

Allegato tecnico

REAL

- DATA BASE CLINICO REGIONALE DELLE ANGIOPLASTICHE CORONARICHE -

Indice

Premessa	2
1. AMBITO DI APPLICAZIONE	2
2. CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI	3
Sezione I – Sedute\	3
Sezione II – Eventi Avversi Intraprocedurali	11
Sezione III – Terapia Medica	13
Sezione IV – Device	15
3. TRACCIATI RECORD E CONTROLLI	16
Tabella A - Sedute	17
Tabella B - Eventi Avversi Intraprocedurali	20
Tabella C - Terapia Medica	20
Tabella D - Device	20
4. MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE	21
5. RITORNO INFORMATIVO	21
6. REFERENTI REGIONALI	22

Premessa

Il presente allegato tecnico è valido a partire dal 1° gennaio 2014.

Le informazioni devono essere trasmesse dalle Aziende Sanitarie e dalle Strutture private coinvolte al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali dell'Assessorato Politiche per la salute della Regione Emilia Romagna, secondo le caratteristiche e le modalità descritte nei seguenti punti:

1. Ambito di applicazione
2. Contenuti e codifica delle variabili
3. Tracciati Record e controlli
4. Modalità per l'invio dei dati e scadenze
5. Ritorno informativo

La rilevazione caratterizzata da periodicità semestrale, è costituita da 4 tabelle. Il flusso dei dati **non prevede l'invio al livello Regionale delle informazioni anagrafiche** sui pazienti.

1. AMBITO DI APPLICAZIONE

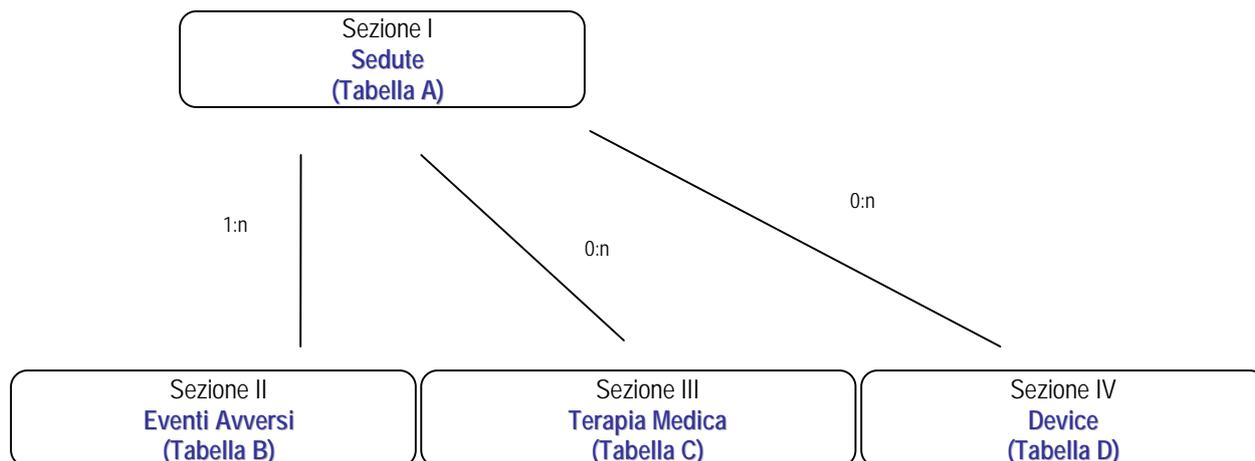
Il database regionale della angioplastiche coronariche (REAL) è stato istituito nel luglio del 2002 e vi confluiscono le informazioni sulle caratteristiche cliniche dei pazienti sottoposti ad interventi di angioplastica coronarica (PCI - Percutaneous Coronary Intervention) e sulle modalità tecniche di esecuzione dell'intervento. Alla raccolta dei dati partecipano tutti i **centri di emodinamica pubblici e privati accreditati** della Regione Emilia-Romagna.

Le principali finalità della rilevazione consistono nel monitoraggio e nella valutazione della qualità dell'assistenza erogata dai centri di emodinamica attraverso la creazione di indicatori di attività e di performance.

STRUTTURA DEL FLUSSO

La rilevazione è costituita da 4 sezioni:

- Sezione I - Sedute
- Sezione II - Eventi Avversi
- Sezione III - Terapia Medica
- Sezione IV - Device



Nel caso in cui i file si riferiscono ad una tabella senza informazioni (vedi le sezioni III – Terapia Medica, IV – Device), inviare comunque la tabella con i campi vuoti.

2. CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

Sezione I – Sedute

Chiave primaria: Codice Azienda, Codice Presidio, Sub-codice Stabilimento, Id. Seduta

Codice Azienda - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Codice dell'Azienda nel cui territorio è ubicato lo stabilimento dove è stata effettuata la seduta.

Codifica:

Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n°36 Anno 1994 (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie) e sue successive modifiche.

Codice Presidio - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico del Presidio ospedaliero dove è stata effettuata la seduta.

Codifica:

Codice Ministero della Sanità Modelli HSP 11 a 6 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

Sub-codice Stabilimento - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico dello Stabilimento dove è stata effettuata la seduta. Deve essere compilato solo da parte delle strutture pubbliche nel caso in cui più Stabilimenti facciano parte di un unico Presidio.

Codifica:

Codice Ministero della Sanità Modelli HSP 11bis a 2 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

Id. Seduta - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo della seduta. È univoco per Codice Istituto (Codice Presidio + Sub-codice Stabilimento).

Codifica:

Codice a 20 caratteri alfanumerici

Codice Azienda SDO - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Codice dell'Azienda nel cui territorio è ubicato lo stabilimento dove è avvenuto il ricovero.

Codifica:

Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n°36 Anno 1994 (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie) e sue successive modifiche.

Codice Presidio SDO - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico del Presidio ospedaliero dove è avvenuto il ricovero.

