



## Osservatorio Epidemiologico

---

# Linee guida 2013

per la gestione del sistema informativo  
per il monitoraggio dell'assistenza in  
regime di hospice

---

A cura dell'Osservatorio Epidemiologico Provinciale

Linee guida per la gestione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in regime di hospice

Marzo 2013

© Edito dalla:

Provincia Autonoma di Bolzano

Ripartizione Sanità

Osservatorio Epidemiologico Provinciale

Copie disponibili presso:

Ripartizione Sanità – Osservatorio Epidemiologico Provinciale

Via Canonico Michael Gamper, 1 – 39100 BOLZANO

Tel. 0471 – 41.80.40

Fax 0471 – 41.80.48

e-mail: [oepp@provincia.bz.it](mailto:oepp@provincia.bz.it)

Scaricabile dal sito internet:

<http://www.provincia.bz.it/oepp>

# INDICE

1. INTRODUZIONE .....	4
2. OBIETTIVI DELLA RILEVAZIONE .....	4
3. LE STRUTTURE CHE DEVONO COMPILARE IL FLUSSO.....	4
4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO.....	5
5. MODALITÀ E TEMPI DI TRASMISSIONE.....	6
5.1. Trasmissione al Ministero della Salute.....	6
5.2. Invio e chiusura degli archivi provinciali.....	6
6. CONTENUTO INFORMATIVO DEL FLUSSO HOSPICE VERSO IL MINISTERO.....	7
6.1. Tracciati .....	7
6.2. Specificazione delle variabili.....	8
7. CONTENUTO INFORMATIVO DEL FLUSSO HOSPICE VERSO SIAG .....	18
7.1. Tracciati .....	18
7.2. Specificazione delle variabili.....	19
8. COMPITI E RESPONSABILITÀ .....	32
9. SISTEMA DI CONTROLLO .....	33
ALLEGATO 1: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI A SIAG .....	34
ALLEGATO 2: TRACCIATO RECORD DELLA VISTA .....	42
ALLEGATO 3: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI.....	47
ALLEGATO 4: TRACCIATI PER L'INVIO DEI DATI AL MINISTERO .....	55

## 1. INTRODUZIONE

La Legge 15 marzo 2010, n. 38, recante le “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, prevede l’attivazione da parte del Ministero della Salute di una specifica rilevazione sui presidi ospedalieri e territoriali nonché sulle prestazioni assicurate in ciascuna regione dalle strutture del Servizio Sanitario Nazionale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere l’attivazione e l’integrazione delle due reti a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale.

La citata Legge 38/2010 prevede inoltre l’attivazione presso il Ministero della Salute del monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore connesso a malattie neoplastiche e croniche e degenerative, la fornitura da parte delle Regioni e delle Province Autonome di tutte le informazioni e i dati utili all’attività di monitoraggio del Ministero, nonché l’accesso da parte delle stesse al complesso dei dati e delle informazioni in possesso del Ministero della Salute.

Con il Decreto 6 giugno 2012 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza erogata presso gli Hospice” è attivato il monitoraggio degli interventi sanitari e socio-sanitari erogati presso le strutture di Hospice, intese come tali le strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti dal D.P.C.M. del 20 gennaio 2000.

Il sistema informativo Hospice è istituito nell’ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) presso il Ministero della Salute.

**In Provincia di Bolzano la rilevazione del flusso Hospice è attiva dal giugno 2011. Le presenti linee guida integrano ed adattano le precedenti indicazioni sul flusso Hospice alle disposizioni intervenute con l’approvazione del decreto 6 giugno 2012.**

## 2. OBIETTIVI DELLA RILEVAZIONE

Obiettivo della rilevazione sono gli **interventi sanitari e socio-sanitari erogati presso le strutture sanitarie in regime di Hospice**. Restano esclusi dalla rilevazione tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da “sostegno sociale” alla persona.

Sono da intendersi in regime di Hospice esclusivamente i ricoveri in quelle strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi definiti dal D.P.C.M. del 20 gennaio 2000.

## 3. LE STRUTTURE CHE DEVONO COMPILARE IL FLUSSO.

Il D.P.C.M. 20 gennaio 2000 definisce come centri residenziali di cure palliative le strutture facenti parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l’assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, prioritariamente, per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto.

In Provincia di Bolzano è prevista, nell’ambito del flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera, la possibilità di codificare singoli reparti di strutture eroganti assistenza palliative tramite il codice reparto 60.02. Per questi ricoveri è in vigore un regime di tariffazione separato da quello dei ricoveri ospedalieri in regime di degenza per acuti o post acuti.

Il codice 60.02 è attualmente utilizzato dal servizio di Hospice e cure palliative presso l'Ospedale di Bolzano e dalla Casa di Cura privata Fonte San Martino.

L'assistenza in regime di hospice non è soggetta al flusso informativo Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Le strutture provinciali tenute alla compilazione del flusso sono:

- **l'Ospedale di Bolzano (per la struttura semplice "Hospice-cure palliative")**
- **la Casa di Cura privata Fonte San Martino (per il reparto "Cure palliative")**

#### 4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO

Il flusso informativo fa riferimento alle seguenti informazioni:

- a) caratteristiche dell'assistito;
- b) informazioni precedenti la fase di presa in carico;
- c) informazioni legate alla fase di presa in carico;
- d) informazioni relative all'inizio dell'assistenza;
- e) principali segni e sintomi oggetto dell'assistenza;
- g) tipologia delle prestazioni erogate;
- h) informazioni relative alla fase di conclusione.

Le informazioni relative all'erogazione dell'assistenza ed i dati personali riferiti all'assistito non sono direttamente identificativi ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196.

Le informazioni devono essere rilevate per cittadini residenti e non residenti nel territorio e gli eventi idonei alla generazione e modifica delle stesse sono identificabili con le seguenti fasi del processo assistenziale presso gli Hospice:

- a) presa in carico;
- b) erogazione e conclusione.

Al momento della trasmissione dei dati alla Provincia ed al Ministero i cittadini saranno identificati da un **codice anonimo univoco** con processo di codifica coerente con quello degli altri flussi sanitari correnti in Provincia.

Il flusso dati per i ricoveri in regime di Hospice è alternativo al flusso dati della Scheda di Dimissione Ospedaliera. **I cittadini soggetti al trattamento in regime di Hospice non rientrano nel regime di ricovero ordinario per acuti e post acuti delle strutture eroganti.**

I ricoveri in regime di Hospice finiranno in ogni caso in **mobilità**, e quindi dovrà essere prevista una procedura per l'estrazione dei dati necessari da altri archivi.

La trasmissione dei dati alla Provincia sarà effettuata in modalità elettronica. La Provincia provvederà ad inoltrare il tracciato al Ministero della Salute secondo le specifiche stabilite dal Decreto 6 giugno 2012 e le indicazioni del NSIS.

## 5. MODALITÀ E TEMPI DI TRASMISSIONE

### 5.1. Trasmissione al Ministero della Salute

Il sistema Hospice viene alimentato con le informazioni relative all'assistenza erogata in regime di Hospice a partire dal 1 luglio 2012.

L'invio dei dati a NSIS avviene con **cadenza trimestrale** entro il mese successivo al trimestre di riferimento. Annualmente sono quindi previsti quattro invii:

- entro il 30 aprile per le dimissioni nel trimestre gennaio-marzo;
- entro il 31 luglio per le dimissioni nel trimestre aprile-giugno;
- entro il 30 ottobre per le dimissioni nel trimestre luglio-settembre;
- entro il 31 gennaio per le dimissioni nel trimestre ottobre-dicembre.

**Il primo invio dovrà avvenire entro il 30 ottobre 2012.**

Le trasmissioni del flusso Hospice seguiranno le procedure indicate negli allegati tecnici. Per eventuali aggiornamenti delle procedure stesse è possibile consultare il sito internet del Ministero della Salute ([www.nsis.salute.gov](http://www.nsis.salute.gov)).

La Società Informatica Alto Adige S.p.A (**SIAG**) **predispone i file utili per l'invio al Ministero della Salute** che sarà effettuato in accordo con l'Osservatorio Epidemiologico Provinciale.

### 5.2. Invio e chiusura degli archivi provinciali

A livello provinciale, preliminarmente, tutti i dati relativi ai ricoveri in regime di Hospice devono essere inviati da parte delle strutture rilevanti alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. secondo il tracciato descritto in allegato.

I dati da trasmettere a SIAG devono essere contenuti in **due archivi disgiunti** da trasmettere in tempi diversi: il primo contenente i dati anagrafici, il secondo i dati su presa in carico, erogazione e conclusione dell'assistenza. Il collegamento dei due archivi è garantito da variabili chiave quali il codice nosografico e il codice dell'istituto. I dati, prima di essere caricati nella banca dati provinciale, vengono sottoposti ad una procedura di controllo. I dati errati non sono caricati nella banca dati provinciale se non dopo la correzione da parte del Comprensorio.

Ai fini dell'invio dei dati al Ministero della Salute, **gli archivi trimestrali dei ricoveri in regime di Hospice si intendono chiusi il 15° giorno del mese successivo al periodo di riferimento**, e quindi entro il 15 aprile, il 15 luglio, il 15 ottobre ed il 15 gennaio di ogni anno.

L'ultimo invio di dati da parte dei comprensori sanitari e di tutte le strutture private di ricovero è considerato quello valido. Restano valide in ogni caso le disposizioni di inviare eventuali correzioni ai dati, anche dopo la scadenza dei termini.

Allo scopo di verificare e monitorare eventuali mancati allineamenti tra gli archivi provinciali ed aziendali i comprensori sanitari dovranno inviare comunque tutti i dati, anche dopo il termine di scadenza prestabilito.

I Centri di Elaborazione Dati (CED) dei comprensori devono farsi carico della predisposizione della procedura di caricamento, controllo e di trasmissione dei dati relativi alla scheda Hospice, necessari alle Ripartizioni prestazioni.

Le case di cura private devono inviare alla Ripartizione prestazioni del proprio compenso-

rio sanitario i dati relativi all'attività già sottoposti a controllo formale con apposita procedura.

Ogni Ripartizione prestazioni deve visionare e correggere i dati relativi ai propri residenti per gli aspetti di propria competenza. Dopo gli opportuni controlli e le dovute correzioni i dati dovranno essere inviati alla Provincia.

## **6. CONTENUTO INFORMATIVO DEL FLUSSO HOSPICE VERSO IL MINISTERO**

### **6.1. Tracciati**

#### **TRACCIATO 1: PRESA IN CARICO**

1. Trasmissione (campo tecnico)
2. Codice univoco assistito (campo chiave)
3. Regione di residenza
4. Comune di residenza
5. ASL di residenza
6. Stato estero di residenza
7. Anno nascita
8. Genere
9. Cittadinanza
10. Titolo di studio
11. Regione di presa in carico (campo chiave)
12. ASL di presa in carico (campo chiave)
13. Struttura erogatrice (campo chiave)
14. Data ricovero (campo chiave)

#### **TRACCIATO 2: ATTIVITÀ**

1. Trasmissione (campo tecnico)
2. Codice univoco assistito (campo chiave)
3. Regione di presa in carico (campo chiave)
4. ASL di presa in carico (campo chiave)
5. Struttura erogatrice (campo chiave)
6. Data ricovero (campo chiave)
7. Tariffa giornaliera
8. Tipo struttura di provenienza
9. Data richiesta ricovero
10. Data di ricezione della richiesta di ricovero
11. Patologia responsabile del quadro clinico
12. Motivo prevalente della presa in carico
13. Segno sintomo clinico non diversamente controllabile 1
14. Segno sintomo clinico non diversamente controllabile 2
15. Motivo non clinico 1

16. Motivo non clinico 2
17. Segno/Sintomo clinico primario 1
18. Segno/Sintomo clinico primario 2
19. Segno/Sintomo clinico secondario 1
20. Segno/Sintomo clinico secondario 2
21. Macroprestazioni
22. Data di dimissione
23. Modalità di dimissione

## 6.2. Specificazione delle variabili

### **TRACCIATO 1: PRESA IN CARICO**

#### **1. Trasmissione**

Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.

Valori ammessi sono:

I = Inserimento;

V = Variazione;

C = Cancellazione.

Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate del sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una soprascrittura dal sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.

Un record trasmesso può essere solo modificato o cancellato (codice V o C). Un movimento modificato può essere solo nuovamente modificato o cancellato (codice V o C). Un movimento annullato può essere solo trasmesso come nuovo inserimento (codice I).

In caso di cancellazione di un record di Presa in Carico (tracciato1), il Sistema provvederà a cancellare anche i dati di Attività (tracciato2) associati.

In caso di cancellazione di un record di Attività (tracciato2), il Sistema provvederà a cancellare anche i dati della Presa in Carico (tracciato1) associati.

*Il campo è obbligatorio.*

#### **2. Codice univoco assistito**

Ai sensi delle disposizioni del regolamento del Ministero della Salute, approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 28 febbraio 2007 e delle disposizioni dello schema tipo di regolamento delle Regioni approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 13 aprile 2006.



Il campo deve essere valorizzato riportando il codice univoco derivante dal processo di codifica coerente con quanto indicato nello schema tipo di Regolamento regionale (applicabile sia ai cittadini italiani che stranieri).

*Il campo è obbligatorio.*

### **3. Regione di residenza**

Identifica la Regione in cui risiede l'assistito.

I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

Nel caso in cui l'assistito risieda all'estero va indicato il codice 999.

*Il campo è obbligatorio.*

### **4. Comune di residenza**

Identifica il comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto l'assistito.

Il codice da utilizzare è quello previsto dalla codifica 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 l'assistito risieda all'estero va indicato il codice 999999.

*Il campo è obbligatorio.*

### **5. ASL di residenza**

Identifica l'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito.

Il riferimento è l'anagrafica del Monitoraggio Rete di Assistenza (MRA).

Nel caso in cui l'assistito risieda all'estero va indicato il codice 999.

*Il campo è obbligatorio.*

### **6. Stato estero di residenza**

Indica lo Stato estero di residenza dell'assistito.

La codifica da utilizzare è quella Alpha2 (a due lettere) prevista dalla normativa ISO 3166.

Ulteriori valori ammessi XK=Kosovo, ZZ=Apolidi.

*Il campo non deve essere valorizzato per i residenti in Italia.*

### **7. Anno di nascita**

Indica l'anno di nascita dell'assistito.

