> ): 1. parto semplice 2. parto plurimo	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	OBB V
73	SE PARTO PLURIMO: NATI MASCHI	Nel caso di parto plurimo, indicare il numero nati di sesso maschile ( <u>1 carattere</u> ).	N	1	VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') CARATTERI NUMERICI	OBB
74	SE PARTO PLURIMO: NATI FEMMINE	Nel caso di parto plurimo, precisare il numero nati di sesso femminile ( <u>1 carattere</u> ).	N	1	VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') CARATTERI NUMERICI	OBB
75	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: OSTETRICA	Presenza dell' <b>ostetrica/o</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
76	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: GINECOLOGO	Presenza del <b>ginecologo</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
77	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: PEDIATRA/NEONATOLOGO	Presenza del <b>pediatra/neonatalogo</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
78	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: ANESTESISTA	Presenza dell' <b>anestesista</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
79	PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO: INFERMIERE NEONATALE	Presenza dell' <b>infermiere neonatale</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
80	ALTRO PERSONALE PRESENTE AL PARTO: ALTRO PERSONALE SANITARIO O TECNICO	Presenza di altro <b>personale sanitario o tecnico</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
81	PRESENZA IN SALA PARTO	Indicare se in sala parto era presente una tra le persone indicate ( <u>1 carattere</u> ): 1. padre del neonato 2. altra persona di famiglia della partoriente 3. altra persona di fiducia della partoriente 4. nessuno	AN	1		FAC
82	PROFILASSI RH	Indicare l'effettuazione o meno della profilassi ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC



1.4.4 Tracciato tabella N (contenente le informazioni relative ai dati sensibili del neonato)

Pos.	CAMPO	NOTE	TIPO	LUNG.	CONTROLLO LOGICO FORMALE	VINC.
1	Az. USL/Az.OSP. <b>(DI EVENTO)</b>	Codice dell'Azienda USL territorialmente competente oppure codice Azienda Ospedaliera.	AN	3	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>
4	CODICE PRESIDIO	Codice HSP 11. Composto da codice regione (080) e codice presidio. Obbligatorio se il parto è avvenuto in un istituto di cura. Nel caso che il parto non sia avvenuto in un istituto di cura si deve indicare un codice fittizio uguale a 999.	AN	6	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>
10	SUB CODICE STABILIMENTO	Come SDO, obbligatorio se il parto è avvenuto in uno stabilimento pubblico. Codice HSP11bis.	AN	2		<b>OBB</b>
12	NUMERO DI SCHEDA PARTO	Numero univoco su base annua all'interno dell'Azienda USL/Azienda Osp., Cod. Presidio e subcodice Stabilimento. Composto da 4 numeri per l'anno seguiti da 6 numeri per il progressivo.	AN	10	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI PARTE ANNO=ANNO CONTENUTO NEL NOME DEL FILE PARTE PROGRESSIVO>0	<b>OBB V</b>
22	PROGRESSIVO SCHEDA	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.	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI >0	<b>OBB V</b>
23	SESSO	Indicare ( <u>1 carattere</u> ): 1. maschio 2. femmina	AN	1		FAC
24	TIPO GENITALI ESTERNI	Indicare ( <u>1 carattere</u> ): 1. maschili 2. femminili 3. indeterminati	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>
25	NUMERO D'ORDINE DEL NATO NEL PRESENTE PARTO	Nel caso di parto plurimo indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti. ( <u>1 carattere</u> ).	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI >0	<b>OBB</b>
26	PRESENTAZIONE DEL NEONATO	Indicare ( <u>1 carattere</u> ): 1. vertice 2. podice 3. fronte 4. bregma 5. faccia 6. spalla	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>
27	MODALITÀ DEL PARTO	Indicare se il parto è avvenuto ( <u>1 carattere</u> ): 1. per via vaginale 2. con taglio cesareo fuori travaglio "non urgente" 3. con taglio cesareo in travaglio 4. con uso forcipe 5. con uso ventosa 6. in altro modo 7. con taglio cesareo fuori travaglio "urgente"	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>
28	DATA DEL PARTO	Formato <i>ggmmaaaahmm</i> (giorno, mese, anno, ora, minuti)	AN	12	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO PARTE ANNO=ANNO CONTENUTO NEL NOME DEL FILE	<b>OBB V</b>
40	PESO	Indicare il peso in grammi	N	4	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI >0	<b>OBB V</b>
44	LUNGHEZZA	Indicare la lunghezza in centimetri	N	2		FAC
46	CIRCONFERENZA CRANICA	Indicare la circonferenza cranica in centimetri	N	2		FAC
48	VITALITÀ	Specificare se trattasi di: ( <u>1 carattere</u> ) 1. nato vivo 2. nato morto	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>
49	PUNTEGGIO APGAR DOPO 5 MINUTI DALLA NASCITA	Indicare il punteggio attribuito al neonato dopo 5 minuti secondo il metodo di Apgar	N	2	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI 0<=APGAR <=10	<b>OBB V</b>
51	NECESSITÀ DI RIANIMAZIONE	Indicare se si presenta la necessità di rianimare il neonato ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI: ventilazione manuale 2. SI: intubazione 3. NO	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>

52	PRESENZA DI MALFORMAZIONE	Indicare l'eventuale presenza di malformazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1	VALORIZZATO CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB V</b>
53	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO	Indicare, <u>se nato morto</u> , la condizione morbosa principale del <b>feto</b> utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> , omettere il <i>punto</i> )	AN	5	VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') VALIDO	<b>OBB</b>
58	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO	Indicare, se presente, altra condizione morbosa del <b>feto</b> utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> , omettere il <i>punto</i> )	AN	5		FAC
63	MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE	Indicare, se presente, la condizione morbosa principale <b>materna</b> (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> , omettere il <i>punto</i> )	AN	5		FAC
68	ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE	Indicare, se presente, altra condizione morbosa <b>materna</b> (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> , omettere il <i>punto</i> )	AN	5		FAC
73	ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE	Indicare, se presente, altra circostanza rilevante che, a giudizio del medico, pur non rientrando nelle voci precedenti, risulta rilevante ai fini del decesso. Codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> , omettere il <i>punto</i> )	AN	5		FAC
78	MOMENTO DELLA MORTE	Se nato morto, indicare se la morte è avvenuta ( <u>1 carattere</u> ): 1. prima del travaglio 2. durante il travaglio 3. durante il parto (periodo espulsivo) 4. momento morte sconosciuto	AN	1	VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB</b>
79	ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI IN CASO DI MALFORMAZIONE	In caso di nato morto che presenta malformazioni, indicare se sono stati effettuati o meno esami strumentali ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
80	ESECUZIONE FOTOGRAFIE IN CASO DI MALFORMAZIONE	In caso di nato morto che presenta malformazioni, indicare se sono state effettuate o meno fotografie ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
81	RISCONTRO AUTOPTICO	Se nato morto, indicare ( <u>1 carattere</u> ): 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.	AN	1	VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') CARATTERI NUMERICI VALIDO	<b>OBB</b>
82	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 1	Se presente, indicare la malformazione principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> , omettere il <i>punto</i> )	AN	5	VALORIZZATO (SE VERIFICATA LA CONDIZIONE DI OBBLIGATORIETA') VALIDO	<b>OBB</b>
87	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 2	Se presente, indicare l'altra malformazione del feto utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> , omettere il <i>punto</i> )	AN	5		FAC
92	MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 3	Se presente, indicare l'altra malformazione del feto utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> , omettere il <i>punto</i> )	AN	5		FAC
97	CARIOTIPO DEL NATO (SE EFFETTUATO PRIMA DELLA NASCITA)	Se effettuata, specificare per esteso la diagnosi citogenetica al fine di identificare anomalie cromosomiche numeriche e strutturali ( <u>40 caratteri</u> ). Scrivere "normale" in caso di esito nella norma.	AN	40		FAC
137	ETÀ GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	Indicare l'età di gestazione, in settimane compiute, in cui è stata diagnosticata, se presente, la malformazione.	N	2		FAC
139	ETÀ NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE	Indicare l'età neonatale, in giorni compiuti, in cui è stata diagnosticata, se presente, la malformazione.	N	2		FAC
141	EVENTUALI MALFORMAZIONI FRATELLI/SORELLE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei fratelli/sorelle ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
142	EVENTUALI MALFORMAZIONI MADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nella madre ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC

143	EVENTUALI MALFORMAZIONI PADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nel padre ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
144	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI MADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei genitori madre ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
145	EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI PADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei genitori padre ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
146	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI MADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni in altri parenti madre ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
147	EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI PADRE	Indicare la presenza o assenza di malformazioni in altri parenti padre ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO	AN	1		FAC
148	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 1	Codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> ) della malattia rilevante insorta durante la gravidanza.	AN	5		FAC
153	MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 2	Codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> ) della malattia rilevante insorta durante la gravidanza.	AN	5		FAC

Nota: i campi in **neretto** sono quelli aggiunti dalla Regione Emilia-Romagna al tracciato base previsto dal Ministero della Salute

## ALLEGATO 2 - Trasmissione dei record, controlli e ritorno informativo

### 2.1 Tempi e modalità di trasmissione dei record

Le Aziende Sanitarie dovranno trasmettere semestralmente i file alla Regione secondo le scadenze sotto riportate: le Aziende Ospedaliere dovranno trasmettere i dati direttamente, mentre le Aziende USL dovranno farsi carico, oltre che dei propri dati di attività, anche di quelli delle strutture private ubicate nel proprio territorio e di eventuali parti avvenuti a domicilio o altrove (Case Maternità) nel proprio ambito territoriale.

Le scadenze per l'invio in Regione dei file sono le seguenti:

15 settembre	dati relativi ai parti avvenuti nel 1° semestre dell'anno in corso
30 novembre	correzioni-aggiornamenti dei dati del 1° semestre
15 marzo	dati relativi ai parti avvenuti nel 2° semestre dell'anno precedente
31 maggio	correzioni-aggiornamenti dei dati del 2° semestre

Ogni invio deve essere accompagnato da una e-mail ([ssimoni@regione.emilia-romagna.it](mailto:ssimoni@regione.emilia-romagna.it)) al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, che ne attesti l'effettuazione, la data, il numero di record per singola tabella ed eventuali note esplicative utili al fine di interpretare i dati.

Si ritiene opportuno invitare tutte le Aziende al rispetto delle scadenze, in considerazione anche del debito informativo relativo a tale flusso che la Regione Emilia-Romagna ha nei confronti del Ministero della Salute.

### 2.2 Formato file e tipo di dati

I file da inviare in Regione sono in formato testo (caratteri ASCII) a lunghezza fissa. Ogni record è terminato dalla coppia di caratteri ASCII 13 e 10 (carriage return e line feed). I file che non rispettano queste caratteristiche non potranno essere caricati nella banca dati regionale.

L'invio dei dati deve essere eseguito da una qualsiasi postazione appartenente alla rete INTRANET della Regione Emilia-Romagna, tramite protocollo FTP collegandosi all'indirizzo [ftpasr.regione.emilia-romagna.it](ftp://ftpasr.regione.emilia-romagna.it) e specificando il **nome utente** (assegnato dalla Regione) e la **password** prescelta dall'utente.

I nomi dei file devono rispondere alle seguenti convenzioni:

CAPxxxaaSyA.txt - Tracciato record anagrafico  
CAPxxxaaSyM.txt - Tracciato record dati relativi alla madre  
CAPxxxaaSyN.txt - Tracciato record dati relativi al neonato

con:

xxx = codice Azienda

aa = anno

y = 1,2 semestre

### 2.3 Invio dei dati

L'invio dei dati potrà essere effettuato utilizzando una qualunque delle 3 seguenti modalità:

- Invio dati con Internet Explorer

Per poter utilizzare Internet Explorer è necessario possedere la versione 5.0 o superiore.

- Aprire Internet Explorer e sulla barra degli indirizzi digitare: <ftp://ftpasr.regione.emilia-romagna.it>
- Compare una videata nella quale vengono richieste il nome utente e la password. Digitare il nome utente e la **PASSWORD**.
- Cliccare su **ACCEDI**
- Compare la directory all'interno della quale devono essere copiati i file prodotti dall'Azienda. I file possono essere copiati tramite l'Esplora Risorse utilizzando la funzionalità copia e incolla di Windows.

- Invio dati con WsFtp
  - Aprire l'applicazione WsFtp
  - Compare una maschera nella quale devono essere inserite alcune informazioni:
    - in corrispondenza di **Profile Name**: digitare un nome di riferimento (ad es. CEDAP)
    - in corrispondenza di **Host Name/Address**: digitare **ftpasr.regione.emilia-romagna.it**
    - in corrispondenza di **Host Type** compare automaticamente **Automatic detect**
    - in corrispondenza di **User ID**: digitare la **USERNAME** (indicata nella Tabella 1)
    - in corrispondenza di **Password**: digitare la **PASSWORD**
  - Cliccare su OK
  - Compare una nuova videata suddivisa in 2 parti: nella parte a sinistra viene mostrato il contenuto del proprio PC mentre a destra il contenuto della directory nella quale devono essere copiati i file del CedAP
  - Nella parte sinistra della maschera sfogliare il contenuto del proprio PC ed entrare nella directory contenente i file da inviare in Regione
  - Evidenziare con un clic i file da inviare, cliccare sull'opzione ASCII e cliccare poi sulla freccia rivolta verso destra in modo da consentire l'invio del file
  - Ripetere la stessa operazione anche con gli altri file
  - Cliccare sul pulsante close e poi sul pulsante exit per uscire dall'applicazione.
  
- Invio dati con FTP da DOS
  - Dal pulsante Start (o Avvio) di windows scegliere: Programmi → Prompt dei comandi, comparirà una finestra di DOS
  - Dal prompt del DOS (c:\>) digitare: **ftp ftpasr.regione.emilia-romagna.it**
  - Comparirà il messaggio: **User : <none>>**:  
oppure il messaggio: **User <ftpasr.regione.emilia-romagna.it: <none>>**:
  - Digitare il nome utente
  - Quando compare il messaggio: **Password** digitare la **PASSWORD**
  - Quando compare: **ftp >** digitare **put** seguito dal nome del file da inviare in Regione completo di percorso, ad es.:  
**put c:\.....\CAPxxaaSyA.TXT** ( oppure .ZIP se compresso)  
**put c:\.....\CAPxxaaSyM.TXT** ( oppure .ZIP se compresso)  
**put c:\.....\CAPxxaaSyN.TXT** ( oppure .ZIP se compresso)
  - Compaiono una serie di messaggi tra cui anche **Transfer complete** che garantisce l'avvenuto trasferimento dei dati
  - Quando riappare **ftp >** digitare **quit ↵** per tornare al prompt del DOS
  - Da **c:\>** digitare **exit** per uscire dalla finestra di DOS.

