

Aggiornamento flusso informativo della SDO 2017

Decreto Assessoriale 456 del 13/03/2017 (GURS 31-3-2017)

Decreto Ministeriale 261 del 07/12/2016 (GURI 7-2-2017)

Presentazione Dr Sergio Buffa – Area Interdipartimentale 4
Dipartimento Pianificazione Strategica

**Assessorato Salute Regione Siciliana 30/03/2017
07/04/2017**

Portale RsSalute.it: disponibili tutte le normative, informazioni e tabelle necessarie per la corretta codifica di alcuni campi (comuni, asl/asp, regioni, interventi 4 AHRQ, reparti, etc.) ed il file con la nuova SDO per la stampa cartacea e relative istruzioni

Per tutto il 2017 rimane l'obbligo di trasmettere anche il flusso txt, come da tracciato del DA 632 del 11/04/2011 (GURS 03/06/2011)

Decorrenza: Gennaio 2017

Periodicità del flusso: mensile

Scadenza: giorno 10 del mese successivo per le cliniche e giorno 18 del mese successivo per le strutture pubbliche (primo invio:)

Specifiche del tracciato: quelle ministeriali con alcune modifiche (ID utente e CF anestesista e chirurghi); **Formato: XML**

Presentazione del layout della nuova SDO e delle istruzioni per la compilazione dei vari campi

Istruzioni per la compilazione dei vari campi

1.Istituto di cura (HSP11):

Il campo, che identifica l'Istituto di cura dal quale è dimesso il paziente, deve essere valorizzato con i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis.

Da riportare otto caratteri, dei quali i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma, i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua il singolo stabilimento del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis. Se l'istituto di cura si compone di un'unica sede, per gli ultimi due caratteri utilizzare il codice "00"

2.SDO n.:

Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui i primi due identificano l'anno di ricovero, gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura.

3.SDO della Puerpera: solo nella SDO del neonato nel ricovero dell'evento nascita riportare il numero della SDO della madre

Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui i primi due identificano l'anno di ricovero, gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno e dell'Istituto di cura.

4.Cognome:

riportare il cognome del paziente in maiuscolo

5.Nome:

riportare il cognome del paziente in maiuscolo

6.Sesso:

Valori ammessi 1 = maschio; 2 = femmina; 9 = non definito

7.Data di Nascita:

Indicare la data di nascita dell'assistito (il formato nel tracciato è GGMMAAAA)

8.Comune nascita:

Indicare in sequenza **la descrizione del comune di nascita, sigla della provincia e codice ISTAT**; il codice da utilizzare è definito dall'ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT. In caso di comune o Stato estero cessati, utilizzare il codice ISTAT in uso al momento della nascita.

Su RSSALUTE sono disponibili le tabelle dei comuni aggiornate

9.Identificativo paziente:

- Per i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice fiscale, a 16 caratteri (legge 412/91).
- Per i cittadini europei in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) indicare il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri, riportato nel retro della TEAM.
- Per i cittadini Europei non in possesso della TEAM e non iscrivibili al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice ENI (Europeo non iscritto) a 16 caratteri (Circolare Ministero della Salute 19 febbraio 2008).
- Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi D.P.R. 31.8.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000, n.5).
- Per gli stranieri richiedenti protezione internazionale deve essere riportato il codice fiscale provvisorio di 11 caratteri ai sensi circolare minist. 7404 del 7-3-2017.
- Per tutti i soggetti che non rientrano nelle precedenti definizioni il campo deve essere compilato con il carattere "X" ripetuto 20 volte (ricoveri in anonimato per i casi previsti, cittadini extraeuropei paganti, etc).

10.Presenza Codice: Valori ammessi:

0 = Codice identificativo valido (presente in banca dati)

1 = Codice identificativo errato (non presente in banca dati)

Nella fase transitoria del Sistema SDO il campo non va valorizzato, ma a regime sarà un campo obbligatorio.

11.Tipo Identificativo: Valori ammessi:

0 = Codice fiscale

1 = Codice STP

2 = Codice ENI

3 = Codice TEAM

99 = Codice non presente in banca dati

Nella fase transitoria del Sistema SDO il campo non va valorizzato, ma a regime sarà un campo obbligatorio.

12.ASL residenza:

Indicare il codice dell'ASP/ASL che comprende il comune o la frazione di comune in cui risiede l'assistito al momento del ricovero

13.Regione residenza:

indicare il codice ed il nome della regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente al momento del ricovero. Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, va indicato il codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.

14.Cittadinanza:

indicare il relativo codice a 3 caratteri definito dall'ISTAT (100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana o altro codice nel caso di cittadinanza in un paese estero).