Il codice da utilizzare è nel formato AAAA.

*Il campo è obbligatorio.*

### **8. Genere**

Indicare il sesso dell'assistito.

I valori ammessi sono:

1 = maschio;

2 = femmina.

*Il campo è obbligatorio.*

## **9. Cittadinanza**

Identifica la cittadinanza dell'assistito.

La codifica da utilizzare è quella Alpha2 (a due lettere) prevista dalla normativa ISO 3166.

In caso di apolidi indicare il codice ZZ.

In caso di cittadinanza sconosciuta indicare il codice XX.

Ulteriori valori ammessi: XK=Kosovo.

*Il campo è obbligatorio.*

## **10. Titolo di studio**

Indica il titolo di studio dell'assistito.

I valori ammessi sono:

1 = nessuno;

2 = licenza elementare;

3 = licenza media inferiore;

4 = diploma media superiore;

5 = laurea;

6 = sconosciuto.

*Il campo è obbligatorio.*

## **11. Regione di presa in carico**

Individua la Regione in cui è ubicata la struttura (Hospice) presso la quale il soggetto è stato preso in carico.

I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

*Il campo è obbligatorio.*

## **12. ASL di presa in carico**

Identifica l'Azienda Sanitaria sul cui territorio insiste l'Hospice.

Il riferimento è l'anagrafica del Monitoraggio Rete di Assistenza (MRA).

*Il campo è obbligatorio.*

## **13. Struttura erogatrice**

Indica la struttura Hospice presso la quale è preso in carico l'assistito.

In attesa dell'adozione del modello proposto dal Mattone 1 "classificazione delle strutture", che sarà recepito nel NSIS attraverso la progettualità "Monitoraggio della rete di assistenza", il campo utilizzerà i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis e STS.11.

*Il campo è obbligatorio.*

#### **14. Data di ricovero**

Indica la data di ricovero.

Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.

*Il campo è obbligatorio.*

### **TRACCIATO 2: ATTIVITÀ**

#### **1. Trasmissione**

Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.

Valori ammessi sono:

I = Inserimento;

V = Variazione;

C = Cancellazione.

Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate del sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una soprascrittura dal sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.

Un record trasmesso può essere solo modificato o cancellato (codice V o C). Un movimento modificato può essere solo nuovamente modificato o cancellato (codice V o C). Un movimento annullato può essere solo trasmesso come nuovo inserimento (codice I).

In caso di cancellazione di un record di Presa in Carico (tracciato1), il Sistema provvederà a cancellare anche i dati di Attività (tracciato2) associati.

In caso di cancellazione di un record di Attività (tracciato2), il Sistema provvederà a cancellare anche i dati della Presa in Carico (tracciato1) associati.

*Il campo è obbligatorio.*

#### **2. Codice univoco assistito**

Ai sensi delle disposizioni del regolamento del Ministero della Salute, approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 28 febbraio 2007 e delle disposizioni dello schema tipo di regolamento delle Regioni approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 13 aprile 2006.

Il campo deve essere valorizzato riportando il codice univoco derivante dal processo di codifica coerente con quanto indicato nello schema tipo di Regolamento regionale (applicabile sia ai cittadini italiani che stranieri).

*Il campo è obbligatorio.*

### **3. Regione di presa in carico**

Individua la Regione in cui è ubicata la struttura (Hospice) presso la quale il soggetto è stato preso in carico.

I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

*Il campo è obbligatorio.*

### **4. ASL di presa in carico**

Identifica l'Azienda Sanitaria sul cui territorio insiste l'Hospice.

Il riferimento è l'anagrafica del Monitoraggio Rete di Assistenza (MRA).

*Il campo è obbligatorio.*

### **5. Struttura erogatrice**

Indica la struttura Hospice presso la quale è preso in carico l'assistito.

In attesa dell'adozione del modello proposto dal Mattone 1 "classificazione delle strutture, che sarà recepito nel NSIS attraverso la progettualità "Monitoraggio della rete di assistenza", il campo utilizzerà i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis e STS.11.

*Il campo è obbligatorio.*

### **6. Data di ricovero**

Indica la data di ricovero.

Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.

*Il campo è obbligatorio.*

### **7. Tariffa giornaliera**

Indica la componente della tariffa applicata a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Valore numerico compreso tra 0.01 e 999999.99

### **8. Tipo struttura di provenienza**

Indica la struttura o il luogo di provenienza dell'assistito.

I valori ammessi sono:

1=domicilio dell'assistito, senza cure palliative domiciliari attive;

2=domicilio dell'assistito con cure domiciliari palliative attive;

3=Struttura socio-sanitaria residenziale;

4=struttura sociale;

5=struttura ospedaliera;

6=struttura di riabilitazione;

9=altro.

*Il campo è obbligatorio.*

Tra le strutture socio-sanitarie residenziali (codice 3) sono da intendere le case di riposo, il centro di degenza "Firmian", la casa di cura "Fonte S. Martino", l'infermeria "Sarentino".

Tra le strutture ospedaliere (codice 5) sono da intendere gli altri reparti dello stesso ospedale o altri ospedali.

Tra le strutture di riabilitazione sono da intendere le case di cura "Bonvicini" e "Villa Melitta".

### **9. Data della richiesta di ricovero**

Indica la data presente sulla ricetta del medico che propone il ricovero del paziente.

Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.

### **10. Data di ricezione della richiesta di ricovero**

Indica la data in cui l'Hospice riceve la richiesta di ricovero (ricetta).

Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.

### **11. Patologia responsabile del quadro clinico**

Indica la patologia responsabile del quadro clinico. È possibile indicare un'unica patologia.

Utilizzare la codifica ICD9 CM limitatamente ai primi tre caratteri che individuano la categoria.

*Il campo è obbligatorio.*

### **12. Motivo prevalente della presa in carico**

Indica il motivo prevalente per il quale è stata richiesta la presa in carico.

I valori ammessi sono:

1 = Clinico;

2 = Non clinico.

*Il campo è obbligatorio.*

### **13. Segno o sintomo clinico non diversamente controllabile 1**

Indica il segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della presa in carico.

Utilizzare la codifica ICD9 CM (sono pertanto accettate le lunghezze che tali codici prevedono).

*Il campo è obbligatorio.*

Le diagnosi in tabella sono un elenco dei segni e sintomi clinici più frequenti negli hospice.

Segno/sintomo	Codifica ICD9-CM
Delirium da condizioni patologiche classificate altrove	293.0
Stati di ansia non specificato (ansia)	300.00
Disturbo distimico (depressione reattiva, scadimento di umore)	300.4
Dolore correlato a neoplasia (acuto, cronico)	338.3
Emorragia non specificata	459.0
Disturbi della secrezione salivare (xerostomia-scialorrea)	527.7
Dispepsia ed altri disturbi specificati della funzione gastrica	536.8
Altro intasamento dell'intestino (subocclusione/occlusione intestinale)	560.39
Altra stipsi	564.09
Emorragia del retto e dell'ano	569.3
Ematemesi	578.0
Melena e rettorragia	578.1
Afezioni pruriginose non specificate (prurito SAI)	698.9
Ulcerazione da decubito (altri siti)	707.09
Cervicalgia (dolore capo-collo)	723.1
Rachialgia dorsale (dolore rachide)	724.1
Dolore degli arti	729.5
Coma	780.01
Alterazione (o perdita) temporale della coscienza (confusione)	780.02
Altre alterazioni della coscienza (sonnolenza, sopore, stupore)	780.09
Disturbi del sonno non specificati	780.50
Insonnia non specificata	780.52
Altro malessere ed affaticamento (astenia SAI)	780.79
Iperidrosi generalizzata (sudorazione eccessiva)	780.8
Dolore generalizzato	780.96
Movimenti involontari anormali (tremori)	781.0
Disturbi della sensibilità cutanea	782.0
Edema (cute)	782.3
Ittero non specificato	782.4
Anoressia (perdita di appetito)	783.0
Dimagrimento anomalo	783.21
Altre dispnee e anomalie respiratorie	786.09
Tosse	786.2
Emoftoe	786.3
Altro dolore toracico	786.59
Singhiozzo	786.8
Vomito con nausea	787.01
Nausea (solo)	787.02
Vomito (solo)	787.03
Disfagia	787.2
Incontinenza fecale	787.6
Diarrea	787.91
Altra e specificata ritenzione urinaria	788.29
Altra incontinenza urinaria	788.39
Oliguria, anuria	788.5
Dolore addome e di altre sedi specificate	789.09
Ascite	789.5
Cachessia	799.4
Cure palliative	V66.7

#### **14. Segno o sintomo clinico non diversamente controllabile 2**

Indica un ulteriore segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della presa in carico.

#### **15. Motivo non clinico 1**

Indica il motivo non clinico alla base della presa in carico.

Utilizzare la codifica ICD 9 CM (sono pertanto accettate le lunghezze che tali codici prevedono).

Nei casi in cui non è presente nessun motivo non clinico codificare con "XXXXXX"

*Il campo è obbligatorio.*

Le diagnosi in tabella sono un elenco dei motivi non clinici più frequenti negli hospice.

<b>Motivo non clinico</b>	<b>Codifica ICD9-CM</b>
Abitazione inadeguata	V60.1
Persona che vive da solo	V60.3
Assenza del care-giver	V60.4
Ricovero di sollievo temporaneo (famiglia)	V60.5
Problema psicosociale non specificato (sofferenza psicoesistenziale)	V62.9
Altre ragioni per entrare in contatto con i servizi (scelta del malato come luogo di assistenza)	V65.8

#### **16. Motivo non clinico 2**

Indica un ulteriore motivo non clinico alla base della presa in carico.

Utilizzare codifica ICD 9 CM (sono pertanto accettate le lunghezze che tali codici prevedono).

#### **17. Segno/Sintomo clinico primario 1**

Indica il segno/sintomo clinico la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.

Utilizzare la codifica ICD9 CM, sono pertanto accettate le lunghezze che tali codici prevedono.

*Il campo è obbligatorio.*

Le diagnosi in tabella sono un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti negli hospice.

<b>Segno/sintomo</b>	<b>Codifica ICD9-CM</b>
Delirium da condizioni patologiche classificate altrove	293.0
Stati di ansia non specificato (ansia)	300.00
Disturbo distimico (depressione reattiva, scadimento di umore)	300.4
Dolore correlato a neoplasia (acuto, cronico)	338.3
Emorragia non specificata	459.0
Disturbi della secrezione salivare (xerostomia-scialorrea)	527.7
Dispepsia ed altri disturbi specificati della funzione gastrica	536.8
Altro intasamento dell'intestino (subocclusione/occlusione intestinale)	560.39
Altra stipsi	564.09
Emorragia del retto e dell'ano	569.3
Ematemesi	578.0
Melena e rettorragia	578.1

Afezioni pruriginose non specificate (prurito SAI)	698.9
Ulcerazione da decubito (altri siti)	707.09
Cervicalgia (dolore capo-collo)	723.1
Rachialgia dorsale (dolore rachide)	724.1
Dolore degli arti	729.5
Coma	780.01
Alterazione (o perdita) temporale della coscienza (confusione)	780.02
Altre alterazioni della coscienza (sonnolenza, sopore, stupore)	780.09
Disturbi del sonno non specificati	780.50
Insonnia non specificata	780.52
Altro malessere ed affaticamento (astenia SAI)	780.79
Iperidrosi generalizzata (sudorazione eccessiva)	780.8
Dolore generalizzato	780.96
Movimenti involontari anormali (tremori)	781.0
Disturbi della sensibilità cutanea	782.0
Edema (cute)	782.3
Ittero non specificato	782.4
Anoressia (perdita di appetito)	783.0
Dimagrimento anomalo	783.21
Altre dispnee e anomalie respiratorie	786.09
Tosse	786.2
Emoftoe	786.3
Altro dolore toracico	786.59
Singhiozzo	786.8
Vomito con nausea	787.01
Nausea (solo)	787.02
Vomito (solo)	787.03
Disfagia	787.2
Incontinenza fecale	787.6
Diarrea	787.91
Altra e specificata ritenzione urinaria	788.29
Altra incontinenza urinaria	788.39
Oliguria, anuria	788.5
Dolore addome e di altre sedi specificate	789.09
Ascite	789.5
Cachessia	799.4
Cure palliative	V66.7

### **18. Segno/Sintomo clinico primario 2**

Indica un ulteriore segno/sintomo clinico la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.

### **19. Segno/Sintomo clinico secondario 1**

Indica altro segno/sintomo gestito dalla struttura.

### **20. Segno/Sintomo clinico secondario 2**

Indica un ulteriore altro segno/sintomo gestito dalla struttura.



## **21. Macroprestazioni**

Indica la macroprestazione che caratterizza l'assistenza erogata. Possono essere inserite al massimo 10 macroprestazioni, sono da segnalare solo le macroprestazioni erogate nel corso dell'assistenza.

I valori ammessi sono:

1=controllo dolore;

2=controllo dispnea;

3=controllo sintomi gastro-enterici (nausea, vomito ecc.);

4=controllo sintomi psicocomportamentali (ansia, angoscia, agitazione, delirium ecc.);

5=medicazioni complesse;

6=sedazione terminale/palliativa;

7= gestione di quadri clinici complessi (fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee ecc.);

8= ascolto/supporto al paziente/famiglia;

9=accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente);

99=altra macroprestazione

*Il campo è obbligatorio.*

## **22. Data di dimissione**

Indica la data di dimissione.

Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.

*Il campo è obbligatorio.*

## **23. Modalità di dimissione (MOD DIM)**

Indica la motivazione per cui viene conclusa l'assistenza.