Codifica:

Codice Ministero della Sanità Modelli HSP 11 a 6 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

Progressivo SDO - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Numero progressivo della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) che identifica il ricovero; corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. **Su questo campo sarà effettuato un controllo di esistenza in Banca Dati SDO. In caso di SDO mancante ci sarà una segnalazione (R151), la scheda non dovrà essere re-inviata e ne verrà periodicamente controllata la presenza in Banca Dati SDO. L'inserimento nella Banca Dati REAL avverrà solo quando tale presenza sarà verificata.**

Codifica:

I primi due caratteri identificano l'anno di ricovero (**ANNO DI AMMISSIONE**), i successivi sei corrispondono alla numerazione progressiva del ricovero nell'anno; è assegnato al momento dell'ammissione.

Es: per una scheda con **ammissione** nel 2013 e numero progressivo 127 la codifica sarà 13000127

Nell'ambito di uno stesso ricovero (stesso Progressivo SDO) possono essere effettuate più sedute.

Data della seduta - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Codifica:

GGMMAAAA.

Tipo di Procedura - OBBLIGATORIO VINCOLANTE

Identifica la procedura eseguita.

Codifica:

- 1 = Coronarografia
- 2 = PCI
- 3 = TAVI
- 4 = Chiusura auricola sinistra
- 5 = Forame ovale pervio (PFO)

Condizioni cliniche al momento dell'esame - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA E PCI ESEGUITA PER SCA

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI eseguita nei casi con sindrome coronarica acuta (SCA)

Codifica:

- 1 = Compenso emodinamico
- 2 = Rantoli alle basi
- 3 = Edema polmonare acuto
- 4 = Shock cardiogeno

Arresto cardiaco - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA E PCI

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI.

Codifica:

- 0 = No
- 1 = Extra-ospedaliero
- 2 = Intra-ospedaliero

Intubazione - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA E PCI IN PRESENZA DI ARRESTO CARDIACO.

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI nei casi in cui si sia verificato un arresto cardiaco.

Codifica:

- 0 = No
- 1 = Si

Ipotermia - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA E PCI IN PRESENZA DI ARRESTO CARDIACO.

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI nei casi in cui si sia verificato un arresto cardiaco.

Codifica:

- 0 = No
- 1 = Si

Indicazione Procedura - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA E PCI

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI.

Codifica:

- 01 = STEMI (<=24h) non specificato ulteriormente
- 02 = STEMI <12 h
- 03 = STEMI 12-24 h
- 04 = STEMI >24h
- 05 = NSTEMI
- 06 = Angina instabile
- 07 = Angina stabile
- 08 = Sospetta cardiopatia ischemica
- 09 = Ischemia silente
- 10 = Pregresso infarto miocardico
- 11 = Procedura Staged
- 12 = Follow up programmato
- 13 = Cardiopatia dilatativa
- 14 = Cardiopatia valvolare
- 15 = Cardiomiopatia (esclusa miocardiopatia ischemica)
- 16 = Arresto cardiaco
- 22 = Trapianto cardiaco (già eseguito)
- 99 = Altro

Esito della coronarografia - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA E PCI

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI.

Codifica:

- 0 = Lesioni <50%
- 1 = Lesioni intermedie 50-70%
- 2 = Lesioni critiche >= 70%

Numero di vasi malati con stenosi critica >=50% (senza considerare il tronco comune) - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA E PCI

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI.

Codifica:

- Codice a 1 carattere numerico
- 0 - 3

Numero di vasi trattati (senza considerare il tronco comune) - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA e PCI

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI.

Codifica:

- Codice a 1 carattere numerico
- 0 - 3

Nel caso di PCI, se la procedura ha riguardato il tronco comune (ovvero se Malattia del tronco comune con stenosi critica = 2) allora il valore può essere uguale a 0; se NON viene trattato il tronco comune (ovvero se Malattia del tronco comune con stenosi critica = 0 oppure = 1), allora il valore deve essere > 0.

Malattia del tronco comune con stenosi critica - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA e PCI

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI.

Codifica:

- 0 = No
- 1 = Sì e non trattato
- 2 = Sì e trattato

Il valore 2 è ammissibile solo in caso di PCI.

Malattia dell'IVA prossimale con stenosi critica - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA e PCI

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI.

Codifica:

- 0 = No
- 1 = Sì e non trattata
- 2 = Sì e trattata

Il valore 2 è ammissibile solo in caso di PCI.

Risultato angiografico complessivo della procedura di PCI - OBBLIGATORIO SOLO PER PCI

Deve essere valorizzata solo per PCI.

Codifica:

- 1 = Successo completo
- 2 = Successo parziale (vaso principale)
- 3 = Insuccesso

Tipologia di lesione - OBBLIGATORIO SOLO PER PCI

Selezionare la tipologia più significativa tra le lesioni trattate. Deve essere valorizzata solo per PCI.

Codifica:

- 01 = De novo
- 02 = Ristenosi su POBA
- 03 = Ristenosi su BMS
- 04 = Ristenosi su DES
- 05 = Ristenosi su DEB (Drug-eluting balloon)
- 06 = Ristenosi su BRS (Biorassorbibile SCAFFOLD)
- 07 = Trombosi di DES
- 08 = Trombosi di BMS
- 09 = Trombosi su DEB (Drug-eluting balloon)
- 10 = Trombosi su BRS (Biorassorbibile SCAFFOLD)
- 11 = Dissezione iatrogena
- 12 = Dissezione spontanea (SCAD)

Frequenza cardiaca - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA E PCI ESEGUITA PER SCA

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI eseguita nei casi con sindrome coronarica acuta (SCA).

Codifica:

Codice a 3 carattere numerici
001 - 250

Pressione arteriosa sistolica - OBBLIGATORIO SOLO PER CORONAROGRAFIA E PCI ESEGUITA PER SCA

Deve essere valorizzata solo per Coronarografia e PCI eseguita nei casi con sindrome coronarica acuta (SCA).