## 2.4 Controlli

I record trasmessi dai sistemi informativi aziendali vengono sottoposti ad una serie di controlli logico-formali. Il livello di controllo è differenziato nel seguente modo: controlli di 1° livello (scartanti) per i campi con vincolo OBBV e OBB, controlli di 2° livello (con segnalazione) per i campi con vincolo FAC. I controlli di 1° livello sono esplicitati nel tracciato sopra riportato. Qualora un errore scartante si verifichi in una soltanto delle tre tabelle, anche gli altri record relativi alla stessa scheda Cedap non verranno caricati in banca dati.

## 2.5 Ritorno informativo e segnalazioni errori

Al termine di ogni fase di controllo e caricamento, le Aziende sanitarie pubbliche e le Case di cura private riceveranno un ritorno informativo sull'esito del caricamento, in cui verranno evidenziati sia gli errori scartanti che le segnalazioni affinché vengano apportate le dovute correzioni. Tale ritorno informativo verrà inviato via e-mail ai referenti per il flusso CedAP delle Aziende sanitarie e delle Case di cura e sarà costituito da schede sintetiche riassuntive degli errori rilevati, per tipologia di errore, e da un file di diagnostica dei record errati.

I file CAPxxaaSyA, CAPxxaaSyM, CAPxxaaSyN, dopo essere stati corretti, devono essere rinviati in Regione, via FTP, comprensivi di **tutti** i record e non solo di quelli modificati.

Le specifiche inerenti i file di diagnostica dei record scartati e le relative codifiche sono riportate nell'allegato 3.

Al fine di permettere alle Aziende USL una completa analisi dei dati relativi alla popolazione residente nel proprio territorio, sarà reso disponibile attraverso la intranet regionale, i dati relativi alla mobilità infraregionale delle partorienti, strutturato come il tracciato record utilizzato per l'invio dei dati e comprendente solo i record caricati in banca dati.

Le elaborazioni effettuate sui dati saranno disponibili sul sito web [www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis](http://www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis).

## **2.5 Referenti regionali**

Per ogni ulteriore informazione è possibile rivolgersi a:

### **Simoni Simonetta**

Tel. 051 6397417

e-mail: [ssimoni@regione.emilia-romagna.it](mailto:ssimoni@regione.emilia-romagna.it)

### **Lupi Camilla**

Tel. 051 639 7037

e-mail: [clupi@regione.emilia-romagna.it](mailto:clupi@regione.emilia-romagna.it)

### ***Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali***

#### ***Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali***

*Viale Aldo Moro, 21*

*40127 Bologna*

*Fax 051 6397067*

### ALLEGATO 3 – File di diagnostica dei record scartati e delle segnalazioni

I file contenenti i record scartati si trovano nella dir. di FTP e si chiamano **ERRxxxxaaSyA**, **ERRxxxxaaSyM**, **ERRxxxxaaSyN** (xxx=Azienda, aa=anno, y=sem.). Analogamente, i file delle segnalazioni (record caricati in banca dati di cui si segnalano anomalie di compilazione, generalmente riguardanti campi facoltativi) si chiamano **SEGNxxxxaaSyA**, **SEGNxxxxaaSyM**, **SEGNxxxxaaSyN**.

Il tracciato di ritorno informativo relativo ai record scartati o segnalati è così composto: **CAMPI CHIAVE DELLA SCHEDE** + codice del **CAMPO** oggetto del controllo (tre caratteri, vedi tabella di seguito riportata) + codice **ERRORE** o **SEGNALAZIONE** (tre caratteri, vedi tabella di seguito riportata).

#### Campo

= ERRORE CONGIUNTO SU PIU' CAMPI  
001 = COD\_AZI: Azienda di evento  
002 = COD\_PRES: Presidio di evento  
003 = COD\_STAB: Stabilimento di evento  
004 = ANNO: Anno di riferimento  
005 = ID\_PARTO: Numero scheda parto  
006 = COM\_PARTO: Comune di evento  
007 = PROG\_SDO: Progressivo SDO madre  
008 = COD\_FISC\_M: Codice fiscale madre  
009 = DT\_NAS\_M: Data di nascita madre  
010 = CITTAD\_M: Cittadinanza madre  
011 = COM\_NAS\_M: Comune di nascita madre  
012 = COM\_RES\_M: Comune di residenza madre  
013 = USL\_RES\_M: Az.USL di residenza madre  
014 = STATOCIV\_M: Stato civile madre  
015 = MM\_NOZZE: Mese di matrimonio  
016 = DT\_NAS\_P: Data di nascita padre  
017 = CITTAD\_P: Cittadinanza padre  
018 = COM\_NAS\_P: Comune di nascita padre  
019 = TITOLO\_M: Titolo di studio madre  
020 = CONDIZ\_M: Condizione professionale madre  
021 = PROFESS\_M: Professione madre  
022 = SETTORE\_M: Settore occupazione madre  
023 = TITOLO\_P: Titolo di studio padre  
024 = CONDIZ\_P: Condizione professionale padre  
025 = PROFESS\_P: Professione padre  
026 = SETTORE\_P: Settore occupazione padre  
027 = CONCEP\_PR: Concepimenti precedenti  
028 = PARTI\_PR: Parti precedenti  
029 = NATIVIVI: Nati vivi  
030 = NATIMOR: Nati morti  
031 = ABORTI: Aborti spontanei  
032 = IVG: I.V.G.  
033 = CESAREI: Tagli cesarei  
034 = DT\_PARTO\_PR: Data parto precedente  
035 = CONSANG: Consanguin. padre-madre  
036 = N\_VISITE: Visite di controllo  
037 = PRIMAVIS: Prima visita in gravid. (sett.)  
038 = N\_ECOGRAF: Numero ecografie  
039 = SERVIZIO: Servizio utilizzato in gravid.  
040 = AMNIOCEN: Amniocentesi  
041 = VILLICOR: Villi coriali  
042 = FETOSCOPIA: Fetoscopia/Funicolocentesi  
043 = ECOGRAF: Ecografia > 22 sett.  
044 = DECORSO: Decorso gravidanza