I valori ammessi sono:

1= dimissione ordinaria a domicilio dell'assistito;

2= dimissione al domicilio dell'assistito con assistenza domiciliare;

3= dimissione dell'assistito con cure palliative domiciliari;

4= dimissione presso strutture residenziali extraospedaliere;

5= trasferito ad ospedale;

6=deceduto;

9=altro

*Il campo è obbligatorio.*

## 7. CONTENUTO INFORMATIVO DEL FLUSSO HOSPICE VERSO SIAG

### 7.1. Tracciati

#### **TRACCIATO 1: ANAGRAFICA**

1. Cognome
2. Nome
3. Cognome acquisito
4. Genere
5. Data di nascita
6. Comune di nascita
7. Stato civile
8. Codice sanitario individuale
9. Codice fiscale
10. Regione di residenza
11. Comprensorio sanitario di residenza/Azienda di residenza
12. Regione di assistenza
13. Comprensorio sanitario di residenza/Azienda di assistenza
14. Comune di residenza
15. Residenza estera
16. Cassa malati estera
17. Indirizzo cassa malati estera
18. CAP cassa malati estera
19. Tipo identificativo utente
20. Codice identificativo utente
21. Numero di identificazione della TEAM
22. Codice istituzione competente TEAM
23. Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM
24. Stato che rilascia la TEAM
25. Tipo di assistenza prevista dalla TEAM
26. Data di scadenza della TEAM
27. Cittadinanza
28. Titolo di studio
29. Numero della scheda Hospice – Nosografico (campo chiave)
30. Struttura erogatrice (campo chiave)
31. Numero della scheda di reparto
32. Trasmissione

#### **TRACCIATO 2: ATTIVITÀ**

1. Numero della scheda Hospice – Nosografico (campo chiave)
2. Struttura erogatrice (campo chiave)
3. Tipo struttura di provenienza

4. Regime di ricovero
5. Data di ricovero
6. Tariffa giornaliera applicata
7. Data della richiesta di ricovero
8. Data di ricezione della richiesta di ricovero
9. Patologia responsabile del quadro clinico
10. Motivo prevalente della presa in carico
11. Segno sintomo clinico non diversamente controllabile – SS1
12. Segno sintomo clinico non diversamente controllabile – SS2
13. Motivo non clinico – MNC1
14. Motivo non clinico – MNC2
15. Segno/Sintomo clinico primario –SSP1
16. Segno/Sintomo clinico primario –SSP2
17. Segno/Sintomo clinico secondario –SSS1
18. Segno/Sintomo clinico secondario –SSS2
19. Macroprestazioni
20. Data di dimissione
21. Modalità di dimissione
22. Numero di accessi complessivi in regime diurno
23. Trasmissione

## 7.2. Specificazione delle variabili

### **TRACCIATO 1: ANAGRAFICA**

#### **1. Struttura erogatrice (ISTITUTO)**

Individua la struttura Hospice presso la quale è preso in carico l'assistito.

In attesa dell'adozione del modello proposto dal Mattone 1 "Classificazione delle strutture" che sarà recepito dal NSIS attraverso il progetto "Monitoraggio della rete di assistenza" il campo utilizzerà i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis e STS.11.

*Il campo è obbligatorio.*

#### **2. Numero della scheda hospice (NOSOGRAF)**

Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.

Il codice da utilizzare è articolato in 10 caratteri di cui i primi 4 identificano l'anno di ricovero; gli altri 6 costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno.

La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.

*Il campo è obbligatorio.*

### **3. Numero della scheda di reparto (NR SCHED)**

Il "Numero scheda di reparto" di 8 caratteri rappresenta un progressivo all'interno della scheda di ricovero-ospedale (nosografico). Il campo va valorizzato a 00000001.

*Il campo è obbligatorio.*

### **4. Cognome (COG)**

Indicare il cognome del paziente. Deve essere riportato esclusivamente il cognome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non dott. Rossi, ma Rossi).

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura "ANONIMO".

*Il campo è obbligatorio.*

### **5. Nome (NOME)**

Indicare il nome del paziente. Deve essere riportato esclusivamente il nome, senza l'aggiunta di titoli o simili (non suor Maria, ma Maria).

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del nome. Nel campo dovrà essere inserita in lettere maiuscole l'esatta dicitura "ANONIMO".

*Il campo è obbligatorio.*

### **6. Cognome acquisito (NOMEA)**

Nel caso di paziente di genere femminile indicare l'eventuale cognome acquisito del paziente.

Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del cognome acquisito.

### **7. Genere (SESSO)**

Indicare il sesso del paziente.

I codici da utilizzare sono i seguenti:

1 = maschio;

2 = femmina.

*Il campo è obbligatorio.*

### **8. Data di nascita (DNASCITA)**

Indicare la data di nascita. Nel caso di pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, codificare con 0101aaaa.

La data è da riportare nel formato ggmmaaaa.

*Il campo è obbligatorio.*

## **9. Comune di nascita (COM NASC)**

Indica il comune di nascita del paziente. Il codice da utilizzare è il codice definito dall'ISTAT, i cui primi 3 caratteri individuano la provincia (Provincia di Bolzano = 021) e i successivi 3 un progressivo all'interno della 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 dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione.

Se il paziente è nato in Italia, ma non si conosce il comune, codificare 999997.

Se il paziente è nato all'estero, ma non si conosce il paese estero codificare 999998.

Se non si ha alcuna informazione legata al luogo di nascita dell'assistito codificare 999999.

Nel caso di pazienti che chiedono di poter beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, indicare solo i primi 3 caratteri che individuano la provincia, secondo il codice ISTAT (es. nel caso di un paziente anonimo nato in provincia di Bolzano, va inserito '021000'; in caso di provincia sconosciuta o di persona nata all'estero andranno inseriti solo i primi tre caratteri '999' (es. nel caso di un paziente anonimo nato o in una provincia sconosciuta o all'estero, inserire '999000').

Nel caso di pazienti, nati in comuni, che originariamente appartenevano allo Stato italiano (es. comuni dell'Istria), va indicato il codice comune ISTAT specifico, sebbene tale codice oggi non sia più attivo.

*Il campo è obbligatorio.*

## **10. Stato civile (S CIVILE)**

Va riportato lo stato civile del paziente al momento del ricovero.

Le modalità da utilizzare sono le seguenti:

1 = celibe/nubile;

2 = coniugato/a;

3 = separato/a;

4 = divorziato/a;

5 = vedovo/a;

6 = non dichiarato.

*Il campo è obbligatorio.*

## **11. Comune di residenza anagrafica (COM RES)**

La residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo Stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Va utilizzato lo stesso sistema di codifica definito per la variabile "Comune di nascita"; in particolare:

- il codice dei comuni italiani ISTAT a 6 caratteri, nel caso di pazienti residenti in Italia;
- per i residenti in Provincia di Bolzano le prime 3 cifre identificano la Provincia (Provincia di Bolzano = 021 e le successive 3 identificano il comune);

- il codice 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'Interno, nel caso di pazienti residenti all'estero.

Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.

Se il paziente è nato in Italia, ma non si conosce il comune, codificare: 999997

Se straniero e non si conosce il paese estero codificare: 999998

Se non si conosce il comune codificare: 999999

Per i senza fissa dimora codificare: 999999

*Il campo è obbligatorio.*

## **12. Cittadinanza (C CITT)**

Identifica la cittadinanza dell'assistito.

La codifica da utilizzare è quella a tre cifre definita dal Ministero dell'Interno.

In caso di apoliti indicare il codice 999.

In caso di cittadinanza sconosciuta indicare il codice 998..

*Il campo è obbligatorio.*

## **13. Codice sanitario individuale (LIBRETTO)**

Per gli iscritti al Servizio Sanitario Provinciale il codice è rappresentato dal libretto sanitario limitatamente alle cifre del numero racchiuso dai due slash ( simbolo "/" ) escludendo le ultime due cifre che rappresentano la data di nascita.

Se il paziente non è iscritto al Servizio Sanitario Provinciale e viene ricoverato presso un ospedale pubblico, il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatica che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche.

Nel caso di pazienti che richiedono di poter beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, verrà generato un codice fittizio.

Esempio:

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

dove B= spazio

codice del libretto sanitario = F12/0103015311/4 ⇨ 0103015311BBBBBB

*Il campo è obbligatorio.*

## **14. Codice fiscale (FISCALE)**

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

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

Questa variabile non deve essere compilata per gli stranieri non residenti e per i neonati sani. Altresì non va compilata per i pazienti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge.

### **15. Regione di residenza (REG RES)**

È la regione in cui il soggetto è residente.

La regione di residenza può essere diversa dalla regione di assistenza.

Per i residenti all'estero inserire il codice Paese estero.

La codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86) o al codice del Ministero degli Interni per i paesi esteri.

Il campo è determinato in modo automatico in base al comune di residenza.

Se il comune di residenza è sconosciuto (COM\_RES = 999999 o 999998 o 999997) porre il codice 999.

*Il campo è obbligatorio.*

### **16. Compensorio sanitario di residenza/Azienda sanitaria di residenza (ASL RES)**

È il comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria (per i non residenti) che comprende il comune in cui risiede il paziente.

La codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero non compilare.

La corretta compilazione di questo campo è fondamentale per evitare le contestazioni da parte di altre regioni. Se il comprensorio sanitario/azienda sanitaria di residenza è sconosciuto, porre il codice 999.

Per i residenti in Italia qualora questo campo non venga compilato dal comprensorio sanitario verrà inserito dalla Provincia basandosi sul campo del comune di residenza.

Se il comune di residenza è sconosciuto (es. senza fissa dimora o anonimo) porre il codice 999.

*Il campo è obbligatorio per i residenti in Italia (codice di comune italiano nella variabile "Comune di residenza anagrafica").*

### **17. Regione di assistenza (REG ASS)**

È la regione di appartenenza dell'ASL di assistenza.

La regione di assistenza può essere diversa dalla regione di residenza.

La codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero non compilare.

Per i residenti in Italia, ma assicurati all'estero inserire il codice 999 (regione sconosciuta) come regione di assistenza e codice 997 (iscrizione/scelta del medico presso Stato estero) come comprensorio sanitario/azienda sanitaria di assistenza.

### **18. Compensorio sanitario/Azienda sanitaria di iscrizione (ASL ASS)**

È il comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria (per i non residenti) in cui è iscritto il paziente.

La codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17/09/86).

Per i residenti all'estero non compilare.

Per i residenti in Italia, ma assicurati all'estero inserire il codice 999 (regione sconosciuta) come regione di assistenza e codice 997 (iscrizione/scelta del medico presso Stato estero) come comprensorio sanitario/azienda sanitaria di assistenza.

### **19. Residenza estera (RES\_EST)**

Descrizione del luogo di residenza del paziente estero.

### **20. Cassa malati estera (CAS\_EST)**

Descrizione della cassa malati estera dalla quale è assistito il paziente estero.

### **21. Indirizzo cassa malati estera (I\_CASEST)**

Descrizione dell'indirizzo della cassa malati estera dalla quale è assistito il paziente estero.

### **22. CAP cassa malati estera (C\_CASEST)**

Codice di avviamento postale della città sede della cassa malati estera.

### **23. Tipo di identificativo utente (TIPO ID)**

Indicare se il codice contenuto nel campo COD\_ID (codice identificativo utente) fa riferimento a:

1 = codice fiscale;

2 = STP (straniero temporaneamente presente);

3 = AA (anonimo);

4 = TEAM (codice personale della TEAM);

5 = SPAG (straniero pagante in proprio);

6 = ASC (altro straniero convenzionato o altro tipo di utente non contemplato dalle altre tipologie di utenti elencate);

9 = CTA (cittadino temporaneamente assistito)<sup>1</sup>.

*Il campo è obbligatorio.*

### **24. Codice identificativo utente (COD\_ID)**

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

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

---

<sup>1</sup> Circolare Assessorato alla Sanità, 7/4/2008, prot. n. 23.2/5507/193474 – "Circolare esplicativa a seguito della comunicazione del Ministero della Salute del 19 febbraio 2008 concernente l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari indigenti dimoranti in Italia".



Per i neonati prevedere procedura che crei il codice fiscale secondo regole del Ministero delle Finanze.

Per il codice del paziente anonimo: "X" ripetuto 20 volte.

Nel caso di stranieri comunitari non residenti, va inserito il numero di identificazione personale indicato sulla Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) e i dati assicurativi dell'assistito devono essere riportati negli appositi campi relativi alla TEAM.

Per gli stranieri extracomunitari senza TEAM che devono provvedere a pagare in proprio (SPAG) va compilato il codice regionale a sigla SPAG (straniero pagante in proprio) a 20 caratteri (SPAG + codice regione + codice ASL + progressivo).

Per gli stranieri provenienti da paesi convenzionati (ASC – altri stranieri convenzionati o altro tipo di utente non contemplato dalle altre tipologie di utenti elencate) compilare con codice regionale a sigla ASC (stranieri provenienti da paesi convenzionati a 20 caratteri (ASC + codice regione + codice ASL + progressivo).

Per gli stranieri comunitari indigenti (CTA), compilare con codice regionale a sigla CTA a 20 caratteri (CTA + codice regione + codice ASL + progressivo). Il numero progressivo corrisponde al numero matricola generato dall'anagrafe provinciale assistiti al momento della assegnazione del codice CTA.

*Il campo è obbligatorio.*

## **25. Numero di identificazione della TEAM (N\_TEAM)**

Numero di identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia: codice progressivo regionale. Il codice regionale è relativo alla regione della ASL di residenza dell'assistito al momento della emissione della Tessera Sanitaria.

*Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile "Tipo di identificativo utente").*

## **26. Codice istituzione competente TEAM (COD\_IST)**

*Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile "Tipo di identificativo utente").*

## **27. Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM (DEN\_IST)**

*Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile "Tipo di identificativo utente").*

## **28. Stato che rilascia la TEAM (ST\_ESTERO)**

*Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile "Tipo di identificativo utente").*

### **29. Tipo di assistenza prevista dalla TEAM (TIPO TEAM)**

Valorizzare con "E111" o con "E106" in base al tipo di assistenza, solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM.

*Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile "Tipo di identificativo utente").*

### **30. Data di scadenza della TEAM (DATA SCAD)**

Va riportato il giorno, mese ed anno nel formato ggmmaaaa.

*Il campo è obbligatorio se si tratta di un cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM (codice 4 alla variabile "Tipo di identificativo utente").]*

### **31. Titolo di studio (TITOLO)**

Indica il titolo di studio dell'assistito.

I valori ammessi sono:

1 = laurea.

2= diploma universitario o laurea breve;

3 = diploma media superiore;

4 = licenza media inferiore;

5 = licenza elementare o nessuno;

9 = sconosciuto.

*Il campo è obbligatorio.*

### **32. Trasmissione**

Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.

Valori ammessi sono:

I = Inserimento;

V = Variazione;

C = Cancellazione.

Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate del sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una soprascrittura dal sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.

Un record trasmesso può essere solo modificato o cancellato (codice V o C). Un movimento modificato può essere solo nuovamente modificato o cancellato (codice V o C). Un movimento annullato può essere solo trasmesso come nuovo inserimento (codice I).