Codifica:

Codice a 3 carattere numerici
001 - 300

Data di inizio dolore - OBBLIGATORIO SOLO PER PCI ESEGUITA PER STEMI

Deve essere valorizzata solo per PCI in presenza di STEMI.

Codifica:

GGMMAAAA

Orario di inizio dolore - OBBLIGATORIO SOLO PER PCI ESEGUITA PER STEMI

Deve essere valorizzata solo per PCI in presenza di STEMI.

Codifica:

HH:MM

Data del primo contatto medico - OBBLIGATORIO SOLO PER PCI ESEGUITA PER STEMI

Deve essere valorizzata solo per PCI in presenza di STEMI.

Codifica:

GGMMAAAA

Orario del primo contatto medico - OBBLIGATORIO SOLO PER PCI ESEGUITA PER STEMI

Deve essere valorizzata solo per PCI in presenza di STEMI.

Codifica:

HH:MM

Data di esecuzione ECG diagnostico - OBBLIGATORIO SOLO PER PCI ESEGUITA PER STEMI

Deve essere valorizzata solo per PCI in presenza di STEMI.

Codifica:

GGMMAAAA

Orario di esecuzione ECG diagnostico - OBBLIGATORIO SOLO PER PCI ESEGUITA PER STEMI

Deve essere valorizzata solo per PCI in presenza di STEMI.

Codifica:

HH:MM

Data del passaggio del filo guida - OBBLIGATORIO SOLO PER PCI ESEGUITA PER STEMI

Deve essere valorizzata solo per PCI in presenza di STEMI.

Codifica:

GGMMAAAA

Orario del passaggio del filo guida - OBBLIGATORIO SOLO PER PCI ESEGUITA PER STEMI

Deve essere valorizzata solo per PCI in presenza di STEMI.

Codifica:

HH:MM

Aorta a porcellana - OBBLIGATORIO SOLO PER TAVI

Deve essere valorizzata solo per TAVI.

Codifica:

0 = No
1 = Si

Torace ostile - OBBLIGATORIO SOLO PER TAVI

Deve essere valorizzata solo per TAVI.

Codifica:

- 0 = No
- 1 = Sì

Frailty (geriatric status scale) - OBBLIGATORIO SOLO PER TAVI

Scala di valutazione del livello di fragilità del paziente. Deve essere valorizzata solo per TAVI.

Codifica:

- 0 = Il paziente cammina senza aiuto , indipendente nelle attività quotidiane (mangiare, vestirsi, spostarsi...); continente vescicale e intestinale e nessun impedimento cognitivo
- 1 = Il paziente cammina senza aiuto , indipendente nelle attività quotidiane (mangiare, vestirsi, spostarsi...); continente intestinale ma non vescicale e nessun impedimento cognitivo
- 2 = Se, nel paziente, è presente una o più delle seguenti condizioni (due se incontinente): necessita di assistenza nelle attività giornaliere o negli spostamenti, incontinente vescicale o intestinale e impedimenti cognitivi senza demenza
- 3 = Se, nel paziente, sono presenti due delle seguenti (tre se incontinente): totalmente dipendente negli spostamenti, totalmente dipendente per una o più delle attività giornaliere

Area della valvola aortica - OBBLIGATORIO SOLO PER TAVI

Espressa in cm², deve essere valorizzata solo per TAVI.

Codifica:

Codice a 2 carattere numerici con decimale
0.1 - 3.0

Gradiente ecocardiografico medio - OBBLIGATORIO SOLO PER TAVI

Espressa in mm/Hg, deve essere valorizzata solo per TAVI.

Codifica:

Codice a 3 carattere numerici
010 - 150

Diametro anulus aortico ETT - OBBLIGATORIO SOLO PER TAVI

Espressa in mm, deve essere valorizzata solo per TAVI.

Codifica:

Codice a 2 carattere numerici
16 - 30

Euroscore logistico - OBBLIGATORIO SOLO PER TAVI

Indice per la valutazione del rischio operatorio dei pazienti sottoposti ad interventi di cardiocirurgia. Deve essere valorizzata solo per TAVI.

Codifica:

00.00 - 99.99

STS Score - OBBLIGATORIO SOLO PER TAVI

Indice per la valutazione del rischio operatorio dei pazienti sottoposti ad interventi di cardiocirurgia. Deve essere valorizzata solo per TAVI.

Codifica:

Codice a 3 carattere numerici con decimale
00.0 - 99.9

CHA₂DSVASC Score - OBBLIGATORIO SOLO PER CHIUSURA DELL'AURICOLA

Variabile che definisce il rischio emorragico del paziente secondo lo score CHA₂DSVASC. Deve essere valorizzata solo per procedure di Chiusura Auricola Sinistra.

Codifica:

Codice a 2 caratteri numerici
00 - 10

Controindicazioni alla TAO - OBBLIGATORIO SOLO PER CHIUSURA DELL'AURICOLA

Rappresenta la presenza di controindicazioni cliniche alla Terapia Anticoagulante Orale (TAO). Deve essere valorizzata solo per procedure di Chiusura Auricolare Sinistra.

Codifica:

- 00 = Nessuna
- 01 = Diatesi Emorragica
- 02 = Emorragia Cerebrale < 2 mesi
- 03 = Ulcera peptica attiva
- 04 = Sanguinamento recente gastrointestinale/genitourinario/respiratorio
- 05 = Severa insufficienza epatica o renale
- 06 = Ipertensione severa
- 07 = Allergia alla TAO
- 08 = Demenza
- 09 = Alcolismo
- 10 = Disturbi psichiatrici
- 99 = Altro

Esami diagnostici preprocedurali – Ecocardiografia trans-esofagea - OBBLIGATORIO SOLO PER CHIUSURA DELL'AURICOLA

Variabile che definisce se è stato eseguito l'esame diagnostico 'Ecocardiografia trans-esofagea' prima dell'effettuazione della procedura di chiusura dell'auricola. Deve essere valorizzata solo per procedure di Chiusura Auricolare Sinistra.