15.Stato Civile:

Valori ammessi: **1** = Celibe/Nubile;
2 = Coniugato/a;
3 = Separato/a;
4 = Divorziato/a;
5 = Vedovo/a;
6 = Non dichiarato

16.Livello di istruzione:

Valori ammessi: **0** = Nessun titolo;
1 = Licenza elementare;
2 = Diploma di scuola media inferiore;
3 = Diploma di scuola media superiore;
4 = Diploma universitario o Laurea breve;
5 = Laurea o superiore;
9 = Non dichiarato (new)

17.Comune residenza:

Indicare il Comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto il paziente o, nel caso di paziente residente all'estero, lo Stato estero di residenza, al momento del ricovero.

In sequenza riportare la descrizione del comune di residenza, la sigla della provincia ed il codice ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune. Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dall'ISTAT.

Per i ricoveri riferiti all'evento nascita deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.

Per gli stranieri non residenti, ma domiciliati, iscritti al SSN, va inserito il codice del comune di iscrizione al SSN ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla ASL e la Regione di assistenza.

18. Parametri Assistiti: Compilare solo in presenza di tessera Team o documento STP/ENI (non previsti nel tracciato)

The image shows two Italian health insurance cards. The left card is a 'TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA' and the right card is a 'TESSERA SANITARIA'. Both cards have numbered callouts (1-5) pointing to specific fields. The left card has fields for Cognome, Nome, Data di nascita, Numero di identificazione personale, and Numero di identificazione della tessera. The right card has fields for Codice Fiscale, Data di scadenza, Cognome, Nome, Sesso, Luogo di nascita, Provincia, and Data di nascita.

Field	Value
3 Cognome	XXXXXXXXXX
4 Nome	XXXXXXX
5 Data di nascita	XX/XX/XXXX
6 Numero di identificazione personale	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
7 Numero di identificazione dell'istituzione	SSN-MIN. SALUTE XXXXXXXXXXXX
8 Numero di identificazione della tessera	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
9 Scadenza	XX/XX/XXXX

19. Regime ricovero: 1 = Ricovero ordinario; 2 = Ricovero diurno

20. Tipo ricovero: da compilare solo per i ricoveri ordinari, valori ammessi:

- 1 = ricovero programmato, non urgente;
- 2 = ricovero urgente;
- 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);
- 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione, durante la preospedalizzazione.
- 5 = parto non urgente (new).

Questa variabile non si compila per i ricoveri corrispondenti all'evento nascita (ovvero provenienza paziente="01").

In caso di trasferimento da altro istituto, il ricovero si intende programmato.

Attribuire il valore "2" anche ai parti urgenti e ai pazienti provenienti da OBI.

21. Onere degenza:

Con l'onere della degenza si deve specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero. Valori ammessi:

- 1** = ricovero a totale carico del SSN;
- 2** = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);
- 4** = ricovero senza oneri per il SSN;
- 5** = ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);
- 6** = ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);
- 7** = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN;
- 8** = ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
- A** = ricovero a carico del Ministero della Salute (dal 2017, prima era a carico del Ministero Interno) di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
- 9** = altro.

22. Provenienza assistito: Indicare l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero, valori ammessi:

- 01** = Ricovero al momento della nascita;
- 02** = Pronto soccorso;
- 03** = paziente inviato all'istituto di cura con proposta di un medico;
- 04** = ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura;
- 05** = paziente trasferito da un istituto di cura pubblico;
- 06** = paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato;
- 07** = paziente trasferito da un istituto di cura privato non accreditato;
- 08** = paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto di cura;
- 09** = Carcere;
- 10** = paziente proveniente da struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978);
- 11** = paziente che accede all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico e non proveniente da Pronto Soccorso;
- 12** = provenienza OBI;
- 99** = Altro

Nel tracciato txt il campo era ad un carattere (vedi trans-codifica su rssalute)

23.Data di Prenotazione:

La data di prenotazione deve essere compilata per tutti i ricoveri in regime diurno e per i ricoveri in regime ordinario di tipo programmato (con "tipo ricovero" valorizzato a "1" – ricovero programmato non urgente, oppure "4" – ricovero programmato con preospedalizzazione)

24.Motivo DH: Deve essere compilato soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codici 2 della variabile "regime di ricovero")

Valori ammessi: **1** = ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up);
2 = ricovero diurno chirurgico;
3 = ricovero diurno terapeutico;
4 = ricovero diurno riabilitativo.