In caso di cancellazione di un record di Anagrafica (tracciato1), il Sistema provvederà a cancellare anche i dati di Attività (tracciato2) associati.

In caso di cancellazione di un record di Attività (tracciato2), il Sistema provvederà a cancellare an-

che i dati della Anagrafica (tracciato1) associati.

*Il campo è obbligatorio.*

## **TRACCIATO 2: ATTIVITÀ**

### **1. Numero della scheda hospice (NOSOGRAF)**

Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.

Il codice da utilizzare è articolato in 10 caratteri di cui i primi 4 identificano l'anno di ricovero; gli altri 6 costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno.

La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.

*Il campo è obbligatorio.*

### **2. Struttura erogatrice (ISTITUTO)**

Individua la struttura Hospice presso la quale è preso in carico l'assistito.

In attesa dell'adozione del modello proposto dal Mattone 1 "Classificazione delle strutture" che sarà recepito dal NSIS attraverso il progetto "Monitoraggio della rete di assistenza" il campo utilizzerà i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis e STS.11.

*Il campo è obbligatorio.*

### **3. Tipo struttura di provenienza (PROVEN)**

Indica la struttura o il luogo di provenienza dell'assistito.

I valori ammessi sono:

1=domicilio dell'assistito, senza cure palliative domiciliari attive;

2=domicilio dell'assistito con cure domiciliari palliative attive;

3=Struttura socio-sanitaria residenziale;

4=struttura sociale;

5=struttura ospedaliera;

6=struttura di riabilitazione;

9=altro.

*Il campo è obbligatorio.*

Tra le strutture socio-sanitarie residenziali (codice 3) sono da intendere le case di riposo, il centro di degenza "Firmian", la casa di cura "Fonte S. Martino", l'infermeria "Sarentino".

Tra le strutture ospedaliere (codice 5) sono da intendere gli altri reparti dello stesso ospedale o altri ospedali.

Tra le strutture di riabilitazione sono da intendere le case di cura "Bonvicini" e "Villa Melitta".

### **4. Regime di ricovero (REGRIC)**

Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" ed il "ricovero diurno".

I codici, ad un carattere, da impiegare sono i seguenti:

1 = ordinario;

2 = diurno (day hospice).

Quando si utilizza il codice 2, è necessario riportare anche le informazioni relative alla variabile "Numero di accessi complessivi in regime diurno".

*Il campo è obbligatorio.*

#### **5. Data di ricovero (D RICOSP)**

Indica la data di ricovero.

La data è da riportare nel formato ggmmaaaahhmm

*Il campo è obbligatorio.*

#### **6. Tariffa giornaliera applicata (TARPRO)**

Indica la componente della tariffa applicata a carico del Servizio Sanitario Provinciale.

Il valore numerico è compreso tra 0,01 e 999999,99.

Il campo verrà valorizzato a livello provinciale.

#### **7. Data della richiesta di ricovero (D RICH)**

Indica la data presente sulla ricetta del medico che propone il ricovero del paziente.

La data è da riportare nel formato ggmmaaa

#### **8. Data di ricezione della richiesta di ricovero (D RICEZ)**

Indica la data in cui l'Hospice riceve la richiesta di ricovero (ricetta).

La data è da riportare nel formato ggmmaaaa

#### **9. Patologia responsabile del quadro clinico (PATOLOGIA)**

Indica la patologia responsabile del quadro clinico. È possibile indicare una unica patologia.

Utilizzare la codifica ICD9 CM.

*Il campo è obbligatorio.*

#### **10. Motivo prevalente della presa in carico (MOTIVO)**

Indica il motivo prevalente per il quale è stata richiesta la presa in carico.

I valori ammessi sono:

1 = Clinico;

2 = Non clinico.

*Il campo è obbligatorio.*

#### **11. Segno o sintomo clinico non diversamente controllabile 1 (SINTOMO1)**

Indica il segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della presa in carico.

Utilizzare la codifica ICD9 CM scegliendo tra le diagnosi in tabella.

*Il campo è obbligatorio.*

<b>Segno/sintomo</b>	<b>Codifica ICD9-CM</b>
Delirium da condizioni patologiche classificate altrove	293.0
Stati di ansia non specificato (ansia)	300.00
Disturbo distimico (depressione reattiva, scadimento di umore)	300.4
Dolore correlato a neoplasia (acuto, cronico)	338.3
Emorragia non specificata	459.0
Disturbi della secrezione salivare (xerostomia-scialorrea)	527.7
Dispepsia ed altri disturbi specificati della funzione gastrica	536.8
Altro intasamento dell'intestino (subocclusione/occlusione intestinale)	560.39
Altra stipsi	564.09
Emorragia del retto e dell'ano	569.3
Ematemesi	578.0
Melena e rettorragia	578.1
Affezioni pruriginose non specificate (prurito SAI)	698.9
Ulcerazione da decubito (altri siti)	707.09
Cervicalgia (dolore capo-collo)	723.1
Rachialgia dorsale (dolore rachide)	724.1
Dolore degli arti	729.5
Coma	780.01
Alterazione (o perdita) temporale della coscienza (confusione)	780.02
Altre alterazioni della coscienza (sonnolenza, sopore, stupore)	780.09
Disturbi del sonno non specificati	780.50
Insonnia non specificata	780.52
Altro malessere ed affaticamento (astenia SAI)	780.79
Iperidrosi generalizzata (sudorazione eccessiva)	780.8
Dolore generalizzato	780.96
Movimenti involontari anormali (tremori)	781.0
Disturbi della sensibilità cutanea	782.0
Edema (cute)	782.3
Ittero non specificato	782.4
Anoressia (perdita di appetito)	783.0
Dimagrimento anomalo	783.21
Altre dispnee e anomalie respiratorie	786.09
Tosse	786.2
Emoftoe	786.3
Altro dolore toracico	786.59
Singhiozzo	786.8
Vomito con nausea	787.01
Nausea (solo)	787.02
Vomito (solo)	787.03
Disfagia	787.2
Incontinenza fecale	787.6
Diarrea	787.91
Altra e specificata ritenzione urinaria	788.29
Altra incontinenza urinaria	788.39
Oliguria, anuria	788.5
Dolore addome e di altre sedi specificate	789.09
Ascite	789.5
Cachessia	799.4
Cure palliative	V66.7

## **12. Segno o sintomo clinico non diversamente controllabile 2 (SINTOMO2)**

Indica un ulteriore segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della presa in carico.

Utilizzare la codifica ICD9 CM scegliendo tra le diagnosi nella tabella riportata per la variabile.

## **13. Motivo non clinico 1 (NO CLIN1)**

Indica il motivo non clinico alla base della presa in carico.

Utilizzare la codifica ICD9 CM scegliendo tra i motivi in tabella.

*Il campo è obbligatorio se MOTIVO=2.*

<b>Motivo non clinico</b>	<b>Codifica ICD9-CM</b>
Abitazione inadeguata	V60.1
Persona che vive da solo	V60.3
Assenza del care-giver	V60.4
Ricovero di sollievo temporaneo (famiglia)	V60.5
Problema psicosociale non specificato (sofferenza psicoesistenziale)	V62.9
Altre ragioni per entrare in contatto con i servizi (scelta del malato come luogo di assistenza)	V65.8

## **14. Motivo non clinico 2 (NO CLIN2)**

Indica un ulteriore motivo non clinico alla base della presa in carico.

Utilizzare la codifica ICD9 CM scegliendo tra i motivi nella tabella riportata per la variabile "Motivo non clinico".

## **15. Segno/Sintomo clinico primario 1 (SINT\_PR1)**

Indica il segno/sintomo clinico la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.

Utilizzare la codifica ICD9 CM scegliendo tra le diagnosi nella tabella riportata per la variabile "Segno o sintomo clinico non diversamente controllabile".

*Il campo è obbligatorio.*

## **16. Segno/Sintomo clinico primario 2 (SINT\_PR2)**

Indica un ulteriore segno/sintomo clinico la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.

Utilizzare la codifica ICD9 CM scegliendo tra le diagnosi nella tabella riportata per la variabile "Segno o sintomo clinico non diversamente controllabile".

## **17. Segno/Sintomo clinico secondario 1 (SINT\_SE1)**

Indica altro segno/sintomo gestito dalla struttura.

Utilizzare la codifica ICD9 CM scegliendo tra le diagnosi nella tabella riportata per la variabile "Segno o sintomo clinico non diversamente controllabile".

### **18. Segno/Sintomo clinico secondario 2 (SINT SE2)**

Indica un ulteriore altro segno/sintomo gestito dalla struttura.

Utilizzare la codifica ICD9 CM scegliendo tra le diagnosi nella tabella riportata per la variabile "Segno o sintomo clinico non diversamente controllabile".

### **19. Macroprestazioni (PRESTAZ)**

Indica la macroprestazione che caratterizza l'assistenza erogata.

I valori ammessi sono:

1=controllo dolore;

2=controllo dispnea;

3=controllo sintomi gastro-enterici (nausea, vomito ecc.);

4=controllo sintomi psicocomportamentali (ansia, angoscia, agitazione, delirium ecc.);

5=medicazioni complesse;

6=sedazione terminale/palliativa;

7= gestione di quadri clinici complessi (fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee ecc.);

8= ascolto/supporto al paziente/famiglia;

9=accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente);

99=altra macroprestazione

*Il campo è obbligatorio.*

### **20. Data di dimissione (D DIMOSP)**

Indica la data di dimissione.

Il codice da utilizzare è nel formato ggmmaaaahhmm

*Il campo è obbligatorio.*

### **21. Modalità di dimissione (MOD DIM)**

Indica la motivazione per cui viene conclusa l'assistenza.

I valori ammessi sono:

1=deceduto;

2= dimissione ordinaria a domicilio dell'assistito;

3= dimissione presso strutture residenziali extraospedaliere;

4= dimissione al domicilio dell'assistito con assistenza domiciliare;

6= trasferito ad ospedale;

20= dimissione dell'assistito con cure palliative domiciliari;

99=altro

*Il campo è obbligatorio.*

## **22. Numero di accessi in complessivi regime diurno (GGANNODH)**

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 alla variabile "regime di ricovero") e indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di ricovero nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale.

Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre, la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno.

*Il campo è obbligatorio per regime di ricovero diurno (codice 2 alla variabile "regime di ricovero").*

## **23. Trasmissione**

Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.

Valori ammessi sono:

I = Inserimento;

V = Variazione;

C = Cancellazione.

Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate del sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una soprascrittura dal sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.

Un record trasmesso può essere solo modificato o cancellato (codice V o C). Un movimento modificato può essere solo nuovamente modificato o cancellato (codice V o C). Un movimento annullato può essere solo trasmesso come nuovo inserimento (codice I).

In caso di cancellazione di un record di Anagrafica (tracciato1), il Sistema provvederà a cancellare anche i dati di Attività (tracciato2) associati.

In caso di cancellazione di un record di Attività (tracciato2), il Sistema provvederà a cancellare anche i dati della Anagrafica (tracciato1) associati.

*Il campo è obbligatorio.*

## **8. COMPITI E RESPONSABILITÀ**

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

La **codifica** delle informazioni cliniche riportate nella scheda Hospice (patologia, segni e sintomi) deve essere effettuata da personale medico adeguatamente formato e deve, comunque, rispettare fedelmente sia l'ordine sia il contenuto delle formulazioni riportate nella stessa scheda Hospice.

La **gestione, il coordinamento e la supervisione** delle attività rientrano tra i compiti dei coordinatori sanitari di comprensorio, che dovranno:

- effettuare controlli sui dati raccolti;



- promuovere la qualità della compilazione e della codifica delle informazioni contenute nella scheda;
- verificare che il flusso informativo corrisponda alle direttive provinciali;
- curare la formazione dei codificatori;
- promuovere l'uso dei dati e aggiornare i medici sulle potenzialità informative dei dati nosologici;
- promuovere la revisione periodica delle direttive provinciali.

Il medico dell'unità operativa responsabile della dimissione dall'istituto di ricovero, individuato dal responsabile dell'unità operativa, è **responsabile** della corretta compilazione della scheda, sia nella parte che riguarda le informazioni cliniche che nella parte relativa alle informazioni amministrative relative al paziente, in osservanza delle istruzioni riportate nelle presenti Linee guida.

Ogni responsabile di unità operativa o medico dirigente per gli istituti di cura privati (deliberazione G.P. n. 7963 del 17.12.1990, art. 27), deve assumere le responsabilità della compilazione della scheda di dimissione.

Il responsabile dell'unità operativa, o un suo delegato, deve mantenere i collegamenti con la direzione sanitaria e promuovere l'utilizzo dei dati.

## 9. SISTEMA DI CONTROLLO

L'utilizzazione dei dati della scheda hospice, non solo a fini statistico-epidemiologici ma anche a fini economici, rende particolarmente importante definire puntuali sistemi per la verifica della qualità dei dati in termini di accuratezza e completezza, affinché non ci siano casi non classificabili o descritti male.

Ogni comprensorio sanitario ha l'obbligo di attivare e di aggiornare secondo le nuove disposizioni il sistema di controllo automatico.

La Provincia verifica la completezza, la congruità e l'accuratezza delle informazioni presenti nella scheda di dimissione attraverso il controllo automatico e la verifica della correttezza della codifica secondo le regole di codifica provinciali di cui all'allegato 3.