Codifica:

- 0 = No
- 1 = Sì

Indicazione al trattamento del PFO - OBBLIGATORIO SOLO PER FORAME OVALE PERVIO

Codifica:

- 01 = TIA/STROKE criptogenetico primo evento
- 02 = TIA/STROKE ricorrenti
- 03 = Embolia sistemica
- 04 = Malattia da decompressione dei subacquei
- 05 = Sindrome platipnea-ortodeossia
- 06 = Intervento in fossa cranica posteriore programmato
- 07 = Trapianto programmato
- 09 = Altro

Entità dello shunt - OBBLIGATORIO SOLO PER FORAME OVALE PERVIO

Codifica:

- 01 = 0-10 bolle
- 02 = >10 bolle
- 03 = Effetto doccia/tendina

Aneurisma del setto interatriale OBBLIGATORIO SOLO PER FORAME OVALE PERVIO

Codifica:

- 0 = No
- 1 = Sì

Tomografia computerizzata/ Risonanza magnetica OBBLIGATORIO SOLO PER FORAME OVALE PERVIO

Codifica:

- 00 = Non eseguita
- 01 = Lesione/i ischemica corticale o cortico-sottocorticale
- 02 = Lesione/i ischemica sottocorticale
- 03 = Lesione/i ischemica corticale o cortico-sottocorticale e Lesione/i ischemica sottocorticale

ROPE score - OBBLIGATORIO SOLO PER FORAME OVALE PERVIO

Questa variabile identifica il rischio di Stroke nei pazienti con PFO.

Codifica:

- Codice a 2 caratteri numerici
- 00 - 10

Posizione contabile OBBLIGATORIO VINCOLANTE

Questa variabile viene utilizzata per indicare che tipo di operazione tecnica si vuol eseguire sul record.

Codifica:

- 1 = Record appartenente all'invio di competenza – **Inserimento**
Questa codifica viene utilizzata per inserire nella Banca Dati Regionale i record afferenti al periodo corrente di invio.
- 2 = Record recuperato dal periodo precedente a quello d'invio – **Integrazione**
Questa codifica viene utilizzata per inserire nella Banca Dati Regionale record afferenti a periodi precedenti a quello corrente di invio. Viene utilizzata per integrare, entro l'anno, la Banca Dati Regionale con record frutto di ritardi nell'invio o di scarti prodotti dai controlli di 1° livello.
- 3 = Record già entrato nella Banca Dati Regionale ma che si intende modificare (entro l'anno) – **Variazione**
- 4 = Record già entrato nella Banca Dati Regionale ma che si vuole eliminare (entro l'anno) – **Eliminazione**

Sezione II – Eventi Avversi Intraprocedurali

Ad ogni seduta possono essere associati più eventi avversi, **o nessuno**. In questo caso, il record **dovrà comunque essere inviato** con il campo 'Codice Evento' valorizzato '000 = Nessun evento avverso rilevato'. Da compilare sono per eventi avversi avvenuti durante l'esecuzione della procedura.

Chiave primaria: Codice Azienda, Codice Presidio, Sub-codice Stabilimento, Id. Seduta, Id. Evento

Codice Azienda - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Codice dell'Azienda nel cui territorio è ubicato lo stabilimento dove è stata effettuata la seduta.

Codifica:

Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n°36 Anno 1994 (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie) e sue successive modifiche.

Codice Presidio - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico del Presidio ospedaliero dove è stata effettuata la seduta.

Codifica:

Codice Ministero della Sanità Modelli HSP 11 a 6 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

Sub-codice Stabilimento - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico dello Stabilimento dove è stata effettuata la seduta. Deve essere compilato solo da parte delle strutture pubbliche nel

caso in cui più Stabilimenti facciano parte di un unico Presidio.

Codifica:

Codice Ministero della Sanità Modelli HSP 11bis a 2 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

Id. Seduta - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo della seduta. È univoco per Codice Stabilimento.

Insieme a Codice Azienda e Codice Stabilimento è chiave esterna con la tabella Sedute (Sezione I).

Codifica:

Codice a 20 caratteri alfanumerici

Id. Evento - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico per un evento avverso. È univoco per Id. seduta.

Codifica:

01-99

Codice Evento - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Variabile che identifica gli eventi avversi (complicanze) occorsi.

Codifica:

000	=	Nessun evento avverso rilevato
011	=	Dissezione coronarica persistente e flusso-limitante
012	=	Occlusione totale (da qualsiasi causa)
013	=	Occlusione di collaterale
014	=	Perforazione coronarica
015	=	Effusione pericardica/tamponamento con necessità di drenaggio (Tamponamento cardiaco)
016	=	Spasmo coronarico
017	=	Perdita dello stent
018	=	No flow/slow flow phenomenon
019	=	Embolizzazione coronarica distale
0110	=	Blocco di branca destra
0111	=	Blocco di branca sinistra
0112	=	Sopraslivellamento persistente ST
0113	=	Sottoslivellamento persistente ST
0114	=	Blocco atrio-ventricolare
0301	=	Evento cerebrovascolare (TIA o Ictus)
041	=	Reazione allergica al mezzo di contrasto
047	=	Dissezione aortica
048	=	Blocco atrio-ventricolare persistente (Blocco di conduzione richiedente pacing)

- 049 = Cardioversione elettrica
- 0410 = Intubazione tracheale
- 0411 = Shock cardiogeno (shock indotto dalla procedura)
- 080 = Trombosi acuta coronarica (inclusa trombosi di stent)
- 100 = Arresto cardiaco non fatale
- 200 = Decesso avvenuto in sala operatoria
- 999 = Altro

Data dell'evento - OBBLIGATORIO AL VERIFICARSI DI UN EVENTO AVVERSO

Codifica:

GGMMAAAA.