045 = RICOVERO: Ricovero in gravidanza  
046 = DIF\_ACCR: Difetto accrescimento fetale  
047 = PROCR\_ASS: Procreazione assistita  
048 = METODO: Metodo procreazione assistita  
049 = DT\_MESTR: Data ultima mestruazione  
050 = ETA\_GEST: Età gestazionale (sett.)  
051 = L\_PARTO: Luogo parto  
052 = TRAVAGLIO: Modalità travaglio  
053 = INDUZIONE: Tipo induzione  
054 = PILOTATO: Parto pilotato  
055 = GENERE: Genere parto  
056 = N\_MASCHI: Nati maschi  
057 = N\_FEMMINE: Nati femmine  
058 = PERS\_OST: Ostetrica  
059 = PERS\_GIN: Ginecologo  
060 = PERS\_PED: Pediatra  
061 = PERS\_ANE: Anestesista  
062 = PERS\_INF: Infermiere neonatale  
063 = ALTROPERS: Altro personale sanitario  
064 = SALAPARTO: Presenza in sala parto  
065 = PROFIL\_RH: Profilassi RH  
066 = PROG\_NAS: Progressivo nascita  
067 = SEX: Sesso  
068 = GENITALI\_E: Tipo genitali esterni  
069 = ORDINE: Numero d'ordine nel parto  
070 = PRESENTAZ: Presentazione neonato  
071 = MOD\_PARTO: Modalità parto  
072 = DT\_PARTO: Data del parto  
073 = PESO: Peso  
074 = LUNGH: Lunghezza  
075 = CFR\_CRAN: Circonferenza cranica  
076 = VITALITA: Vitalità  
077 = APGAR: Punteggio Apgar  
078 = RIANIMAZ: Rianimazione  
079 = MALFORMAZ: Presenza malformazione  
080 = COD\_PAT1: Patologia principale feto  
081 = ALTRAPAT: Altra patologia feto  
082 = COD\_PAT1\_M: Patologia principale madre  
083 = ALTRAPAT\_M: Altra patologia madre  
084 = ALTRACIRC: Altra circostanza rilevante  
085 = MORTE: Momento morte  
086 = ESAMI: Esami strumentali  
087 = FOTO: Fotografie  
088 = AUTOPSIA: Riscontro autoptico  
089 = COD\_MALF1: Malformazione diagnosticata 1  
090 = COD\_MALF2: Malformazione diagnosticata 2  
091 = COD\_MALF3: Malformazione diagnosticata 3  
092 = CARIOTIPO: Cariotipo  
093 = ETA\_GEST\_DM: Età gestaz. diagnosi malf.  
094 = ETA\_NEO\_DM: Età neonat. diagnosi malf.  
095 = MALF\_FS: Malformazioni fratelli/sorelle  
096 = MALF\_M: Malformazioni madre  
097 = MALF\_P: Malformazioni padre  
098 = MALF\_GEN\_M: Malformazioni genitori madre  
099 = MALF\_GEN\_P: Malformazioni genitori padre  
100 = MALF\_PAR\_M: Malformazioni parenti madre  
101 = MALF\_PAR\_P: Malformazioni parenti padre



102 = PAT\_GRAV1: Patologie in gravidanza 1  
103 = PAT\_GRAV2: Patologie in gravidanza 2  
104 = AA\_NOZZE: Anno di matrimonio  
105 = HH\_PARTO: Ora del parto  
106 = MIN\_PARTO: Minuto del parto  
107 = AA\_NAS\_M: Anno di nascita della madre

### **Errore o segnalazione**

001 = CODICE MANCANTE  
002 = CODICE INVALIDO (lunghezza del codice non corretta, oppure presenza di caratteri in stringhe numeriche)  
003 = CODICE INESISTENTE (codice formalmente corretto, ma inesistente)  
004 = INCOMPATIBILE COL CORRENTE INVIO  
005 = DATA INVALIDA  
006 = ORARIO INVALIDO  
007 = CHECK DIGIT CODICE FISCALE ERRATO  
008 = PRESIDIO INCOMPATIBILE CON AZIENDA  
009 = STABILIMENTO INCOMPATIBILE CON PRESIDIO  
010 = COMUNE INCOMPATIBILE CON AZIENDA  
011 = DATA PARTO ANTECEDENTE DATA NASCITA  
012 = LUOGO PARTO INCOMPATIBILE CON PRESIDIO / STABIL.  
013 = CODICE FISCALE INCOMPATIBILE CON CITTADINANZA MADRE  
014 = COMUNE DI EVENTO NON RER  
015 = VALORE NON COMPRESO NEL RANGE AMMESSO  
016 = PRESENZA MALFORM. INCOMPATIB. CON MALF. FETO  
017 = VITALITA' INCOMPATIB. CON PATOL. PRINC. FETO  
018 = VITALITA' INCOMPATIB. CON MOMENTO MORTE  
019 = VITALITA' INCOMPATIB. CON AUTOPSIA  
020 = PARTO SINGOLO CON PIU DI 1 SCHEDA NEONATO  
021 = PARTO PLURIMO CON SOLO 1 SCHEDA NEONATO  
191 = CHIAVE NON PRESENTE NEL FILE A  
192 = CHIAVE NON PRESENTE NEL FILE M  
193 = CHIAVE NON PRESENTE NEL FILE N  
195 = CHIAVE RIPETUTA ALL'INTERNO DEL FILE A  
196 = CHIAVE RIPETUTA ALL'INTERNO DEL FILE M  
197 = CHIAVE RIPETUTA ALL'INTERNO DEL FILE N  
199 = CHIAVE GIA' ESISTENTE IN ARCHIVIO

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**  
**CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO**  
(DECRETO MINISTERO SALUTE 16 LUGLIO 2001, N. 349)

1. REGIONE: |0|8|0|  
2. Az.USL/Az.OSP: |\_|\_|\_|  
3. PRESIDIO/STABILIMENTO/C.C.: |\_|\_|\_| |\_|\_|

4. Comune di evento: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

5. N° riferimento SDO madre (per il ricovero relativo al parto): |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

6. Codice fiscale della madre: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

7. Cognome della madre \_\_\_\_\_ Nome della madre \_\_\_\_\_

8. Data di nascita madre: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| 9. Cittadinanza madre: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|

10. Comune nascita madre: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

11. Comune residenza madre: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

12. Regione residenza madre: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_| Azienda USL residenza madre \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|

13. Titolo studio madre: 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 |\_|

14. Condizione professionale madre:

1. occupata	_	<i>se occupata, posizione nella professione:</i>	<i>se occupata, ramo di attività:</i>
2. disoccupata	_		
3. in cerca di prima occupazione	_	1. imprenditrice o libera professionista  _	1. agricoltura, caccia e pesca  _
4. studentessa	_	2. altra lavoratrice autonoma  _	2. industria  _
5. casalinga	_	3. lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva  _	3. commercio, pubblici servizi, alberghi  _
6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc.)	_	4. lavoratrice dipendente: impiegata  _	4. pubblica amministrazione  _
		5. lavoratrice dipendente: operaia  _	5. altri servizi privati  _
		6. altra lavoratrice dipendente (apprendista, lavorante a domicilio)  _	

15. Stato civile madre: 1. nubile |\_| 2. coniugata |\_| 3. separata |\_| 4. divorziata |\_| 5. vedova |\_|

16. se coniugata, mese e anno matrimonio: |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

17. Precedenti concepimenti: 1. SI |\_| 2. NO |\_|

se precedenti concepimenti: 18. N° parti: |\_|\_| 19. N° nati vivi: |\_|\_| 20. N° nati morti: |\_|\_|

21. N° aborti spontanei: |\_|\_| 22. N° IVG: |\_|\_| 23. N° tagli cesarei: |\_|\_|

24. Data ultimo parto precedente: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

25. Data di nascita padre: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| 26. Cittadinanza padre: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|