**ALLEGATO 1: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI A SIAG****Anagrafica (ARCHIVIO1)**

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
1	ISTITUTO	Struttura erogatrice	AN	8	1	8	NN		DM 19/3/88, DM 6/9/88; DM 23/12/96 (i.e. BZ = 041001)
2	NOSOGRAF	Numero della scheda Hospice	AN	10	9	18	NN		AAAA+NNNNNN
3	NR_SCHED	Nr. scheda del reparto	N	8	19	26	NN		NNNNNNNN
4	COG	Cognome	AN	30	27	56	NN		
5	NOME	Nome	AN	20	57	76	NN		
6	NOMEA	Cognome acquisito	AN	20	77	96			
7	SESSO	Sesso	AN	1	97	97	NN	1, 2	1 = maschio 2 = femmina
8	DNASCITA	Data di nascita	Data	8	98	105	NN		GGMMAAAA
9	COM_NASC	Comune di nascita	AN	6	106	111	NN		Codice comune ISTAT (i.e. Bolzano = 021008) Comune sconosciuto Italia: 999997 Straniero e paese sconosciuto: 999998 Sconosciuto: 999999
10	S_CIVILE	Stato civile	AN	1	112	112	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6	1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato Per i neonati indicare 1 o 6
11	COM_RES	Comune di residenza anagrafica	AN	6	113	118	NN		Codice comune ISTAT (i.e. Bolzano =021008) Res.estero: 999+cod.stato Straniero e paese sconosciuto: 999998 Sconosciuto o senza fissa dimora: 999999 Comune sconosciuto Italia: 999997 Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.
12	C_CITT	Cittadinanza	AN	3	119	121	NN		Codici del Ministero degli Interni (i.e. 100=Italia) apolidi = 999 sconosciuta = 998 anonimo = 998

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
13	LIBRETTO	Codice sanitario individuale	AN	16	122	137	NN		Collegato a banca dati assistibili. Per ricavarlo nel caso di mancato collegamento con l'anagrafica degli assistibili, è sufficiente prendere le cifre racchiuse dai simboli "/" del codice del libretto sanitario escludendo le ultime due cifre che rappresentano l'anno di nascita. Se il paziente non è iscritto al Servizio sanitario provinciale e viene ricoverato presso un ospedale pubblico, il codice sanitario viene determinato da una procedura di calcolo automatica che attribuisce un codice univoco al paziente in base alle informazioni anagrafiche. Nel caso di pazienti anonimi, dovrà essere inserito un codice fittizio. allineato a sinistra
14	FISCALE	Codice fiscale	AN	16	138	153			Codice del Ministero delle Finanze Per stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno: codice STP Non compilare per stranieri non residenti, neonati sani e anonimi allineato a sinistra
15	REG_RES	Regione di residenza	AN	3	154	156	NN		Per gli stranieri residenti all'estero codice del paese estero. Se sconosciuta = 999 Codici DM 17/09/86 Codici del Ministero degli Interni per i paesi esteri
16	ASL_RES	Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di residenza	AN	3	157	159			Il campo è obbligatorio per i residenti in Italia Per pazienti con comune di residenza sconosciuto o anonimo: 999 Se sconosciuta = 999
17	REG_ASS	Regione di assistenza	AN	3	160	162			Codici DM 17/09/86 Non compilare per i residenti all'estero Se sconosciuta = 999 Se residente in Italia, ma assicurato all'estero = 999

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
18	ASL_ASS	Comprensorio sanitario/Azienda sanitaria di iscrizione	AN	3	163	165			Se residente in Italia, ma assicurato all'estero = 997 Codici DM 17/09/86
19	RES_EST	Residenza estera	AN	25	166	190			
20	CAS_EST	Cassa malati estera	AN	40	191	230			
21	I_CASEST	Indirizzo cassa malati estera	AN	40	231	270			
22	C_CASEST	CAP cassa malati estera	AN	10	271	280			
23	TIPO_ID	Tipo di identificativo utente	AN	1	281	281	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, A	1 = codice fiscale 2 = STP (straniero temporaneamente presente) 3 = AA (anonimo) 4 = TEAM (codice personale della TEAM) 5 = SPAG (straniero pagante in proprio) 6 = ASC (altro straniero convenzionato) 9 = CTA (cittadino temporaneamente assistito) A = HIC (pensionati e familiari di lavoratori che risiedono in un paese diverso dal capofamiglia)

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
24	COD_ID	Codice identificativo utente	AN	20	282	301	NN		<p>Codice fiscale per pazienti residenti in Italia e assistiti SSN</p> <p>Codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 20 caratteri composto da STP+codice regione +codice ASL+ progressivo</p> <p>Codice fiscale per i neonati</p> <p>Per i pazienti anonimi inserire 20 "X"</p> <p>Codice personale indicato sulla tessera TEAM per soggetti assicurati da istituzioni estere</p> <p>Codice regionale a sigla SPAG (Straniero pagante in proprio) a 20 caratteri composto da SPAG+codice regione +codice ASL+progressivo.</p> <p>Codice regionale a sigla ASC (altro straniero convenzionato o altro tipo di utente non contemplato dalle altre tipologie) a 20 caratteri composto da ASC+codice regione+codice ASL+progressivo.</p> <p>Codice regionale a sigla CTA (cittadino temporaneamente assistito) composto da CTA+codice regione+codice ASL+progressivo.</p> <p>Codice regionale a sigla HIC (pensionati e familiari di lavoratori che risiedono in un paese diverso dal capofamiglia) composto da HIC + codice regione 041 + codice ASL 201 + le seguenti sigle PT (pensionato titolare), PF (pensionato familiare), FL (familiare di lavoratore E109), FD (familiare di lavoratore E106) e di seguito da numero progressivo univoco all'interno dell'ASL a partire da 10001).</p>

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
25	N_TEAM	Numero di identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM)	AN	20	302	321			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
26	COD_IST	Nome istituzione competente TEAM	AN	15	322	336			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
27	DEN_IST	Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM	AN	30	337	366			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
28	ST_ESTERO	Stato che rilascia la TEAM	AN	2	367	368			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
29	TIPO_TEAM	Tipo di assistenza previsto dalla TEAM	AN	4	369	372			Valorizzare solamente con E106 o E111 in base al tipo di assistenza, solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
30	DATA_SCAD	Data di scadenza della TEAM	data	8	373	380			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
31	TITOLO	Livello di istruzione	AN	1	381	381		1, 2, 3, 4, 5, 6	1 = Laurea 2 = Dipl.un. o laur. Breve 3 = Sc.media superiore 4 = Sc. Media inferiore 5 = Elementare o nessuno 9 = Sconosciuto
32	TRASMIS- SIONE	Tipo di trasmissione del record	AN	1	382	382		I, V, C	La modalità di trasmissione si riferisce al record completo (composto dai campi dei tre archivi) I = Inserimento; V = Variazione; C = Cancellazione

**Attività (ARCHIVIO 2)**

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
1	ISTITUTO	Struttura erogatrice	AN	8	1	8	NN		DM 19/3/88, DM 6/9/88, DM 23/12/96 (i.e. BZ = 041001)
2	NOSOGRAF	Numero della scheda Hospice	AN	10	9	18	NN		AAAA+NNNNNN
3	NR_SCHED	Nr. scheda del reparto	N	8	19	26	NN		Valorizzato a 00000001
4	PROVEN	Tipo struttura di provenienza	AN	1	27	27	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9	1=domicilio dell'assistito, senza cure palliative domiciliari attive; 2=domicilio dell'assistito con cure domiciliari palliative attive; 3=Struttura socio-sanitaria residenziale; 4=struttura sociale; 5=struttura ospedaliera; 6=struttura di riabilitazione; 9=altro.
5	REGRIC	Regime di ricovero	AN	1	28	28	NN	1, 2	1 = ordinario 2 = diurno
6	D_RICOSP	Data ed ora ricovero osp.	Data	12	29	40	NN		GGMMAAAHHMM
7	D_RICH	Data della richiesta di ricovero	Data	8	41	48			GGMMAAAA
8	D_RICEZ	Data di ricezione della richiesta di ricovero	Data	8	49	56			GGMMAAAA
9	PATOLOG	Patologia responsabile del quadro clinico	AN	5	57	61	NN		(Vedi tabella codici ICD9 CM) allineato a sinistra
10	MOTIVO	Motivo prevalente della presa in carico	AN	1	62	62	NN		1 = Clinico; 2 = Non clinico
11	SINTOMO1	Segno o sintomo 1	AN	5	63	67	NN		(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
12	SINTOMO2	Segno o sintomo 2	AN	5	68	72			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
13	NO_CLIN1	Motivo non clinico 1	AN	5	73	77			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
14	NO_CLIN2	Motivo non clinico 2	AN	5	78	82			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra

Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
15	SINT_PR1	Segno o sintomo primario 1	AN	5	83	87	NN		(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
16	SINT_PR2	Segno o sintomo primario 2	AN	5	88	92			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
17	SINT_SE1	Segno o sintomo secondario 1	AN	5	93	97			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
18	SINT_SE2	Segno o sintomo secondario 2	AN	5	98	102			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
19	PRESTAZ	Macroprestazione	AN	2	103	104	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99	1=controllo dolore 2=controllo dispnea 3=controllo sintomi gastro-enterici 4=controllo sintomi psicocomportamentali 5=medicazioni complesse 6=sedazione terminale/palliativa 7= gestione di quadri clinici complessi 8= ascolto/supporto al paziente/famiglia 9=accudimento del paziente 99=altra macroprestazione
20	D_DIMOSP	Data ed ora di dimissione o morte	Data	12	105	116	NN		GGMMAAAHHMM
21	MOD_DIM	Modalità uscita/dimissione	AN	2	117	118	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 20, 99	1=deceduto; 2= dimissione ordinaria a domicilio dell'assistito; 3= dimissione presso strutture residenziali extraospedaliere; 4= dimissione al domicilio dell'assistito con assistenza domiciliare; 6= trasferito ad ospedale; 20= dimissione dell'assistito con cure palliative domiciliari; 99=altro
22	GGANNODH	Numero accessi complessivi in diurno	N	3	119	121			Obbligatorio per RE-GRIC=2



Nr	Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Da	A	Null	Val. am.	Note
23	TRASMISSIONE	Tipo di trasmissione del record	AN	1	122	122		I, V, C	La modalità di trasmissione si riferisce al record completo (composto dai campi dei tre archivi) I = Inserimento; V = Variazione; C = Cancellazione

**ALLEGATO 2: TRACCIATO RECORD DELLA VISTA**

L'archivio VISTA è costituito dal collegamento degli archivi 1 (anagrafica), 2 (presa in carico, erogazione e conclusione) riportati nell'Allegato 1, **esclusi i campi COG, NOME, NOMEA, e COD\_ID. Il campo LIBRETTO della vista va riempito con la matricola sanitaria criptata** attualmente in uso per gli altri flussi sanitari. Inoltre, i campi dell'archivio 2 D\_RICOSP (Data e ora ricovero ospedaliero) e D\_DIMOSP (Data e ora di dimissione o di morte) sono stati modificati, separando le informazioni sulle ore da quelle relative alla data; ciò ha portato alla creazione di due nuovi campi. Le informazioni di tale archivio sono contenute all'interno del datawarehouse.

Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Null	Val. am.	Note
ISTITUTO	Struttura erogatrice	AN	8	NN		DM 19/3/88, DM 6/9/88, DM 23/12/96 (i.e. BZ = 041001)
NOSOGRAF	Numero della scheda Hospice	AN	10	NN		AAAA+NNNNNN
SESSO	Sesso	AN	1	NN	1, 2	1 = maschio 2 = femmina
DNASCITA	Data di nascita	Data	8	NN		GGMMAAAA
COM_NASC	Comune di nascita	AN	6	NN		Codice comune ISTAT (i.e. Bolzano = 021008), o codice Ministero Interni per nati all'estero (i.e. Albania 999101) Comune sconosciuto Italia: 999997 Straniero e paese sconosciuto: 999998 Sconosciuto: 999999
S_CIVILE	Stato civile	AN	1	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6	1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato
LIBRETTO	Codice sanitario	AN	16	NN		Matricola sanitaria criptata. allineato a sinistra
REG_RES	Regione di residenza	AN	3	NN		Per i residenti all'estero codice del paese estero. Se sconosciuta = 999 Codici DM 17/09/86 Codici del Ministero degli Interni per i paesi esteri
ASL_RES	Azienda sanitaria di residenza	AN	3			Il campo è obbligatorio per i residenti in Italia. Per pazienti con comune di residenza sconosciuto o anonimo: 999 Se sconosciuta = 999
REG_ASS	Regione di assistenza	AN	3			Codici DM 17/09/86 Non compilare per i residenti all'estero Se sconosciuta = 999 Se residente in Italia, ma assicurato all'estero = 999
ASL_ASS	Azienda sanitaria di assistenza	AN	3			Se residente in Italia, ma assicurato all'estero = 997 Codici DM 17/09/86

Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Null	Val. am.	Note
COM_RES	Comune di residenza anagrafica	AN	6	NN		Codice comune ISTAT (i.e. Bolzano =021008) Res.estero: 999+cod.stato Straniero e paese sconosciuto: 999998 Sconosciuto o senza fissa dimora: 999999 Comune sconosciuto Italia: 999997 Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.
RES_EST	Residenza estera	AN	25			
CAS_EST	Cassa malati estera	AN	40			
I_CASEST	Indirizzo cassa malati estera	AN	40			
C_CASEST	CAP cassa malati estera	AN	10			
TIPO_ID	Tipo di identificativo utente	AN	1	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9	1 = codice fiscale 2 = STP (straniero temporaneamente presente) 3 = AA (anonimo) 4 = TEAM (codice personale della TEAM) 5 = SPAG (straniero pagante in proprio) 6 = ASC (altro straniero convenzionato) 9 = CTA (cittadino temporaneamente assistito)
N_TEAM	Numero di identificazione della Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM)	AN	20			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
COD_IST	Nome istituzione competente TEAM	AN	15			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
DEN_IST	Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM	AN	30			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
ST_ESTERO	Stato che rilascia la TEAM	AN	2			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
TIPO_TEAM	Tipo di assistenza previsto dalla TEAM	AN	4			Valorizzare solamente con E106 o E111 in base al tipo di assistenza, solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM
DATA_SCAD	Data di scadenza della TEAM	data	8			Valorizzare solo nel caso di cittadino straniero comunitario non residente munito di TEAM

Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Null	Val. am.	Note
C_CITT	Cittadinanza	AN	3	NN		Codici del Ministero degli Interni (i.e. 100=Italia) apolidi = 999 sconosciuta = 998 anonimo = 998
TITOLO	Livello di istruzione	AN	1		1, 2, 3, 4, 5	1 = Laurea 2 = Dipl.un. o laur. Breve 3 = Sc.media superiore 4 = Sc. Media inferiore 5 = Elementare o nessuno 9 = Sconosciuto
NR_SCHED	Nr. Scheda del reparto	N	8	NN		Valorizzato a 00000001
PROVEN	Tipo di struttura di provenienza	AN	1	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	1=domicilio dell'assistito, senza cure palliative domiciliari attive; 2=domicilio dell'assistito con cure domiciliari palliative attive; 3=Struttura socio-sanitaria residenziale; 4=struttura sociale; 5=struttura ospedaliera; 6=struttura di riabilitazione; 9=altro.
REGRIC	Regime di ricovero	AN	1	NN	1, 2	1 = ordinario 2 = diurno
D_RICOSP	Data ricovero osp.	Data	8	NN		GGMMAAAA
D_RICH	Data della richiesta di ricovero	Data	8			GGMMAAAA
D_RICEZ	Data di ricezione della richiesta di ricovero	Data	8			GGMMAAAA
PATOLOGIA	Patologia responsabile del quadro clinico	AN	5	NN		(Vedi tabella codici ICD9 CM) allineato a sinistra
MOTIVO	Motivo prevalente della presa in carico	AN	1	NN		1 = Clinico; 2 = Non clinico
SINTOMO1	Segno o sintomo 1	AN	5	NN		(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
SINTOMO2	Segno o sintomo 2	AN	5			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
NO_CLIN1	Motivo non clinico 1	AN	5			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
NO_CLIN2	Motivo non clinico 2	AN	5			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
SINT_PR1	Segno o sintomo primario 1	AN	5	NN		(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
SINT_PR2	Segno o sintomo primario 2	AN	5			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
SINT_SE1	Segno o sintomo secondario 1	AN	5			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra

Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Null	Val. am.	Note
SINT_SE2	Segno o sintomo secondario 2	AN	5			(Vedi tabella codici disponibili) allineato a sinistra
PRESTAZ	Macroprestazione	AN	2	NN		1=controllo dolore 2=controllo dispnea 3=controllo sintomi gastro-enterici 4=controllo sintomi psicocomportamentali 5=medicazioni complesse 6=sedazione terminale/palliativa 7= gestione di quadri clinici complessi 8= ascolto/supporto al paziente/famiglia 9=accudimento del paziente 99=altra macroprestazione
D_DIMOSP	Data di dimissione o morte	Data	8	NN		GGMMAAAA
MOD_DIM	Modalità uscita/dimissione	AN	2	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 20, 99	1=deceduto; 2= dimissione ordinaria a domicilio dell'assistito; 3= dimissione presso strutture residenziali extraospedaliere; 4= dimissione al domicilio dell'assistito con assistenza domiciliare; 6= trasferito ad ospedale; 20= dimissione dell'assistito con cure palliative domiciliari; 99=altro
GGANNODH	Numero accessi complessivi in diurno	N	3			Obbligatorio per REGRIC=2
TRASMIS- SIONE	Tipo di trasmissione del record	AN	1			La modalità di trasmissione si riferisce al record completo (composto dai campi dei tre archivi) I = Inserimento; V = Variazione; C = Cancellazione

A questo archivio si aggiungono le variabili specificate di seguito:

Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Null	Val.am.	Note
T_RICOSP	Ora di ricovero	Data	4			HHMM
T_DIMOSP	Ora di dimissione	Data	4			HHMM
TARPRO	Tariffa provinciale	N	9	NN		
DEG_OSP	Durata della degenza in ospedale	N	4	NN		Differenza tra data di ingresso e di dimissione dall'ospedale al netto dei giorni di permesso
GGPERTOT	Giorni di permesso totali	N	2			Somma dei giorni di permesso di reparto
IMP_FATT	Importo fattura	N	9			<b>NON COMPILARE</b>

Nome	Descrizione	Tipo	Lun	Null	Val.am.	Note
ASS_SESSO	Sesso	AN	1			Variabile di controllo ricavata dall'incrocio con altre banche dati
ASS_DATA_NA	Data di nascita	Data	8			Variabile di controllo ricavata dall'incrocio con altre banche dati
ASS_CITT	Cittadinanza	AN	3			Variabile di controllo ricavata dall'incrocio con altre banche dati
ASS_COM_RES	Comune di residenza anagrafica	AN	6			Variabile di controllo ricavata dall'incrocio con altre banche dati
ASS_REG_RES	Regione di residenza	AN	3			Variabile di controllo ricavata dall'incrocio con altre banche dati
ASS_ASL_RE S	Azienda sanitaria di iscrizione	AN	3			Variabile di controllo ricavata dall'incrocio con altre banche dati
ASS_PROVENIENZA	Provenienza del dato	AN	1			A = anagrafe F = flusso SDO M = misto
ETA_ANNO	Etá	N	3			calcolata come differenza tra l'anno di nascita e l'anno di analisi
ETA_PRES	Etá	N	3			calcolata come differenza tra la data di nascita e la data di dimissione

## ALLEGATO 3: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI

### LEGENDA:

OBB V: Obbligatorio e Vincolante

OBB: Obbligatorio in determinate circostanze

### A) ANAGRAFICA

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
<b>1. ISTITUTO</b> Struttura erogatrice	AN (8)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Esistenza del codice istituto nell'elenco dei codici istituto
<b>2. NOSOGRAF</b> Nosografico	AN (10)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b>  AAAA = ANNO DELLA DATA DI RICOVERO AAAA+NNNNNN
<b>3. NR_SCHED</b> Numero della scheda di reparto	N(8)	OBB	Valorizzare a 00000001
<b>4. COG</b> Cognome	AN (30)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Verifica non presenza caratteri non validi
<b>5. NOME</b> Nome	AN (20)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Verifica non presenza caratteri non validi
<b>6. NOMEA</b> Cognome acquisito	AN (20)		Verifica congruità con sesso = 2 Verifica non presenza caratteri non validi
<b>7. SESSO</b> Sesso	AN (1)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> 1 = maschio; 2 = femmina
<b>8. DNASCITA</b> Data di nascita	Data (8)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Validità della data nel formato ggmmaaaa Data di nascita minore della data del sistema Data di nascita minore (od uguale solo per i nati in ospedale) della data di ricovero Data di nascita non può essere anteriore di 125 anni rispetto a data di dimissione

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
<b>9. COM_NASC</b> Comune di nascita	AN (6)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Codici comuni ISTAT per comuni italiani; 999+codici Ministero degli Interni per i paesi esteri Se i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica dell'esistenza del comune sull'elenco dei paesi esteri Altrimenti esistenza del comune di nascita sull'elenco dei comuni Altri codici possibili 999997 se nato in Italia, ma comune sconosciuto; 999998= se nato all'estero e non si conosce paese estero; 999999= sconosciuto
<b>10. S_CIVILE</b> Stato civile	AN (1)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Deve essere compreso tra 1 e 6
<b>11. COM_RES</b> Residenza	AN (6)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Codici comuni ISTAT per comuni italiani; codici Ministero degli Interni per i paesi esteri Se i primi tre caratteri sono = "999" allora verifica dell'esistenza del comune sull'elenco dei paesi esteri Altrimenti esistenza del luogo di residenza sull'elenco dei comuni Altri codici possibili: 999997 (comune italiano sconosciuto); 999998 (residente all'estero e non si conosce il comune); 999999 (nessuna informazione)
<b>12. C_CITT</b> Cittadinanza	AN (3)	OBB	Verifica del paese estero nella lista dei paesi esteri. Altri codici: 999 per apolidi; 998 per sconosciuta o anonimi.
<b>13. LIBRETTO</b> Codice sanitario individuale	AN (16)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Verifica codice attraverso la procedura automatica in relazione alla banca dati anagrafica Allineato a sinistra
<b>14. FISCALE</b> Codice fiscale	AN (16)		Codice del Ministero delle Finanze Se il codice fiscale è diverso da "spazio" si verificano i caratteri 7-11 nel seguente modo 7-8 carattere uguale agli ultimi due caratteri anno di nascita 9 carattere uguale a mese di nascita A=gennaio, B=febbraio, C=martzo, D= aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre 10-11 carattere = a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40 10-11 carattere uguale a sesso (se <40 sesso=M, se > 40 sesso=F)
<b>15. REG_RES</b> Regione di residenza	AN (3)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Esistenza del codice regione di residenza sull'elenco delle regioni o sull'elenco dei paesi esteri Codici del Ministero della Sanità e codici del Ministero degli Interni per i paesi esteri Verifica congruenza con il comune di residenza Se comune sconosciuto COM_RES=999999 o 999998 o 999997 → REG_RES="999"
<b>16. ASL_RES</b> Comprensorio/ASL di residenza	AN (3)	OBB	<b>Obbligatorietà se comune di residenza italiano</b> Esistenza della coppia comune/regione e codice ASL di residenza sull'elenco delle ASL oppure codice ASL_RES= "spazio" se codice regione di residenza (REG_RES) presente sull'elenco dei paesi esteri o se codice della regione di residenza (REG_RES) ="999" . DM 17/9/86
<b>17. REG_ASS</b> Regione di assistenza	AN (3)	OBB	Esistenza del codice regione di appartenenza sull'elenco delle regioni Codici del Ministero della Sanità (DM 17/9/86)



Linee guida per la gestione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in regime di hospice

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
<b>18. ASL_ASS</b> ASL di iscrizione	AN (3)		Esistenza della coppia regione e codice ASL di iscrizione sull'elenco delle ASL oppure codice ASL di iscrizione = "spazio" se codice regione di iscrizione = "spazio" Codici del Ministero della Sanità (DM 17/9/86)
<b>19. RES_EST</b> Stato estero di residenza	AN (25)		Verifica del paese estero nel comune di residenza
<b>20. CAS_EST</b> Desc. cassa malati estera	AN (40)		Verifica del paese estero nel comune di residenza
<b>21. I_CASEST</b> Indir. cassa malati estera	AN (40)		Verifica del paese estero nel comune di residenza
<b>22. C_CASET</b> Cap cassa malati estera	AN (10)		Verifica del paese estero nel comune di residenza
<b>23. TIPO_ID</b> Tipo identificativo utente	AN (1)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> 1 = codice fiscale 2 = STP (straniero temporaneamente presente) 3 = AA (anonimo) 4 = TEAM (codice personale della TEAM) 5 = SPAG (straniero pagante in proprio) 6 = ASC (altro straniero convenzionato) 9 = CTA (cittadino temporaneamente assistito)
<b>24. COD_ID</b> Codice identificativo utente	AN (20)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> se TIPO_ID = 1 allora compilare con Codice fiscale del Ministero delle Finanze (si verificano i caratteri 7-11 nel seguente modo 7-8 carattere uguale agli ultimi due caratteri anno di nascita 9 carattere uguale a mese di nascita A=gennaio, B=febbraio, C=marzo, D= aprile, E=maggio, H=giugno, L=luglio, M=agosto, P=settembre, R=ottobre, S=novembre, T=dicembre 10-11 carattere = a giorno di nascita se valore > 40 bisogna sottrarre 40 10-11 CARATTERE UGUALE A SESSO (SE <40 SESSO=M, SE > 40 SESSO=F); se TIPO_ID = 2 allora compilare con Codice STP: STP+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo se TIPO_ID = 3 allora compilare con 20 "X" se TIPO_ID = 4 allora compilare con Codice TEAM se TIPO_ID = 5 allora compilare con Codice SPAG: SPAG+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo se TIPO_ID = 6 allora compilare con Codice ASC: ASC+codice regione(3)+codice ASL (3)+progressivo se TIPO_ID = 9 allora compilare con Codice CTA: CTA+codice regione(3)+codice ASL(3)+progressivo
<b>25. N_TEAM</b> Numero di identificazione della TEAM	AN (20)	OBB	se TIPO_ID = 4 allora compilare
<b>26. COD_IST</b> nome istituzione competente TEAM	AN (15)	OBB	se TIPO_ID = 4 allora compilare

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
<b>27. DEN_IST</b> Acronimo della istituzione che ha rilasciato la TEAM	AN (30)	OBB	se TIPO_ID = 4 allora compilare
<b>28. ST_ESTERO</b> Stato che rilascia la TEAM	AN (2)	OBB	se TIPO_ID = 4 allora compilare
<b>29. TIPO_TEAM</b> Tipo di assistenza previsto dalla TEAM	AN (4)	OBB	se TIPO_ID = 4 allora compilare Il valore deve essere "E106" o "E111" ; in caso contrario il campo deve rimanere vuoto
<b>30. DATA_SCAD</b> Data di scadenza della TEAM	Data (8)	OBB	Validità del formato ggmmaaaa se TIPO_ID = 4 allora compilare
<b>31. TITOLO</b> Livello di istruzione	AN (1)	OBB	1 = Laurea 2 = Diploma universitario o laurea breve 3 = Diploma scuola media superiore 4 = Diploma scuola media inferiore 5 = Licenza elementare o nessun titolo 9 = Sconosciuto

## B) ATTIVITÀ

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
<b>1. ISTITUTO</b> Struttura erogatrice	AN (8)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Esistenza del codice istituto nell'elenco dei codici istituto
<b>2. NOSOGRAF</b> Nosografico	AN (10) Lunghezza 10 di cui le prime 4 identificano l'anno della ammissione, le successive un progressivo del presidio ospedaliero all'interno dell'anno	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> AAAA = ANNO DELLA DATA DI RICOVERO AAAA+NNNNNN
<b>3. NR_SCHED</b> Numero della scheda di reparto	N(8)		Valorizzare a 00000001

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
<b>32. PROVEN</b> Tipo di struttura di provenienza	AN (1)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> 1=domicilio dell'assistito, senza cure palliative domiciliari attive; 2=domicilio dell'assistito con cure domiciliari palliative attive; 3=Struttura socio-sanitaria residenziale; 4=struttura sociale; 5=struttura ospedaliera; 6=struttura di riabilitazione; 9=altro.
<b>33. REGRIC</b> Regime di ricovero	AN (1)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> 1 = ricovero hospice ordinario 2 = ricovero hospice diurno  Se REGRIC = 2, allora non è possibile che il nosografico si sovrapponga (temporalmente) a ricovero dello stesso LIBRETTO con REGRIC = 1 nello stesso ISTITUTO. Se REGRIC = 1, allora non è possibile che il nosografico si sovrapponga (temporalmente) a ricovero dello stesso LIBRETTO con REGRIC = 2 nello stesso ISTITUTO.
<b>34. D_RICOSP</b> Data ed ora del ricovero in ospedale	Data (12)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Validità del formato ggmmaaaahhmm Data di ricovero minore della data di sistema Data di ricovero minore o uguale della data di dimissione Verifica di conflitti con altri ricoveri dello stesso paziente: data di ricovero successiva alla data di dimissione di precedenti ricoveri dello stesso paziente Data di ricovero maggiore (uguale solo per i nati in ospedale) della data di nascita
<b>36. D_RICH</b> Data della richiesta di ricovero	Data (8)		Validità del formato ggmmaaaa Data richiesta di ricovero minore/uguale data di ricovero Data richiesta di ricovero maggiore/uguale data di nascita (uguale solo per i neonati)
<b>37. D_RICEZ</b> Data di ricezione della richiesta di ricovero	Data (8)		Validità del formato ggmmaaaa Data di ricezione richiesta di ricovero maggiore/uguale di data richiesta di ricovero se esiste Data di ricezione richiesta di ricovero minore/uguale di data di ricovero Data di ricovero maggiore (uguale solo per i nati in ospedale) della data di nascita