25.Classe priorità: come per la data di prenotazione è *obbligatorio se Regime di Ricovero = 2 o se Regime di Ricovero = 1 e Tipo Ricovero = 1 o Tipo Ricovero = 4*)

A = Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

B = Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

C = Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

D = Ricovero senza attesa definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere trattati almeno entro 12 mesi.

La classe di priorità non si compila per tipo ricovero "5" – parto non urgente.

26.Numero Accessi DH: indicare il numero di accessi in DH (sia per i casi chirurgici che medici)

27.DATI DEL RICOVERO

- Riportare: data ed ora di ammissione, trasferimenti interni e/o esterni (fino a 15 nel tracciato) e dimissione

28.Disciplina UO e 29.Progressivo UO:

Per le strutture pubbliche ed equiparate i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; gli altri due caratteri indicano il progressivo divisione con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina (modello HSP12). Per le case di cura private (modello HSP13) i primi due caratteri identificano la specialità clinica/disciplina ospedaliera; per gli altri due caratteri utilizzare il codice "00".

30.Codice istituto: solo per i trasferimenti esterni indicare il codice della struttura (ove non compilato si intende che trattasi di trasferimento interno

31.Modalità dimissione:

Valori Ammessi

01 = nel caso in cui il paziente sia deceduto;

02 = dimissione ordinaria al domicilio del paziente;

03 = dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)

04 = dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal D.M. 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare";

05 = dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato);

06 = trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti;

07 = trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura;

08 = Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione.

09 = Dimissione ordinaria con attivazione di ADI

Nel tracciato txt il campo era ad un carattere (vedi trans-codifica su rsslute)

32.Riscontro autoptico: Deve essere compilato solo se
modalità di dimissione = '01" (deceduto)

Valore Ammessi 1 = autopsia eseguita ;2 = autopsia non eseguita.

33.Date dei singoli accessi in DH:

Indicare le date dei singoli accessi in DH, coerentemente con il numero di accessi riportato nel campo 26 (non si riporta nel tracciato; disponibili 42 spazi, qualora non sufficienti utilizzare un secondo/terzo modello SDO)

34.Diagnosi:

Indicare la diagnosi descrittiva (principale o secondaria). La diagnosi principale è identificata alla fine del ricovero come la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni, diverse dalla diagnosi principale, che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

35.Codice ICD9CM: Indicare il codice ICD-9-CM, versione correntemente in uso

36.Presente al ricovero:

specificare per ogni diagnosi (principale e secondaria) se era già presente al momento del ricovero (anche se diagnosticato nel corso del ricovero)

0 = No

1 = Sì

37.Lateralità:

Ove applicabile, specificare per ogni diagnosi (principale e secondaria) se si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale

Valori ammessi: 1 = Destra;

2 = Sinistra;

3 = Bilaterale

38. Stadiazione condensata:

Limitatamente alle neoplasie riportate in diagnosi principale o secondaria (codici ICD-9-CM 140.0-190.9 e 193-199.1) indica lo stadio della patologia.

Valori ammessi:

1 = tumore localizzato, confinato all'organo di origine;

2 = infiltrazione locale extraorgano;

3 = metastasi ai linfonodi regionali;

4 = infiltrazione locale extraorgano e metastasi ai linfonodi regionali;

5 = metastasi a distanza;

6 = metastasi ai linfonodi non regionali;

7 = non confinato all'organo di origine, ma non è noto se è 2, 3, 4, 5 o 6;

8 = nessuna invasione degli organi distanti, ma non è noto se è 1, 2, 3 o 4;

9 = ignoto

39. Rilevazione dolore:

Indica se è stata effettuata almeno una rilevazione del dolore durante il ricovero, secondo quanto previsto dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010.

Valori ammessi: **0** = No; **1** = Sì

40. Traumatismi-Intossicazioni:

Informazione che caratterizza la causa del ricovero, quando questo è causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione (presenza di diagnosi principale o secondaria cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89).

Valori ammessi:

1 = infortunio sul lavoro;

2 = infortunio in ambiente domestico;

3 = incidente stradale;

4 = violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);

5 = autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);

9 = altro tipo di incidente o di intossicazione.

41. Cod. E causa esterna

In tale campo deve essere inserito un codice E della Classificazione ICD-9-CM in presenza di diagnosi principale o secondaria con cod. ICD-9-CM 800-904, 910-995.89

42.Frazione di eiezione:

Indicare la frazione di eiezione pre-operatoria (espressa in percentuale) riportata in cartella clinica e rilevata nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o di intervento sulle valvole cardiache (codice ICD9- CM 35.1x-35.2x).