27. Comune nascita padre: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

28. Titolo studio padre: : 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 |\_|

29. Condizione professionale padre:

1. occupato	_	<i>se occupato, posizione nella professione:</i>	<i>se occupato, ramo di attività:</i>		
2. disoccupato	_				
3. in cerca di prima occupazione	_	1. imprenditore o libero professionista	_	1. agricoltura, caccia e pesca	_
4. studente	_	2. altro lavoratore autonomo	_	2. industria	_
5. casalingo	_	3. lavoratore dipendente: dirigente o direttivo	_	3. commercio, pubblici servizi, alberghi	_
6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.)	_	4. lavoratore dipendente: impiegato	_	4. pubblica amministrazione	_
		5. lavoratore dipendente: operaio	_	5. altri servizi privati	_
		6. altro lavoratore dipendente apprendista, lavorante a domicilio	_		

30. Consanguineità tra padre e madre (grado): 1. sono parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle): |\_|  
2. sono parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/figlio di un suo primo cugino): |\_|  
3. sono parenti di 6° grado (secondi cugini): |\_|

### SEZIONE B: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA

31. N° visite di controllo in gravidanza (se superiore a 9, indicare 9): |\_| 32. Prima visita (n. settimane compiute): |\_|\_|

33. N° ecografie (se superiore a 9, indicare 9): |\_|

34. Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza (una sola risposta):

1. ginecologo/a privato/a	_
2. ostetrico/a privato/a	_
3. consultorio familiare pubblico	_
4. ambulatorio ospedaliero pubblico	_
5. ambulatorio ospedaliero pubblico "gravidanza a rischio"	_
6. consultorio familiare privato	_
7. nessuno	_

Indagini prenatali: SI NO

35. amniocentesi:	_	_
36. villi coriali:	_	_
37. fetoscopia/funicolocentesi:	_	_
38. ecografia effettuata dopo le 22 settimane:	_	_

39. Decorso della gravidanza: 1. fisiologico |\_| 2. patologico |\_|

40. E' stata ricoverata durante la gravidanza?: 1. si |\_| 2. no |\_|

41. Difetto accrescimento fetale: 1. si |\_| 2. no |\_|

42. Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita: 1. si |\_| 2. no |\_|

se si: 43. 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 Cytoplasmatic Sperm Injection)	_
6. altre tecniche	_

44. Data ultima mestruazione: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| 45. Età gestazionale stimata (in settimane): |\_|\_|

## SEZIONE C: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO

### Sezione C1: Parto

46. 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 trasporto, ecc.)

47. Modalità travaglio: 1. travaglio spontaneo  2. travaglio indotto

48. se travaglio indotto, tipo di induzione:

1. con prostaglandine
2. con ossitocina
3. con altro farmaco
4. amnioressi

49. Presentazione del neonato:

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1. vertice <input type="checkbox"/> | 4. bregma <input type="checkbox"/> |
| 2. podice <input type="checkbox"/>  | 5. faccia <input type="checkbox"/> |
| 3. fronte <input type="checkbox"/>  | 6. spalla <input type="checkbox"/> |

50. Parto pilotato: 1. si  2. no

51. Modalità parto:

1. per via vaginale
2. con taglio cesareo fuori travaglio "non urgente"
3. con taglio cesareo in travaglio
4. con uso forcipe
5. con uso ventosa
6. in altro modo
7. con taglio cesareo fuori travaglio "urgente"

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

53. Genere del parto: 1. semplice

2. plurimo  se parto plurimo: 54. N° nati maschi  55. N° nate femmine

Personale sanitario presente: SI NO

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 56. ostetrica/o:                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. ginecologa/o:                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. pediatra/neonatologo:                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. anestesista:                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. infermiere neonatale:                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. altro personale sanitario o tecnico: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

62. Presenza in sala parto:

1. padre del neonato
2. altra persona di famiglia della partoriente
3. altra persona di fiducia della partoriente
4. nessuno

63. Profilassi Rh: 1. si  2. no

**Sezione C2: Neonato****(in caso di parto plurimo, la sezione va compilata per ogni nato)**

64. Sesso: 1. maschio  2. femmina
65. Tipo genitali esterni: 1. maschili  2. femminili  3. indeterminati
66. N° d'ordine del nato nel presente parto (in caso di parto plurimo, indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti):
67. Peso (in grammi):  68. Lunghezza (in cm.):  69. Circonferenza cranica (in cm.):
70. Vitalità: 1. nato vivo  2. nato morto  (Se nato morto, compilare la sezione D)
71. Punteggio Apgar dopo 5 minuti:
72. Necessità di rianimazione: 1. si: ventilazione manuale  2. si: intubazione  3. no
73. Presenza di malformazione: 1. si  (Se si, compilare la sezione E) 2. no

**SEZIONE D: INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ**

74. Malattia o condizione morbosa principale del **feto**:
75. Descrizione: \_\_\_\_\_
76. Altra malattia o condizione morbosa del **feto**:
77. Descrizione: \_\_\_\_\_
78. Malattia o condizione morbosa principale della **madre** interessante il feto:
79. Descrizione : \_\_\_\_\_
80. Altra malattia o condizione morbosa della **madre** interessante il feto:
81. Descrizione: \_\_\_\_\_
82. Altra circostanza rilevante:
83. Descrizione: \_\_\_\_\_
84. Momento della morte: 1. prima del travaglio  2. durante il travaglio  3. durante il parto (periodo espulsivo)   
4. momento della morte sconosciuto
85. Esecuzione esami strumentali in caso di malformazioni: 1. si  2. no
86. Esecuzione fotografie in caso di malformazioni: 1. si  2. no
87. 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**

88. Malformazione diagnosticata 1: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|

89. Malformazione diagnosticata 2: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|

90. Malformazione diagnosticata 3: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|

91. Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita): \_\_\_\_\_

92. Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute):       |\_|\_|

93. Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti):       |\_|\_|

Eventuali malformazioni in famiglia:       SI       NO

94. fratelli/sorelle                       |\_|       |\_|

95. madre                                   |\_|       |\_|

96. padre                                   |\_|       |\_|

97. genitori madre                       |\_|       |\_|

98. genitori padre                       |\_|       |\_|

99. altri parenti madre                   |\_|       |\_|

100. altri parenti padre                   |\_|       |\_|

101. Malattie insorte in gravidanza 1:   |\_|\_|\_|\_|

102. Descrizione: \_\_\_\_\_

103. Malattie insorte in gravidanza 2:   |\_|\_|\_|\_|

104. Descrizione: \_\_\_\_\_

Firma dell'Ostetrica/o

Firma del Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Regione Emilia-Romagna**  
**Certificato di Assistenza al Parto**  
**Note per la compilazione e la codifica**