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
<b>38. PATOLOGIA</b> Patologia responsabile del quadro clinico	AN (5)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> La patologia può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Primo carattere diverso da E ed M, nel caso in cui sia codificata in modo formalmente corretto, si effettuano i seguenti controlli: <ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza dei codici a tre caratteri nel rispettivo elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre</li> <li>- non presenza dei primi tre caratteri dei codici a più di tre cifre nell'elenco dei codici diagnosi codificati a tre cifre</li> </ul> Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
<b>39. MOTIVO</b> Motivo prevalente della presa in carico	AN (1)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> 1 = Clinico 2 = Non clinico
<b>40. SINTOMO1</b> Segno o sintomo clinico non diversamente controllabile	AN (5)	OBB V	Il sintomo/segno clinico può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Presenza dei codici nell' elenco dei codici diagnosi Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
<b>41. SINTOMO2</b> Ulteriore segno o sintomo clinico non diversamente controllabile	AN (5)		Il sintomo/segno clinico può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Presenza dei codici nell' elenco dei codici diagnosi Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
<b>42. NO_CLIN1</b> Motivo non clinico	AN (5)	OBB	Il sintomo/segno clinico può essere codificata solo con caratteri diversi da spazi. Primo carattere uguale a V Presenza dei codici nell'elenco dei codici diagnosi Allineamento a sinistra
<b>43. NO_CLIN2</b> Ulteriore motivo no clinico	AN (5)		Il sintomo/segno clinico può essere codificata solo con caratteri diversi da spazi. Primo carattere uguale a V Presenza dei codici nell'elenco dei codici diagnosi Allineamento a sinistra
<b>44. SINT_PR1</b> Segno o sintomo clinico primario 1	AN (5)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Il sintomo/segno clinico può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Presenza dei codici nell' elenco dei codici diagnosi Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
<b>45. SINT_PR2</b> Ulteriore segno o sintomo clinico primario	AN (5)		Il sintomo/segno clinico può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Presenza dei codici nell' elenco dei codici diagnosi Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
<b>46. SINT_SE1</b> Segno o sintomo clinico secondario	AN (5)		Il sintomo/segno clinico può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Presenza dei codici nell' elenco dei codici diagnosi Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
<b>47. SINT_SE2</b> Ulteriore segno o sintomo clinico secondario	AN (5)		Il sintomo/segno clinico può essere codificata solo con i primi tre caratteri diversi da spazi e gli ultimi 2 =spazi, oppure i primi quattro caratteri diversi da spazi e l'ultimo="spazio", oppure tutti e 5 i caratteri diversi da spazi Presenza dei codici nell' elenco dei codici diagnosi Congruenza con sesso ed età del paziente Allineamento a sinistra
<b>48. PRESTAZ</b> Macroprestazione	AN (2)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> 1=controllo dolore; 2=controllo dispnea; 3=controllo sintomi gastro-enterici (nausea, vomito ecc.); 4=controllo sintomi psicocomportamentali (ansia, angoscia, agitazione, delirium ecc.); 5=medicazioni complesse; 6=sedazione terminale/palliativa; 7= gestione di quadri clinici complessi (fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cu-tanee ecc.); 8= ascolto/supporto al paziente/famiglia; 9=accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente); 99=altra macroprestazione
<b>49. D_DIMOSP</b> Data ed ora di dimissione o morte	Data (12)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> Validità del formato ggmmaaahhmm Data di dimissione minore o uguale della data di sistema Data di dimissione maggiore o uguale della data di ricovero Data di dimissione maggiore o uguale dell'apertura dell'unità operativa Data di dimissione minore o uguale dell'eventuale data di chiusura dell'unità operativa Verifica di conflitti con altri ricoveri dello stesso paziente: data di dimissione precedente alla data di ricovero di successivi ricoveri Data di dimissione non può essere posteriore di 125 anni rispetto a data di nascita Se REGRIC = 2 anno della data di ricovero = anno della data di dimissione

Linee guida per la gestione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in regime di hospice

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
<b>50. MOD_DIM</b> Modalità di dimissione	AN (2)	OBB V	<b>Obbligatorietà</b> 1=deceduto; 2= dimissione ordinaria a domicilio dell'assistito; 3= dimissione presso strutture residenziali extraospedaliere; 4= dimissione al domicilio dell'assistito con assistenza domiciliare; 6= trasferito ad ospedale; 20= dimissione dell'assistito con cure palliative domiciliari; 99=altro
<b>51. GGANNODH</b> Numero di contatti complessivi in regime diurno	N (3)	OBB	Se REGRIC = 2 <b>Obbligatorietà</b> Minore o uguale della differenza in giorni tra data di ricovero e data di dimissione Non compilare in caso di REGRIC = 1
<b>52. TRASMISS</b> Tipo di trasmissione del record	AN (1)	OBB V	<b>Obbligatorietà in futuro</b> La variabile verrà utilizzata in futuro per la trasmissione dei dati al Ministero e contiene l'informazione sul tipo di aggiornamento del record completo (composto dai campi dei tre archivi). I=Inserimento; V=Variazione; C=Cancellazione

## ALLEGATO 4: TRACCIATI PER L'INVIO DEI DATI AL MINISTERO

**Quadro delle corrispondenze tra flussi ed eventuali operazioni sulle variabili prima dell'invio al Ministero:**

**nel Tracciato 1 "Presenza in carico"**

INVIO a SIAG	VISTA	INVIO a Ministero della Salute
TRASMISSIONE		Trasmissione
	LIBRETTO	Codice univoco assistito
DNASCITA Estrarre l'anno di nascita		Anno di nascita
SESSO		Genere
C_CITT Transcodificare dal codice a tre cifre del Ministero dell'Interno al codice Alpha2; da 999 a ZZ; da 998 a XX.		Cittadinanza
TITOLO Transcodificare da 1 a 5; da 2 a 5; da 3 a 4; da 4 a 3; da 5 a 2; da 9 a 6.		Titolo di studio
REG_RES Transcodificare a 999 per residenti all'estero		Regione di residenza
ASL_RES Transcodificare a 201 se REG_RES=041 Transcodificare a 999 per residenti all'estero		ASL di residenza
COM_RES Transcodificare da (999997, 999998) a 999999		Comune di residenza
COM_RES Estrarre lo stato estero di residenza e transcodificare dal codice a tre cifre del Ministero dell'Interno al codice Alpha2. Se COM_RES=999997 non compilare Transcodificare da 999 a ZZ; da 998 a XX.		Stato estero di residenza
REG_ASS Transcodificare a 041		Regione di presa in carico
ASL_ASS Transcodificare a 201		Asl di presa in carico
ISTITUTO		Struttura erogatrice
D_RICOSP Portare nel formato AAAA-MM-GG		Data di ricovero

## nel Tracciato 2 “Attività”

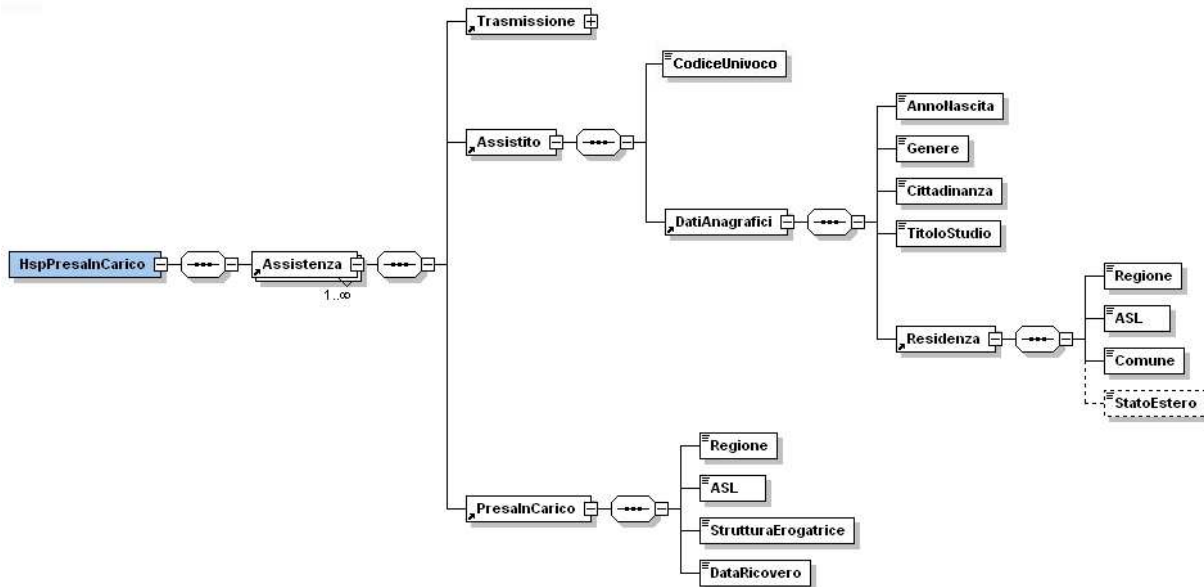
INVIO a SIAG	VISTA	INVIO a Ministero della Salute
TRASMISSIONE		Trasmissione
	LIBRETTO	Codice univoco assistito
REG_ASS		Regione di presa in carico
ASL_ASS Transcodificare a 201		Asl di presa in carico
ISTITUTO		Struttura erogatrice
D_RICOSP Portare nel formato AAAA-MM-GG		Data di ricovero
	TARPRO di- videre per DEG_OSP	Tariffa giornaliera
PROVEN		Tipo struttura di provenienza
D_RICH Portare nel formato AAAA-MM-GG		Data della richiesta di ricovero
D_RICEZ Portare nel formato AAAA-MM-GG		Data di ricezione della richiesta di ricovero
PATOLOGIA Estrarre i primi tre caratteri a sinistra ('0' compresi)		Patologia responsabile del quadro clinico
MOTIVO		Motivo prevalente della presa in carico
SINTOMO1		Segno/Sintomo clinico non diversamente controllabile 1
SINTOMO2		Segno/Sintomo clinico non diversamente controllabile 2
NO_CLIN1 Codificare con XXXXXX nel caso il campo non sia compilato		Motivo Non Clinico 1
NO_CLIN2		Motivo Non Clinico 2
SINT_PR1		Segno/Sintomo primario 1
SINT_PR2		Segno/Sintomo primario 2
SINT_SE1		Segno/Sintomo secondario 1
SINT_SE2		Segno/Sintomo secondario 2
PRESTAZ		Macroprestazioni
D_DIMOSP Portare nel formato AAAA-MM-GG		Data di dimissione
MOD_DIM Transcodificare da 1 a 6; da 2 a 1; da 3 a 4; da 4 a 2; da 6 a 5; da 20 a 3; da 99 a 9.		Modalità di dimissione



## Struttura per Tracciato 1 "Presenza in carico"

Evento	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
	Trasmissione ( <i>Campo tecnico</i> )	Tipo
Presenza in carico	Assistito	<b>Codice Univoco</b>
	Dati Anagrafici	Anno Nascita
		Genere
		Cittadinanza
		Titolo Studio
	Residenza	Regione
		ASL
		Comune
		Stato Estero
	Presenza In Carico	<b>Regione</b>
		<b>Asl</b>
		<b>Struttura erogatrice</b>
<b>Data ricovero (chiave logica)</b>		

## Diagramma per Tracciato 1 "Presenza in carico"



## Tracciato record "Presa in carico"

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
<b>Trasmissione</b>	Tipo	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate	A	<b>OBB</b>	<p>Valori ammessi:                      I: Inserimento                      V: Variazione                      C: Cancellazione</p> <p>Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione.</p> <p>Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una soprascrittura dal sistema di acquisizione.</p> <p>Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.</p>	1
<b>Assistito</b>	Codice Univoco	Indica il codice dell'assistito ai sensi delle disposizioni del regolamento del Ministero della Salute, approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 28 febbraio 2007 e delle disposizioni dello schema tipo di regolamento delle Regioni approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 13 aprile 2006,	AN	<b>OBB</b>	<p><b>CAMPO CHIAVE</b></p> <p>Il campo deve avere lunghezza massima di 32 caratteri.</p> <p>Il campo deve essere valorizzato con il codice univoco derivante dal relativo processo di codifica coerentemente con quanto indicato nello schema tipo di Regolamento regionale (applicabile sia a cittadini italiani che stranieri)</p>	Max 32

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORietà	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
<b>Residenza</b>	Regione	Identifica la Regione in cui risiede l'assistito.	AN	OBB	I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali. Nel caso in cui l'assistito risieda all'estero va indicato il codice 999.	3
	Comune	Identifica il comune nella cui anagrafe (Anagrafe della Popolazione Residente) è iscritto l'assistito.	AN	OBB	Il codice da utilizzare è quello previsto dalla codifica 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 l'assistito risieda all'estero va indicato il codice 999999.	6
	ASL	Identifica l'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito.	AN	OBB	Riferimento: MRA (Monitoraggio Rete Assistenza) Valori Ammessi: o Anagrafica MRA; o 999=Residente all'estero.	3

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORietà	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
	Stato estero	Indica lo Stato estero di residenza dell'assistito.	A	NBB	<p>La codifica da utilizzare è quella Alpha2 (a due lettere) prevista dalla normativa ISO 3166.</p> <p>Se valorizzato, compilare gli altri attributi afferenti la residenza con: codice regione=999 ,codice ASL=999 e codice Comune = 999999.</p> <p>Per coerenza il campo non può essere mai valorizzato con IT.</p> <p>Ulteriori Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• XK = Kosovo;</li> <li>• XX = Stato Estero di residenza sconosciuto;</li> <li>• ZZ = Apolidi.</li> </ul>	2
<b>Dati Anagrafici</b>	Anno di nascita	Indica l'anno di nascita dell'assistito.	N	OBB	Il codice da utilizzare è nel formato AAAA.	4
	Genere	Indica il sesso dell'assistito.	N	OBB	<p>I valori ammessi sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maschio</li> <li>2. femmina</li> </ol>	1
	Cittadinanza	Identifica la cittadinanza dell'assistito.	A	OBB	<p>La codifica da utilizzare è quella Alpha2 (a due lettere) prevista dalla normativa ISO 3166.</p> <p>In caso di cittadinanza sconosciuta indicare XX</p> <p>Ulteriori Valori ammessi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• XK = Kosovo;</li> <li>• XX = cittadinanza sconosciuta;</li> <li>• ZZ = Apolidi.</li> </ul>	2