43.Peso alla nascita:

Peso rilevato al momento della nascita espresso in grammi, va riportato soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso.

44.Pressione arteriosa sistolica:

Riportare il primo valore di pressione arteriosa sistolica in millimetri di mercurio (mmHg) riportato in cartella clinica in ordine temporale dopo l'ammissione in reparto o al momento dell'accesso a pronto soccorso per i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso, con diagnosi di infarto acuto del miocardio (codice ICD9-CM 410.xx).

45.Creatinina Serica:

Inserire il valore di creatinina serica in milligrammi per decilitro (mg/dL) valore massimo accettabile 99,99 mg/dL.

Il campo deve essere compilato nei seguenti casi:

- 1) intervento chirurgico principale o secondario di by-pass aortocoronarico (codice ICD9-CM 36.1x) o sulle valvole cardiache (codice ICD9-CM 35.1x-35.2x). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento;
- 2) diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore (codice ICD9-CM 820.xx) e pazienti di età maggiore o uguale a 65 anni. Indicare il valore della creatinina serica (mg/dl) riportato in cartella clinica e rilevato al momento del ricovero in ospedale;
- 3) intervento chirurgico principale o secondario di sostituzione protesica totale o parziale (codici ICD-9 CM = 81.51, 81.52) o riduzione di frattura (codici ICD-9-CM: 79.00, 79.05, 79.10, 79.15, 79.20, 79.25, 79.30, 79.35, 79.40, 79.45, 79.50, 79.55). Indicare il valore pre-operatorio della creatinina serica (mg/dl), riportato in cartella clinica e rilevato nel momento più vicino possibile all'inizio dell'intervento.

46. Intervento:

Riportare la descrizione dell'intervento (o procedura) principale e degli interventi (o procedure) secondarie (fino ad un massimo di 10). L'intervento principale è la procedura effettuata nel corso del ricovero e individuata come quella maggiormente correlata alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quella che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.).

47. Codice ICD9CM: Indicare il codice ICD-9-CM

Gerarchia da rispettare:

- interventi chirurgici a cielo aperto
- interventi per via endoscopica e/o laparoscopica
- procedure ed interventi del primo capitolo 0 (angioplastica, inserzione stent, revisione protesi anca, etc.), codici da 00.01 a 00.93
- procedure che determinano l'attribuzione a specifici DRG (vedi slide successiva)
- procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica)
- procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore (codlci da 01.- a 86.-) (es. gastroscopia)
- altre procedure diagnostiche o terapeutiche del capitolo miscellanea (codici da 87 a 99), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (radioterapia, chemioterapia, trasfusioni, TAC, RMN, ecc.).

Procedure che determinano l'attribuzione a specifici DRG

87.53 colangiografia intraoperatoria
 88.52 angiocardigrafia del cuore destro
 88.53 angiocardigrafia del cuore sinistro
 88.54 angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro
 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi
 92.3 radiochirurgia stereotassica
 94.61 riabilitazione da alcool
 94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
 94.64 riabilitazione da farmaci
 94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
 94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci
 94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
 95.04 esame dell'occhio in anestesia
 96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
 96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
 96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
 98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica

48.Service:

Indicare se l'intervento (principale o secondario) è stato effettuato in modalità "in service" presso un istituto di cura diverso da quella in cui è ricoverato il paziente (sarà verificata la presenza del trasferimento esterno)

Valori ammessi: **0** = No;
1 = Sì

49.Check list:

Indicare se è stata compilata ed è presente in cartella clinica la check list per la sicurezza in sala operatoria, come previsto dalla normativa vigente (obbligatorio per interventi classe 4 AHRQ).

Valori ammessi **0** = No;
1 = Sì;
9 = Non Applicabile

50.Lateralità:

Ove applicabile, specificare se la procedura (principale o secondaria) si riferisce al lato destro, sinistro o bilaterale.

Valori ammessi: **1** = Destra;
2 = Sinistra;
3 = Bilaterale

51.CF Anestesista: (solo nel caso interventi del gruppo 4 della classificazione AHRQ)
Indicare il codice fiscale dell'anestesista

52.CF Chirurgo A: (solo nel caso interventi del gruppo 4 della classificazione AHRQ)
Indicare il codice fiscale del chirurgo A

53.CF Chirurgo B: (solo nel caso interventi del gruppo 4 della classificazione AHRQ)
Indicare il codice fiscale del chirurgo B

54.CF Chirurgo C: (solo nel caso interventi del gruppo 4 della classificazione AHRQ)
Indicare il codice fiscale del chirurgo C