N.	VARIABILE	Definizione e Codifica
1	<b>REGIONE</b>	Codice identificativo ( <i>3 caratteri</i> ) Emilia-Romagna = 080
2	<b>Az. USL/Az. OSP (DI EVENTO)</b>	Codice identificativo regionale ( <i>3 caratteri</i> )
3	<b>PRESIDIO/STABILIMENTO/C.C. (DI EVENTO)</b>	Codice identificativo regionale: <i>3 caratteri</i> per il Presidio ospedaliero o la Casa di Cura privata, <i>2 caratteri</i> per il sub-codice dello Stabilimento.
4	<b>COMUNE DI EVENTO</b>	Codice ISTAT (primi <i>3 caratteri</i> per la Provincia e ulteriori <i>3 caratteri</i> per il singolo Comune della Provincia).
5	<b>N° RIFERIMENTO SDO MADRE</b>	Indicare il n° della Scheda di Dimissione Ospedaliera della madre ( <i>8 caratteri</i> ) per il ricovero relativo al parto.
<b>SEZIONE A: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUL/SUI GENITORE/I</b>		
6	<b>CODICE FISCALE MADRE</b>	Codice fiscale ( <i>16 caratteri</i> ) Per le straniere "non regolari", riportare il codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) (V. Circolare Ministero Sanità n. 5 del 24 marzo 2000). Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), in sostituzione del codice fiscale, si riporti il codice 999.
7	<b>COGNOME E NOME MADRE</b>	Indicare il cognome da nubile della puerpera. Nel caso di "donna che non vuole essere nominata", indicare il codice 999; il raccordo che rende possibile il reperimento della cartella clinica, è costituito dal numero della SDO della madre.
8	<b>DATA DI NASCITA MADRE</b>	<i>8 caratteri</i> (gg/mm/aaaa) Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), si deve riportare solo l'anno di nascita.
9	<b>CITTADINANZA MADRE</b>	Codice ( <i>3 caratteri</i> ): - 100 per la cittadinanza italiana; - codice Stato estero (V. Elenco A allegato al Decreto).
10	<b>COMUNE DI NASCITA MADRE</b>	Codice ISTAT (primi <i>3 caratteri</i> per la Provincia e ulteriori <i>3 caratteri</i> per il singolo Comune della Provincia). Nel caso di madre nata in Paese straniero, indicare 999 al posto della Provincia, seguito dal codice dello Stato Estero (V. Elenco A). Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), si deve riportare solo il codice ISTAT della Provincia di nascita (primi <i>3 caratteri</i> ).
11	<b>COMUNE DI RESIDENZA MADRE</b>	Codice ISTAT (primi <i>3 caratteri</i> per la Provincia e ulteriori <i>3 caratteri</i> per il singolo Comune della Provincia). Nel caso di madre nata in Paese straniero, indicare 999 al posto della Provincia, seguito dal codice dello Stato Estero (V. Elenco A). Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), si deve riportare solo il codice ISTAT della Provincia di residenza (primi <i>3 caratteri</i> ).
12	<b>REGIONE E AZIENDA USL DI RESIDENZA MADRE</b>	Codice identificativo della Regione ( <i>3 caratteri</i> ) e dell'Azienda USL di residenza ( <i>3 crt.</i> ). Voce da non compilare per le donne residenti all'estero.
13	<b>TITOLO DI STUDIO MADRE</b>	Codice da riportare ( <i>1 carattere</i> ): 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

14	<b>CONDIZIONE PROFESSIONALE MADRE</b>	<p>Codice a <u>3 caratteri</u> per individuare: la condizione professionale (<i>I cifra</i>), la posizione nella professione (<i>II cifra</i>) ed il ramo di attività economica (<i>III cifra</i>). <u>La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (<b>occupato</b>)</u>.</p> <p><u>I cifra:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>occupata</li> <li>disoccupata</li> <li>in cerca di prima occupazione</li> <li>studentessa</li> <li>casalinga</li> <li>altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc.)</li> </ol> <p><u>II cifra</u> (se occupata):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>imprenditrice o libera professionista</li> <li>altra lavoratrice autonoma</li> <li>lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva</li> <li>lavoratrice dipendente: impiegata</li> <li>lavoratrice dipendente: operaia</li> <li>altra lavoratrice dipendente (apprendista, lavorante a domicilio, ecc.)</li> </ol> <p><u>III cifra</u> (se occupata):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>agricoltura, caccia e pesca</li> <li>industria</li> <li>commercio, pubblici servizi, alberghi</li> <li>pubblica amministrazione</li> <li>altri servizi privati</li> </ol>
15	<b>STATO CIVILE MADRE</b>	<p>Codice da riportare (<u>1 carattere</u>):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>nubile</li> <li>coniugata</li> <li>separata</li> <li>divorziata</li> <li>vedova</li> </ol>
16	<b>SE CONIUGATA: DATA DEL MATRIMONIO</b>	Indicare mese ed anno ( <u>6 caratteri</u> ) dell'unico o ultimo matrimonio.
17	<b>PRECEDENTI CONCEPIMENTI</b>	Indicare se la donna ha avuto, prima del presente parto, precedenti concepimenti ( <u>1 carattere</u> ):
18	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO PARTI PRECEDENTI</b>	<p>1. SI</p> <p>2. NO</p> <p><u>Nel caso di precedenti concepimenti = SI</u>, indicare il numero di parti (nati vivi, nati morti, tagli cesarei) avuti dalla donna precedentemente al presente (<u>2 caratteri</u>).</p>
19	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO NATI VIVI</b>	<u>Nel caso di precedenti concepimenti = SI</u> , indicare il numero di nati vivi avuti dalla donna, da precedenti parti ( <u>2 caratteri</u> ).
20	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO NATI MORTI</b>	<u>Nel caso di precedenti concepimenti = SI</u> , indicare il numero di nati morti avuti dalla donna da precedenti parti ( <u>nato morto è il feto deceduto prima della nascita, dal 181° giorno di gestazione</u> ) ( <u>2 caratteri</u> ).
21	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO ABORTI SPONTANEI</b>	<u>Nel caso di precedenti concepimenti = SI</u> , indicare il numero di eventuali aborti spontanei ( <u>aborto spontaneo è il feto deceduto prima del 180° giorno "compiuto" di gestazione</u> ) ( <u>2 caratteri</u> ).
22	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO I.V.G.</b>	<u>Nel caso di precedenti concepimenti = SI</u> , indicare il numero di eventuali interruzioni volontarie della gravidanza ( <u>2 caratteri</u> ).
23	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO TAGLI CESAREI</b>	<u>Nel caso di precedenti concepimenti = SI</u> , indicare il numero di tagli cesarei nei precedenti parti ( <u>2 caratteri</u> ).
24	<b>DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE</b>	Indicare la data (gg/mm/aaaa) dell'ultimo parto precedente ( <u>8 caratteri</u> ).
25	<b>DATA DI NASCITA PADRE</b>	<u>8 caratteri</u> (gg/mm/aaaa)
26	<b>CITTADINANZA PADRE</b>	<p>Codice a <u>3 caratteri</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 per la cittadinanza italiana;</li> <li>- codice Stato estero (V. Elenco A).</li> </ul>