Sezione III – Terapia Medica

Questa tabella deve essere valorizzata solo per procedure di Coronarografia o PCI eseguita nei casi con sindrome coronarica acuta (SCA). In questi casi, ad ognuna delle suddette tipologie di procedura, dovrà essere associato **almeno un farmaco** per tipologia.

Chiave primaria: Codice Azienda, Codice Presidio, Sub-codice Stabilimento, Id. Seduta, Farmaco

Codice Azienda - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Codice dell'Azienda nel cui territorio è ubicato lo stabilimento dove è stata effettuata la seduta.

Codifica:

Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n°36 Anno 1994 (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie) e sue successive modifiche.

Codice Presidio - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico del Presidio ospedaliero dove è stata effettuata la seduta.

Codifica:

Codice Ministero della Sanità Modelli HSP 11 a 6 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

Sub-codice Stabilimento - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico dello Stabilimento dove è stata effettuata la seduta. Deve essere compilato solo da parte delle strutture pubbliche nel

caso in cui più Stabilimenti facciano parte di un unico Presidio.

Codifica:

Codice Ministero della Sanità Modelli HSP 11bis a 2 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

Id. Seduta - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico per la seduta. È univoco per Codice Stabilimento.

Insieme a Codice Azienda e Codice Stabilimento è chiave esterna con la tabella Sedute (Sezione I).

Codifica:

Codice a 20 caratteri alfanumerici

Farmaco - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

E' necessario mettere almeno un codice per ognuna delle 4 tipologie di farmaco (AC, AP, GPI, AO) con la possibilità di mettere 00 = nessun farmaco. E' possibile inserire più farmaci per la stessa tipologia, avere una sola tipologia di farmaco oppure nessuna.

Codifica:

ANTICOAGULANTI:

nessuno	AC00
eparina	AC01
enoxaparina	AC02
bivalirudina	AC03
fondaparinux	AC04

ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI

nessuno	AP00
ASA	AP01
ticlopidina	AP02
clopidogrel	AP03
prasugrel	AP04
ticagrelor	AP05
dipiridamolo	AP06
indobufene	AP07
cangrelor	AP08

GPI

nessuno	GPI00
abciximab	GPI01
tirofiban	GPI02
eptifibatide	GPI03

FARMACI ANTICOAGULANTI ORALI

nessuno	AO00
warfarin	AO01
dicumarolo	AO02
dabigatran	AO03
rivaroxaban	AO04
apixaban	AO05
edoxaban	AO06

Temporizzazione della somministrazione - OBBLIGATORIO SE SOMMINISTRATO

Identifica il momento in cui il farmaco è stato somministrato. Essendo possibile somministrare un farmaco in tempi diversi deve essere segnalata quando è stata eseguita la prima somministrazione. Non deve essere considerata l'eventuale terapia seguita dal paziente prima del ricovero.

Codifica:

- 1 = Pre-ospedalizzazione (118/PS)
- 2 = Pre-procedura
- 3 = Intra-procedura
- 4 = Post-procedura

Sezione IV – Device

Questa tabella deve essere valorizzata solo per procedure di PCI, TAVI, Chiusura dell'Auricola Sinistra o PFO. Se effettuata, ad ognuna delle suddette tipologie di procedura dovrà essere associato **almeno un** device.

Chiave primaria: Codice Azienda, Codice Presidio, Sub-codice Stabilimento, Id. Seduta, Tipo Device, Identificativo di iscrizione al repertorio Device

Codice Azienda - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Codice dell'Azienda nel cui territorio è ubicato lo stabilimento dove è stata effettuata la seduta.

Codifica:

Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n°36 Anno 1994 (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie) e sue successive modifiche.

Codice Presidio - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico del Presidio ospedaliero dove è stata effettuata la seduta.

Codifica:

Codice Ministero della Sanità Modelli HSP 11 a 6 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

Sub-codice Stabilimento - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico dello Stabilimento dove è stata effettuata la seduta. Deve essere compilato solo da parte delle strutture pubbliche nel

caso in cui più Stabilimenti facciano parte di un unico Presidio.

Codifica:

Codice Ministero della Sanità Modelli HSP 11bis a 2 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

Id. Seduta - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Identificativo numerico per la seduta. È univoco per Codice Stabilimento.

Insieme a Codice Azienda e Codice Stabilimento è chiave esterna con la tabella Sedute (Sezione I).

Codifica:

Codice a 20 caratteri alfanumerici

Tipo Device - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Tipologia del dispositivo.

Codifica:

- 1 = Dispositivo medico di classe
- 2 = Dispositivo medico assemblato

Identificativo di iscrizione al repertorio Device - **OBBLIGATORIO VINCOLANTE**

Questa informazione è obbligatoria, alfanumerica. Indica l'identificativo di iscrizione al repertorio dei dispositivi medici.

Insieme a Tipo Device è chiave esterna con la Banca Dati Ministeriale dei Dispositivi Medici.

3. TRACCIATI RECORD E CONTROLLI

Nel tracciato di seguito descritto sono riportati in forma tabellare i campi che costituiscono il tracciato record del Flusso REAL a partire dalla procedura eseguite dal 1° gennaio 2014.

I contenuti delle colonne sono:

Id campo

Il primo carattere identifica la sezione a cui appartiene il campo, le due cifre seguenti indicano il numero progressivo del campo all'interno della sezione.

Nome

Termine ufficiale che identifica il campo.

Posizione

Posizione del primo carattere e dell'ultimo carattere del campo nell'ambito del tracciato.

Tipo

Definisce il formato del campo:

AN = alfanumerico

N = numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati devono essere importati con il valore "spazio".
I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere importate con il valore "zero".

Lunghezza

Numero di caratteri del campo

Grado di obbligatorietà

Codice che identifica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBB. VINC: campo obbligatorio e vincolante, se non valorizzato o valorizzato in modo errato il record viene scartato.