27	<b>COMUNE DI NASCITA PADRE</b>	Codice ISTAT (primi <u>3 caratteri</u> per la Provincia e ulteriori <u>3 caratteri</u> per il singolo Comune della Provincia).
28	<b>TITOLO DI STUDIO PADRE</b>	Codice da riportare ( <u>1 carattere</u> ): 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
29	<b>CONDIZIONE PROFESSIONALE PADRE</b>	Codice a <u>3 caratteri</u> per individuare: la condizione professionale ( <u>I cifra</u> ), la posizione nella professione ( <u>II cifra</u> ) ed il ramo di attività economica ( <u>III cifra</u> ). <u>La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (occupato).</u>  <u>I cifra:</u> 1. occupato 2. disoccupato 3. in cerca di prima occupazione 4. studente 5. casalingo 6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.)  <u>II cifra (se occupato):</u> 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, lavorante a domicilio, ecc.)  <u>III cifra (se occupato):</u> 1. agricoltura, caccia e pesca 2. industria 3. commercio, pubblici servizi, alberghi 4. pubblica amministrazione 5. altri servizi privati
30	<b>CONSANGUINEITÀ TRA PADRE E MADRE (GRADO)</b>	<u>Voce da non compilare in caso di non-consanguineità</u> ; nel caso di consanguineità tra i genitori indicare se ( <u>1 carattere</u> ): 1. sono parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle); 2. sono parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/figlio di un suo primo cugino); 3. sono parenti di 6° grado (secondi cugini).
<b>SEZIONE B: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA</b>		
31	<b>VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA</b>	Specificare il numero di visite di controllo effettuate durante la gravidanza ( <u>1 carattere</u> ). Se superiore a 9, indicare 9.
32	<b>PRIMA VISITA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA (A SETTIMANE)</b>	Numero di settimane "compiute" nella quale è avvenuta la prima visita (di accertamento e controllo) nella gravidanza ( <u>2 caratteri</u> ).
33	<b>NUMERO DI ECOGRAFIE</b>	Specificare il numero di ecografie effettuate in gravidanza ( <u>1 carattere</u> ). Se superiore a 9, indicare 9.
34	<b>SERVIZIO UTILIZZATO IN GRAVIDANZA</b>	Indicare se la gravidanza è stata seguita <b>prevalentemente</b> da ( <u>1 carattere</u> ): 8. ginecologo/a privato/a 9. ostetrico/a privato/a 10. consultorio familiare pubblico 11. ambulatorio ospedaliero pubblico 12. ambulatorio ospedaliero pubblico "gravidanza a rischio" 13. consultorio familiare privato 14. nessuno
35	<b>INDAGINI PRENATALI: AMNIOCENTESI</b>	Indicare l'effettuazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO

36	<b>INDAGINI PRENATALI: VILLI CORIALI</b>	Indicare l'effettuazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
37	<b>INDAGINI PRENATALI: FETOSCOPIA/FUNIColocENTESI</b>	Indicare l'effettuazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
38	<b>INDAGINI PRENATALI: ECOGRAFIA &gt; 22 SETTIMANE</b>	Indicare l'effettuazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
39	<b>DECORSO GRAVIDANZA</b>	Indicare se la gravidanza ha avuto un decorso ( <u>1 carattere</u> ): 1. fisiologico 2. patologico  Per gravidanza a decorso patologico si intende <i>la gravidanza in cui si sia verificata morbilità materno-fetale</i> .
40	<b>E' STATA RICOVERATA DURANTE LA GRAVIDANZA?</b>	Indicare ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
41	<b>DIFETTO ACCRESIMENTO FETALE</b>	Per difetto di accrescimento si intende il <i>rallentato accrescimento intrauterino (valori inferiori al 10° percentile) diagnosticato in fase prenatale</i> ( <u>1 carattere</u> ): 3. SI 4. NO
42	<b>CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA</b>	Indicare se il concepimento ha avuto luogo con l'applicazione di una tecnica di procreazione medico-assistita ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
43	<b>SE SI: METODO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA</b>	<b>Solo nel caso</b> il concepimento sia avvenuto attraverso l'utilizzo di tecniche di riproduzione medico-assistita, specificare il metodo seguito ( <u>1 carattere</u> ): 1. solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione; 2. IUI (Intra Uterine Insemination: <i>trasferimento di gameti maschili nella cavità uterina</i> ); 3. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer: <i>trasferimento di gameti maschili e femminili nelle Tube di Falloppio, generalmente per via laparoscopica</i> ); 4. FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer: <i>fecondazione in vitro e trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero</i> ); 5. ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection: <i>fecondazione in vitro tramite iniezione di uno spermatozoo nel citoplasma di un ovocita ed il trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero</i> ); 6. altre tecniche.
44	<b>DATA ULTIMA MESTRUAZIONE</b>	<u>8 caratteri</u> (gg/mm/aaaa)
45	<b>ETÀ GESTAZIONALE STIMATA (SETTIMANE COMPIUTE)</b>	Riportare l'età gestazionale stimata (in settimane compiute di amenorrea) ( <u>2 caratteri</u> ) solo se: - non è conosciuta la data dell'ultima mestruazione (precedente voce 44); - è stata effettuata una ridatazione (ecografica e/o clinica con punteggio neonatale), che ha comportato una ridefinizione dell'età gestazionale.
<b>SEZIONE C: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO</b>		
<b>SEZIONE C1: PARTO</b>		
46	<b>LUOGO DEL PARTO</b>	Indicare se il parto è avvenuto in ( <u>1 carattere</u> ): 1. istituto di cura pubblico o privato 2. abitazione privata 3. altra struttura di assistenza (casa di maternità) 4. altrove (strada, mezzi trasporto, ecc.)

47	<b>MODALITÀ DEL TRAVAGLIO</b>	Indicare se ( <u>1 carattere</u> ): 1. travaglio spontaneo 2. travaglio indotto
48	<b>SE TRAVAGLIO INDOTTO: TIPO DI INDUZIONE</b>	Solo nel caso di travaglio indotto, indicare se ( <u>1 carattere</u> ): 1. con prostaglandine 2. con ossitocina 3. con altro farmaco 4. amnioressi
49	<b>PRESENTAZIONE DEL NEONATO</b>	Indicare ( <u>1 carattere</u> ): 1. vertice 2. podice 3. fronte 4. bregma 5. faccia 6. spalla
50	<b>PARTO PILOTATO</b>	Indicare effettuazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
51	<b>MODALITÀ DEL PARTO</b>	Indicare se il parto è avvenuto ( <u>1 carattere</u> ): 1. per via vaginale 2. con taglio cesareo fuori travaglio "non urgente" 3. con taglio cesareo in travaglio 4. con uso forcipe 5. con uso ventosa 6. in altro modo 7. con taglio cesareo fuori travaglio "urgente"
52	<b>DATA DEL PARTO</b>	Indicare la data del parto (giorno, mese, anno, ora, minuti) ( <u>12 caratteri</u> )
53	<b>GENERE DEL PARTO</b>	Indicare se trattasi di ( <u>1 carattere</u> ): 1. parto semplice 2. parto plurimo
54	<b>SE PARTO PLURIMO: MASCHI NATI</b>	<u>Nel caso di parto plurimo</u> , indicare il numero nati di sesso maschile ( <u>1 carattere</u> ).
55	<b>SE PARTO PLURIMO: FEMMINE NATI</b>	<u>Nel caso di parto plurimo</u> , precisare il numero nati di sesso femminile ( <u>1 carattere</u> ).
56	<b>PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza dell' <b>ostetrica/o</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
57	<b>PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza del <b>ginecologa/o</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
58	<b>PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza del <b>pediatra/neonatologo</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
59	<b>PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza dell' <b>anestesista</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
60	<b>PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza dell' <b>infermiera/e neonatale</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
61	<b>ALTRO PERSONALE PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza di altro <b>personale sanitario o tecnico</b> ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO

62	<b>PRESENZA IN SALA PARTO</b>	Indicare se in sala parto era presente una tra le persone indicate ( <u>1 carattere</u> ): 1. padre del neonato 2. altra persona di famiglia della partoriente 3. altra persona di fiducia della partoriente 4. nessuno
63	<b>PROFILASSI RH</b>	Indicare l'effettuazione o meno della profilassi ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
<b>SEZIONE C2: NEONATO</b> (in caso di parto plurimo, la sezione va compilata per ogni nato)		
64	<b>SESSO</b>	Indicare ( <u>1 carattere</u> ): 1. maschio 2. femmina
65	<b>TIPO GENITALI ESTERNI</b>	Indicare ( <u>1 carattere</u> ): 1. maschili 2. femminili 3. indeterminati
66	<b>NUMERO D'ORDINE DEL NATO NEL PRESENTE PARTO</b>	Nel caso di parto plurimo indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti ( <u>1 carattere</u> ).
67	<b>PESO</b>	Indicare il peso in grammi ( <u>4 caratteri</u> )
68	<b>LUNGHEZZA</b>	Indicare la lunghezza in centimetri ( <u>2 caratteri</u> )
69	<b>CIRCONFERENZA CRANICA</b>	Indicare la circonferenza cranica in centimetri ( <u>2 caratteri</u> )
70	<b>VITALITÀ (SE NATO MORTO, COMPILARE LA SEZ. D)</b>	Specificare se trattasi di: ( <u>1 carattere</u> ) 1. nato vivo 2. nato morto
71	<b>PUNTEGGIO APGAR DOPO 5 MINUTI DALLA NASCITA</b>	Indicare il punteggio attribuito al neonato dopo 5 minuti secondo il metodo di Apgar ( <u>2 caratteri</u> )
72	<b>NECESSITÀ DI RIANIMAZIONE</b>	Indicare se si presenta la necessità di rianimare il neonato ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI: ventilazione manuale 2. SI: intubazione 3. NO
73	<b>PRESENZA DI MALFORMAZIONE (SE SI, COMPILARE LA SEZ. E)</b>	Indicare l'eventuale presenza di malformazione ( <u>1 carattere</u> ): 1. SI 2. NO
<b>SEZIONE D: INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ</b>		
74	<b>MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO</b>	Indicare la condizione morbosa principale del <b>feto</b> utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> )(*)
75	<b>DESCRIZIONE MALATTIA PRINCIPALE DEL FETO</b>	Descrizione ( <u>40 caratteri</u> )
76	<b>ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO</b>	Indicare altra condizione morbosa del <b>feto</b> utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> )(*)
77	<b>DESCRIZIONE ALTRA MALATTIA DEL FETO</b>	Descrizione ( <u>40 caratteri</u> )
78	<b>MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE</b>	Indicare la condizione morbosa principale <b>materna</b> (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM ( <u>5 caratteri</u> )(*)

79	<b>DESCRIZIONE MALATTIA PRINCIPALE DELLA MADRE</b>	Descrizione ( <i>40 caratteri</i> )
80	<b>ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE</b>	Indicare altra condizione morbosa <b>materna</b> (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ) (*)
81	<b>DESCRIZIONE ALTRA MALATTIA DELLA MADRE</b>	Descrizione ( <i>40 caratteri</i> )
82	<b>ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE</b>	Indicare altra circostanza rilevante che, a giudizio del medico, pur non rientrando nelle voci precedenti, risulta rilevante ai fini del decesso. Codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ) (*)
83	<b>DESCRIZIONE ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE</b>	Descrizione ( <i>40 caratteri</i> )
84	<b>MOMENTO DELLA MORTE</b>	Indicare se la morte è avvenuta ( <i>1 carattere</i> ): 1. prima del travaglio 2. durante il travaglio 3. durante il parto (periodo espulsivo) 4. momento morte sconosciuto
85	<b>ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI IN CASO DI MALFORMAZIONE</b>	<u>Nel caso in cui il feto presenti delle malformazioni</u> , indicare se sono stati effettuati o meno esami strumentali ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
86	<b>ESECUZIONE FOTOGRAFIE IN CASO DI MALFORMAZIONE</b>	<u>Nel caso in cui il feto presenti delle malformazioni</u> , indicare se sono state effettuate o meno fotografie ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
87	<b>RISCONTRO AUTOPTICO</b>	Indicare ( <i>1 carattere</i> ): 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.
<b>SEZIONE E: INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI</b>		
88	<b>MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 1</b>	Indicare la condizione morbosa principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ). (*)
89	<b>MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 2</b>	Indicare la condizione morbosa principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ). (*)
90	<b>MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 3</b>	Indicare la condizione morbosa principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ). (*)
91	<b>CARIOTIPO DEL NATO (SE EFFETTUATO PRIMA DELLA NASCITA)</b>	Specificare per esteso la diagnosi citogenetica effettuata al fine di identificare anomalie cromosomiche numeriche e strutturali ( <i>40 caratteri</i> ). <u>In caso di assenza di anomalie nel cariotipo effettuato indicare "normale". Voce da non compilare in caso di mancata effettuazione del cariotipo prima della nascita.</u>
92	<b>ETÀ GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE</b>	Indicare l'età di gestazione, in settimane compiute ( <i>2 caratteri</i> ) in cui è stata diagnosticata la malformazione. <u>In caso di malformazioni multiple, fare riferimento alla malformazione principale.</u>
93	<b>ETÀ NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE</b>	Indicare l'età neonatale, in giorni compiuti ( <i>2 caratteri</i> ) in cui è stata diagnosticata la malformazione. <u>In caso di malformazioni multiple, fare riferimento alla malformazione principale. Non compilare nel caso in cui la malformazione sia stata diagnosticata in epoca gestazionale.</u>
94	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI FRATELLI/SORELLE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei fratelli/sorelle ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO

95	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI MADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nella madre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
96	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI PADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nel padre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
97	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI MADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei genitori madre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
98	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI PADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei genitori padre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
99	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI MADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni in altri parenti madre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 3. NO
100	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI PADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni in altri parenti padre ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
101	<b>MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 1</b>	Utilizzare il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ) per la malattia rilevante insorta durante la gravidanza. (*)
102	<b>DESCRIZIONE MALATTIA 1</b>	Descrizione malattia 1 ( <i>40 caratteri</i> ).
103	<b>MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 2</b>	Utilizzare il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ) per la malattia rilevante insorta durante la gravidanza. (*)
104	<b>DESCRIZIONE MALATTIA 2</b>	Descrizione malattia 2 ( <i>40 caratteri</i> ).

(\*) **N.B.** Le informazioni di carattere clinico riguardanti la madre, il feto e il nato, devono essere specificate per esteso e codificate utilizzando le voci e 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*; solo quando ciò non è possibile, utilizzare codici a *4 caratteri*. Per la descrizione sono disponibili *40 caratteri*.

"Il certificato viene redatto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell'Ostetrica/o del Medico che ha assistito al parto o del Medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita, per le sezioni A, B e C; a cura del Medico accertatore per le sezioni D e E" (**art. 1, punto 4 del decreto 16 luglio 2001, n. 349**).

**Le nuove informazioni (aggiunte e/o diversamente articolate rispetto allo schema ministeriale) sono riportate in corsivo grassetto**