OBB: campo obbligatorio in determinate circostanze. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato.

FAC: campo facoltativo. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato.

Controlli logico formali

Controlli a cui le schede sono sottoposte prima di entrare in banca dati. I controlli sono di 1° livello (scarto) e di 2° livello (segnalazioni).

Tutti i campi obbligatori vincolanti devono essere valorizzati e validi.

Tutti i campi obbligatori se valorizzati devono essere validi.

Tutti i campi facoltativi se valorizzati devono essere validi.

Il programma regionale dei controlli inoltre fornisce errori di 2° livello (segnalazioni), questi errori non producono scarto.

Tutte le tabelle utili al Flusso sono disponibili sul sito internet del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali:

www.saluter.it/siseps

cliccando su Database Clinici - Procedure Cardiologiche di Angioplastica Coronarica (REAL).

Di seguito vengono riportati i tracciati record delle 6 tabelle che alimentano il flusso REAL.

Tabella A - Sedute

Id. Campo	Nome	Posizione	Tipo	Lunghezza	Grado di Obbligatorietà	Controlli Logico Formali
A01	Codice Azienda	1-3	AN	3	OBB.VINC.	Valorizzato Valido
A02	Codice Presidio	4-9	AN	6	OBB.VINC.	Valorizzato Valido (deve riferirsi ad uno dei centri di emodinamica pubblici o privati della Regione) e congruente con Codice Azienda
A03	Sub Codice Stabilimento	10-11	AN	2	OBB.	Solo se la struttura di ricovero è uno stabilimento di un'Azienda Pubblica: Valido e congruente con il Codice Presidio
A04	Id. Seduta	12-31	AN	20	OBB.VINC.	Valorizzato
A05	Codice Azienda SDO	32-34	AN	3	OBB.VINC.	Valorizzato Valido
A06	Codice Presidio SDO	35-40	AN	6	OBB.VINC.	Valorizzato Valido e congruente con Codice Azienda SDO
A07	Progressivo SDO	41-48	N	8	OBB.VINC.	Valorizzato Numerico e diverso da zero Le prime 2 cifre si riferiscono all'anno di ammissione LA SCHEDA SDO DEVE ESISTERE NELLA BANCA DATI SDO ALTRIMENTI SEGNALAZIONE (R151)
A08	Data Seduta	49-56	N	8	OBB.VINC.	Formato GMMMAAAA Valorizzata Formalmente valida e compresa nel periodo di competenza
A09	Tipo Procedura	57	AN	1	OBB.VINC.	Valorizzato Valido
A10	Condizioni cliniche al momento dell'esame	58	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per Coronarografia ((vd. Tipo Procedura - Codice 1) e PCI eseguita per SCA (vd. Tipo Procedura - Codice 2 E Indicazione alla procedura - Codici da 01 a 06) Valido
A11	Arresto cardiaco	59	AN	1	OBB:	Valorizzato solo per Coronarografia e PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 1, 2) Valido
A12	Intubazione	60	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per Coronarografia e PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 1, 2) in presenza di arresto cardiaco (vd. Arresto cardiaco - Codici 1, 2) Valido
A13	Ipotermia	61	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per Coronarografia e PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 1, 2) in presenza di arresto cardiaco (vd. Arresto cardiaco - Codici 1, 2) Valido
A14	Indicazione Procedura	62-63	AN	2	OBB.	Valorizzato solo per Coronarografia e PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 1, 2) Valido
A15	Esito della coronarografia	64	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per Coronarografia e PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 1, 2) Valido
A16	Numero di vasi malati con stenosi critica >=50% (senza considerare il tronco comune)	65	N	1	OBB.	Valorizzato solo per Coronarografia e PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 1, 2) Numerico, compreso tra 0 e 3
A17	Numero di vasi trattati (senza considerare il tronco comune)	66	N	1	OBB.	Valorizzato solo per Coronarografia e PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 1, 2) Numerico compreso tra 0 e 3 Non deve essere superiore al numero di vasi malati. Nel caso di PCI, se la procedura ha riguardato il tronco comune (ovvero se Malattia del tronco comune con stenosi critica = 2) allora il valore può essere uguale a 0; se NON viene trattato il tronco comune (ovvero se Malattia del tronco comune con stenosi critica = 0 oppure = 1), allora il valore deve essere > 0.
A18	Malattia del tronco comune con stenosi critica	67	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per Coronarografia e PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 1, 2) Valido Il valore 2 è ammissibile solo per PCI
A19	Malattia dell'IVA prossimale con stenosi critica	68	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per Coronarografia e PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 1, 2) Valido Il valore 2 è ammissibile solo per PCI
A20	Risultato angiografico complessivo della procedura di PCI	69	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 2) Valido
A21	Tipologia di lesione	70-71	AN	2	OBB.	Valorizzato solo per PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 2) Valido

Id. Campo	Nome	Posizione	Tipo	Lunghezza	Grado di Obbligatorietà	Controlli Logico Formali
A22	Frequenza cardiaca	72-74	N	3	OBB.	Valorizzato solo per Coronarografia ((vd. Tipo Procedura - Codice 1) e PCI eseguita per SCA (vd. Tipo Procedura - Codice 2 E Indicazione alla procedura – Codici da 01 a 06) Numerico compreso tra 1 e 250
A23	Pressione arteriosa sistolica	75-77	N	3	OBB.	Valorizzato solo per Coronarografia ((vd. Tipo Procedura - Codice 1) e PCI eseguita per SCA (vd. Tipo Procedura - Codice 2 E Indicazione alla procedura – Codici da 1 a 6) Numerico compreso tra 1 e 300
A24	Data di inizio dolore	78-85	AN	8	OBB.	Formato GMMMAAAA Valorizzata per PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 2) eseguita per STEMI (vd. Indicazione Procedura - Codici 01 – 04) Formalmente valida
A25	Orario di inizio dolore	86-90	AN	5	OBB.	Formato HHMM Valorizzata per PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 2) eseguita per STEMI (vd. Indicazione Procedura - Codici 01 -04) Formalmente valido. Può anche essere precedente al periodo di competenza (max 2 gg prima) Deve valere che: - Data/Ora inizio dolore ≤ Data/Ora primo contatto medico ≤ Data/Ora esecuzione ECG ≤ Data/Ora passaggio del filo guida - Per gli STEMI, la differenza tra Data/Ora passaggio del filo guida e Data/Ora inizio dolore deve essere compatibile con l'indicazione della procedura per STEMI (vd. Indicazione Procedura - Codici 01 - 04). Esempio: se l'indicazione alla procedura è 02 (STEMI<12h), la differenza tra Data/Ora passaggio del filo guida e Data/Ora inizio dolore non può essere >12h
A26	Data del primo contatto medico	91-98	AN	8	OBB.	Formato GMMMAAAA Valorizzata per PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 2) in presenza di STEMI (vd. Indicazione Procedura - Codici 01 – 04) Formalmente valido. Può anche essere precedente al periodo di competenza (max 1 gg prima)
A27	Orario del primo contatto medico	99-103	AN	5	OBB.	Formato HHMM Valorizzato per PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 2) in presenza di STEMI (vd. Indicazione Procedura - Codici 01 – 04) Formalmente valido. Deve valere che: Data/Ora inizio dolore ≤ Data/Ora primo contatto medico ≤ Data/Ora esecuzione ECG ≤ Data/Ora passaggio del filo guida
A28	Data di esecuzione ECG diagnostico	104-111	AN	8	OBB.	Formato GMMMAAAA Valorizzata per PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 2) in presenza di STEMI (vd. Indicazione Procedura - Codici 01 – 04) Formalmente valida. Può anche essere precedente al periodo di competenza (max 1 gg prima)
A29	Orario di esecuzione ECG diagnostico	112-116	AN	5	OBB.	Formato HHMM Valorizzato per PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 2) in presenza di STEMI (vd. Indicazione Procedura - Codici 01 – 04) Formalmente valido Deve valere che: Data/Ora inizio dolore ≤ Data/Ora primo contatto medico ≤ Data/Ora esecuzione ECG ≤ Data/Ora passaggio del filo guida
A30	Data del passaggio del filo guida	117-124	AN	8	OBB.	Formato GMMMAAAA Valorizzata per PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 2) in presenza di STEMI (vd. Indicazione Procedura - Codici 01 – 04) Formalmente valida. Se valorizzato, deve essere uguale a Data della Seduta
A31	Orario del passaggio del filo guida	125-129	AN	5	OBB.	Formato HHMM Valorizzato per PCI (vd. Tipo Procedura - Codice 2) in presenza di STEMI (vd. Indicazione Procedura - Codici 01 – 04) Formalmente valido Deve valere che: - Data/Ora inizio dolore ≤ Data/Ora primo contatto medico ≤ Data/Ora esecuzione ECG ≤ Data/Ora passaggio del filo guida - Per gli STEMI, la differenza tra Data/Ora passaggio del filo guida e Data/Ora inizio dolore deve essere compatibile con l'indicazione della procedura per STEMI (vd. Indicazione Procedura - Codici 01 - 04). Esempio: se l'indicazione alla procedura è 02 (STEMI<12h), la differenza tra Data/Ora passaggio del filo guida e Data/Ora inizio dolore non può essere >12h
A32	Aorta a porcellana	130	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per TAVI (vd. Tipo Procedura - Codice 3) Valido
A33	Torace ostile	131	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per TAVI (vd. Tipo Procedura - Codice 3) Valido

Id. Campo	Nome	Posizione	Tipo	Lunghezza	Grado di Obbligatorietà	Controlli Logico Formali
A34	Frailty (geriatric status scale)	132	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per TAVI (vd. Tipo Procedura - Codice 3) Valido
A35	Area della valvola aortica (parte intera)	133	N	1	OBB.	Valorizzato solo per TAVI (vd. Tipo Procedura - Codice 3) Numerico compreso tra 0 e 3
A36	Area della valvola aortica (parte decimale)	134	N	1	OBB.	Valorizzato solo per TAVI (vd. Tipo Procedura - Codice 3) Numerico compreso tra 0 e 9 Se la parte intera è uguale a 0, la parte decimale deve essere maggiore o uguale a 1. Se la parte intera è uguale a 3, la parte decimale deve essere uguale a 0
A37	Gradiente ecocardiografico medio	135-137	N	3	OBB.	Valorizzato solo per TAVI (vd. Tipo Procedura - Codice 3) Numerico compreso tra 10 e 150
A38	Diametro anulus aortico ETT	138-139	N	2	OBB.	Valorizzato solo per TAVI (vd. Tipo Procedura - Codice 3) Numerico compreso tra 16 e 30
A39	Euroscore logistico (parte intera)	140-141	N	2	OBB.	Valorizzato solo per TAVI (vd. Tipo Procedura - Codice 3) Numerico compreso tra 0 e 99
A40	Euroscore logistico (parte decimale)	142-143	N	2	OBB.	Valorizzato solo per TAVI (vd. Tipo Procedura - Codice 3) Numerico compreso tra 0 e 99
A41	STS score (parte intera)	144-145	N	2	OBB.	Valorizzato solo per TAVI (vd. Tipo Procedura - Codice 3) Numerico compreso tra 0 e 99
A42	STS score (parte decimale)	146	N	1	OBB.	Valorizzato solo per TAVI (vd. Tipo Procedura - Codice 3) Numerico compreso tra 0 e 9
A43	CHA ₂ DSVASC Score	147-148	N	2	OBB.	Valorizzato solo per Chiusura Auricola Sinistra (vd. Tipo Procedura - Codice 4) Numerico intero compreso tra 0 e 10.
A44	Controindicazioni alla TAO	149-150	AN	2	OBB.	Valorizzato solo per Chiusura Auricola Sinistra (vd. Tipo Procedura - Codice 4) Valido
A45	Esami Diagnostici Preprocedurali	151	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per Chiusura Auricola Sinistra (vd. Tipo Procedura - Codice 4) Valido
A46	Indicazione al trattamento del PFO	152-153	AN	2	OBB.	Valorizzato solo per PFO (vd. Tipo Procedura - Codice 5) Valido
A47	Entità dello shunt	154-155	AN	2	OBB.	Valorizzato solo per PFO (vd. Tipo Procedura - Codice 5) Valido
A48	Aneurisma del setto interatriale	156	AN	1	OBB.	Valorizzato solo per PFO (vd. Tipo Procedura - Codice 5) Valido
A49	Tomografia computerizzata/ Risonanza magnetica	157-158	AN	2	OBB.	Valorizzato solo per PFO (vd. Tipo Procedura - Codice 5) Valido
A50	ROPE score	159-160	N	2	OBB.	Valorizzato solo per PFO (vd. Tipo Procedura - Codice 5) Valido
A51	Posizione Contabile	161	AN	1	OBB.VINC.	Valorizzato Valido: 1. Record appartenente all'invio di competenza – inserimento . Questa codifica viene utilizzata per inserire in Banca dati regionale i record afferenti al periodo corrente di invio 2. Record recuperato dal periodo precedente a quello d'invio – integrazione . Questa codifica viene utilizzata per inserire in Banca dati regionale record afferenti a periodi precedenti a quello corrente di invio. Viene utilizzata per integrare, entro l'anno, la Banca dati regionali con record frutto di ritardi nell'invio o di scarti prodotti dai controlli di 1° livello 3. Record già entrato in banca dati ma che si intende modificare (entro l'anno) – variazione 4. Record già entrato in banca dati ma che si vuole eliminare definitivamente (entro l'anno) – eliminazione
A52	Filler	162-180	AN	19		Impostare a spazi

Tabella B - Eventi Avversi Intraprocedurali

Id. Campo	Nome	Posizione	Tipo	Lunghezza	Grado di Obbligatorietà	Controlli Logico Formali
B01	Codice Azienda	1-3	AN	3	OBB.VINC.	Valorizzato Valido
B02	Codice Presidio	4-9	AN	6	OBB.VINC.	Valorizzato Valido e congruente con Codice Azienda
B03	Sub Codice Stabilimento	10-11	AN	2	OBB.	Valorizzato solo da parte delle strutture pubbliche nel caso in cui più Stabilimenti facciano parte di un unico Presidio Valido e congruente con il Codice Presidio
B04	Id. Seduta	12-31	AN	20	OBB.VINC.	Valorizzato
B05	Id. Evento	32-33	N	2	OBB.VINC.	Valorizzato Numerico e diverso da zero
B06	Codice Evento	34-43	AN	10	OBB.VINC.	Valorizzato Valido Non ammissibile la presenza simultanea dei codici: - 000 e qualsiasi altro codice
B07	Data Evento	44-51	AN	8	OBB.	Formato GMMMAAAA Valorizzata se Codice Evento diverso da 00.0 Formalmente valida. Se valorizzata, non può essere antecedente alla Data della Seduta (Tabella A)
B08	Filler	52-70	AN	19		Impostare a spazi

Tabella C - Terapia Medica

Id. Campo	Nome	Posizione	Tipo	Lunghezza	Grado di Obbligatorietà	Controlli Logico Formali
D01	Codice Azienda	1-3	AN	3	OBB.VINC.	Valorizzato Valido
D02	Codice Presidio	4-9	AN	6	OBB.VINC.	Valorizzato Valido e congruente con Codice Azienda
D03	Sub Codice Stabilimento	10-11	AN	2	OBB.	Valorizzato solo da parte delle strutture pubbliche nel caso in cui più Stabilimenti facciano parte di un unico Presidio Valido e congruente con il Codice Presidio
D04	Id. Seduta	12-31	AN	20	OBB.VINC.	Valorizzato Deve riferirsi ad una Seduta per Coronarografia (vd. Tipo Procedura - Codice 1) e PCI eseguita per SCA (vd. Tipo Procedura - Codice 2 E Indicazione alla procedura – Codici da 01 a 06)
D05	Farmaco	32-36	AN	5	OBB.VINC.	Valorizzato Valido. Non è ammissibile la presenza simultanea dei codici: - AC00 e altri codici di farmaci anticoagulanti - AP00 e altri codici di farmaci antiaggreganti - GPI00 e altri codici di farmaci GPI - AO00 e altri codici di farmaci anticoagulanti orali
D06	Temporizzazione	37	AN	1	OBB.	Valorizzato se il farmaco è diverso da AC00, AP00, GPI00, AO00 (presenti tutti contemporaneamente) Valido
D07	Filler	38-60	AN	23		Impostare a spazi

Tabella D - Device

Id. Campo	Nome	Posizione	Tipo	Lunghezza	Grado di Obbligatorietà	Controlli Logico Formali
E01	Codice Azienda	1-3	AN	3	OBB.VINC.	Valorizzato Valido
E02	Codice Presidio	4-9	AN	6	OBB.VINC.	Valorizzato Valido e congruente con Codice Azienda
E03	Sub Codice Stabilimento	10-11	AN	2	OBB.	Valorizzato solo da parte delle strutture pubbliche nel caso in cui più Stabilimenti facciano parte di un unico Presidio Valido e congruente con il Codice Presidio
E04	Id. Seduta	12-31	AN	20	OBB.VINC.	Valorizzato
E05	Tipo Device	32	AN	1	OBB.VINC.	Valorizzato Valido (deve essere presente nella BD/RDM)
E06	Identificativo iscrizione alla BD/RDM	33-47	AN	15	OBB.VINC.	Valorizzato Valido (deve essere presente nella BD/RDM)
E07	Filler	48-70	AN	23		Impostare a spazi