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
	Titolo di studio	Indica il titolo di studio dell'assistito.	N	OBB	I valori ammessi sono: 1. nessuno 2. licenza elementare 3. licenza media inferiore 4. diploma media superiore 5. laurea 6. sconosciuto	1
<b>Presa in carico</b>	Regione	Individua la Regione in cui è ubicata la struttura (Hospice) presso la quale il soggetto è stato preso in carico.	AN	OBB	<b>CAMPO CHIAVE</b> I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.	3
	ASL	Identifica l'Azienda Sanitaria sul cui territorio insiste l'Hospice.	AN	OBB	<b>CAMPO CHIAVE</b> Riferimento: MRA (Monitoraggio Rete Assistenza) Valori Ammessi: o Anagrafica MRA.	3
	Struttura erogatrice	Indica la struttura Hospice presso la quale è preso in carico l'assistito.	AN	OBB	<b>CAMPO CHIAVE</b> In attesa dell'adozione del modello proposto dal Mattone 1 "classificazione delle strutture, che sarà recepito nel NSIS attraverso la progettualità "Monitoraggio della rete di assistenza", il campo utilizzerà i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis e STS.11.	6/8

Linee guida per la gestione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in regime di hospice

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
	Data di ricovero	Indica la data di ricovero.	D	OBB	<b>CAMPO CHIAVE (logica)</b> Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.	10

## Tracciato 1 XML (Esempio)

Aggiornamenti all'indirizzo:

<http://www.nsis.salute.gov.it/>

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<HspPresainCarico xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <Assistenza>
    <Trasmissione tipo="I"/>
    <Assistito>
      <CodiceUnivoco>12345678901234567890123456789012</CodiceUnivoco>
      <DatiAnagrafici>
        <AnnoNascita>1930</AnnoNascita>
        <Genere>1</Genere>
        <Cittadinanza>IT</Cittadinanza>
        <TitoloStudio>1</TitoloStudio>
        <Residenza>
          <Regione>010</Regione>
          <ASL>201</ASL>
          <Comune>010201</Comune>
          <!--StatoEstero>IT</StatoEstero-->
        </Residenza>
      </DatiAnagrafici>
    </Assistito>
    <PresainCarico>
      <Regione>010</Regione>
      <ASL>201</ASL>
      <StrutturaErogatrice>010201</StrutturaErogatrice>
      <DataRicovero>2012-01-02</DataRicovero>
    </PresainCarico>
  </Assistenza>
  .....
  .....
  .....
</HspPresainCarico>
```

## Tracciato 1 XSD

```
<xs:schema xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xs:simpleType name="idUnivoco">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:minLength value="1"/>
      <xs:maxLength value="32"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="anno">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[1-2]{1}[0-9]{3}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="genere">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[1-2]{1}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
```

```

<xs:simpleType name="cittadinanza">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[A-Z]{2}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="titoloStudio">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[1-6]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="regioneResidenza">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="010"/>
    <xs:pattern value="020"/>
    <xs:pattern value="030"/>
    <xs:pattern value="041"/>
    <xs:pattern value="042"/>
    <xs:pattern value="050"/>
    <xs:pattern value="060"/>
    <xs:pattern value="070"/>
    <xs:pattern value="080"/>
    <xs:pattern value="090"/>
    <xs:pattern value="100"/>
    <xs:pattern value="110"/>
    <xs:pattern value="120"/>
    <xs:pattern value="130"/>
    <xs:pattern value="140"/>
    <xs:pattern value="150"/>
    <xs:pattern value="160"/>
    <xs:pattern value="170"/>
    <xs:pattern value="180"/>
    <xs:pattern value="190"/>
    <xs:pattern value="200"/>
    <xs:pattern value="999"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="regioneErogazione">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="010"/>
    <xs:pattern value="020"/>
    <xs:pattern value="030"/>
    <xs:pattern value="041"/>
    <xs:pattern value="042"/>
    <xs:pattern value="050"/>
    <xs:pattern value="060"/>
    <xs:pattern value="070"/>
    <xs:pattern value="080"/>
    <xs:pattern value="090"/>
    <xs:pattern value="100"/>
    <xs:pattern value="110"/>
    <xs:pattern value="120"/>
    <xs:pattern value="130"/>
    <xs:pattern value="140"/>
    <xs:pattern value="150"/>
    <xs:pattern value="160"/>
    <xs:pattern value="170"/>
    <xs:pattern value="180"/>
    <xs:pattern value="190"/>
    <xs:pattern value="200"/>
  </xs:restriction>

```



```

</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="codASL">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[a-zA-Z0-9]{3}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="codASLResidenza">
  <xs:restriction base="codASL">
    <xs:pattern value="999"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="comune">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[0-9]{6}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="statoEstero">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[A-Za-z]{2}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="tipoTrasmissione">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[IVC]{1}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="strutturaErogatrice">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:minLength value="6"/>
    <xs:maxLength value="8"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:element name="Trasmissione">
  <xs:complexType>
    <xs:attribute name="tipo" type="tipoTrasmissione" use="required"/>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Assistito">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="CodiceUnivoco" type="idUnivoco"/>
      <xs:element ref="DatiAnagrafici"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="DatiAnagrafici">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="AnnoNascita" type="anno"/>
      <xs:element name="Genere" type="genere"/>
      <xs:element name="Cittadinanza" type="cittadinanza"/>
      <xs:element name="TitoloStudio" type="titoloStudio"/>
      <xs:element ref="Residenza"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Erogatore">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>

```

```

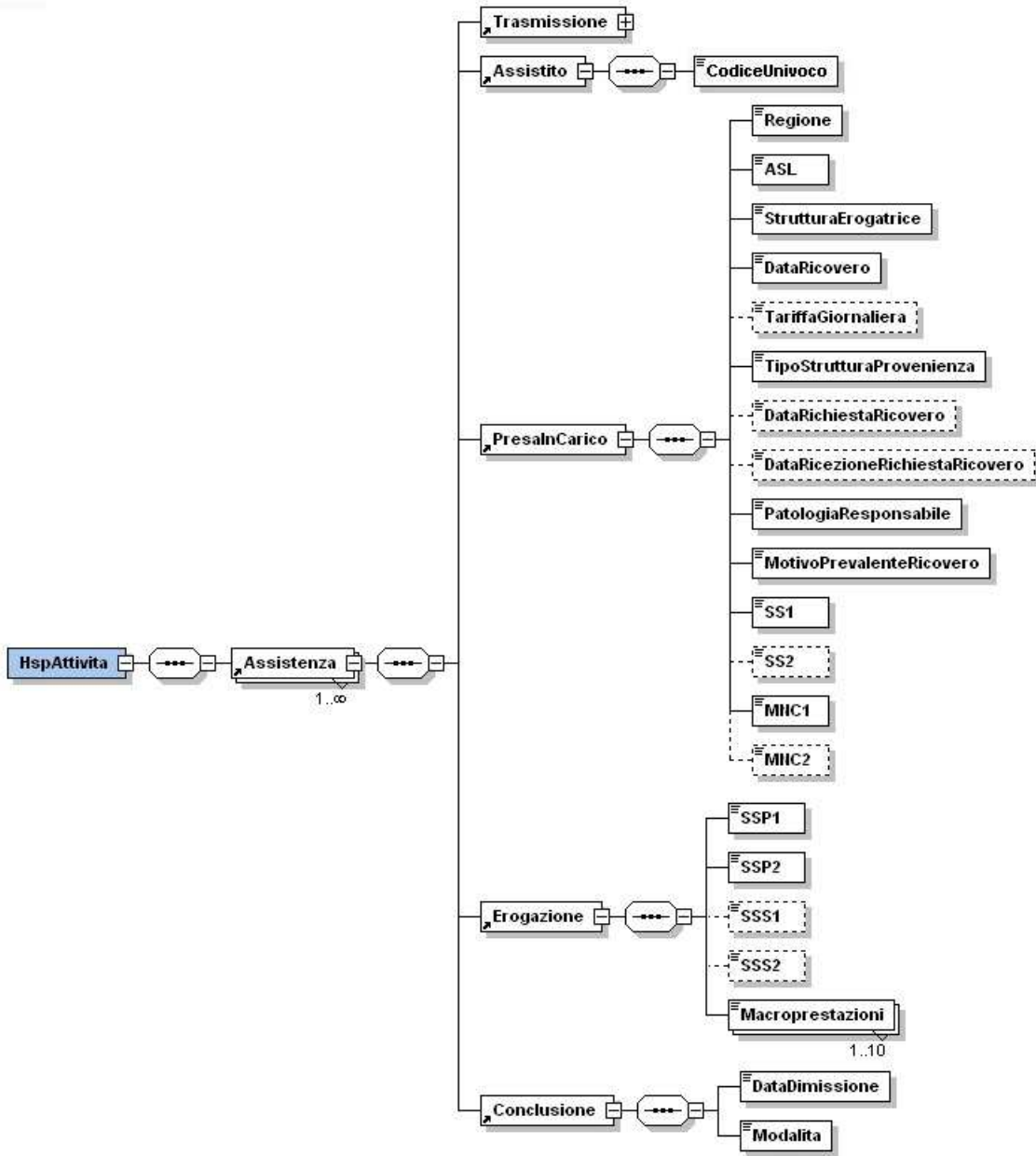
        <xs:element name="CodiceRegione" type="regioneErogazione"/>
        <xs:element name="CodiceASL" type="codASL"/>
    </xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="HspPresainCarico">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element ref="Assistenza" maxOccurs="unbounded"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Assistenza">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element ref="Trasmissione"/>
            <xs:element ref="Assistito"/>
            <xs:element ref="PresainCarico"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Residenza">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="Regione" type="regioneResidenza"/>
            <xs:element name="ASL" type="codASL"/>
            <xs:element name="Comune" type="comune"/>
            <xs:element name="StatoEstero" type="statoEstero" minOccurs="0"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="PresainCarico">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="Regione" type="regioneErogazione"/>
            <xs:element name="ASL" type="codASL"/>
            <xs:element name="StrutturaErogatrice" type="strutturaErogatrice"/>
            <xs:element name="DataRicovery" type="xs:date"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
</xs:schema>

```

## Struttura per Tracciato 2 "Attività"

Evento	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
Campo tecnico	Trasmissione	Tipo
Attività	Assistito	Codice Univoco
		Codice Regione
		Codice ASL
		Struttura Erogatrice
		Data Ricovero (chiave logica)
		Tariffa giornaliera
		Tipo Struttura Provenienza
		Data Richiesta Ricovero
		Data Ricezione Richiesta Ricovero
		Patologia Responsabile
		Motivo Prevalente Ricovero
		Segno/Sintomo clinico 1
		Segno/Sintomo clinico 2
		Motivo Non Clinico 1
	Motivo Non Clinico 2	
	Erogazione	Segno/Sintomo primario 1
		Segno/Sintomo primario 2
		Segno/Sintomo secondario 1
		Segno/Sintomo secondario 2
		Macroprestazioni (chiave logica)
Conclusione	Data Dimissione	
	Modalità Dimissione	

## Diagramma per Tracciato 2 "Attività"



## Tracciato record "Attività"

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORietà	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
<b>Trasmissione</b>	<b>Tipo</b>	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate	A	<i>OBB</i>	<p>Valori ammessi:                      I: Inserimento                      V: Variazione                      C: Cancellazione</p> <p>Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione.</p> <p>Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una soprascrittura dal sistema di acquisizione.</p> <p>Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.</p>	1
<b>Assistito</b>	Codice Univoco	Indica il codice dell'assistito ai sensi delle disposizioni del regolamento del Ministero della Salute, approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 28 febbraio 2007 e delle disposizioni dello schema tipo di regolamento delle Regioni approvato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali nella seduta del Collegio del 13 aprile 2006,	AN	<i>OBB</i>	<p><b>CAMPO CHIAVE</b></p> <p>Il campo deve avere lunghezza massima di 32 caratteri.</p> <p>Il campo deve essere valorizzato con il codice univoco derivante dal relativo processo di codifica coerentemente con quanto indicato nello schema tipo di Regolamento regionale (applicabile sia a cittadini italiani che stranieri)</p>	Max 32

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
<b>Presa in carico</b>	Regione	Individua la Regione in cui è ubicata la struttura (Hospice) presso la quale il soggetto è stato preso in carico.	AN	OBB	<b>CAMPO CHIAVE</b> I valori ammessi sono quelli a tre caratteri definiti con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.	3
	ASL	Identifica l'Azienda Sanitaria sul cui territorio insiste l'Hospice.	AN	OBB	<b>CAMPO CHIAVE</b> Riferimento: MRA (Monitoraggio Rete Assistenza) Valori Ammessi: o Anagrafica MRA.	3
	Struttura erogatrice	Indica la struttura Hospice presso la quale è preso in carico l'assistito.	AN	OBB	<b>CAMPO CHIAVE</b> In attesa dell'adozione del modello proposto dal Mattone 1 "classificazione delle strutture, che sarà recepito nel NSIS attraverso la progettualità "Monitoraggio della rete di assistenza", il campo utilizzerà i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis e STS.11.	6/8
	Data di ricovero	Indica la data di ricovero.	D	OBB	<b>CAMPO CHIAVE (logica)</b> Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.	10
	Tariffa giornaliera	Indica la componente della tariffa applicata a carico del Servizio Sanitario Regionale.	N	FAC	Valore numerico compreso tra 0.01 e 999999.99	9

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
	Tipo struttura di provenienza	Indica la struttura o il luogo di provenienza dell'assistito.	N	OBB	I valori ammessi sono: 1. domicilio dell'assistito, senza cure palliative domiciliari attive 2. domicilio dell'assistito con cure palliative domiciliari attive 3. Struttura socio-sanitaria residenziale 4. struttura sociale 5. struttura ospedaliera 6. struttura di riabilitazione 9. altro	1
	Data richiesta ricovero	Indica la data presente sulla richiesta del medico che propone il ricovero del paziente.	D	FAC	Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.	10
	Data ricezione richiesta ricovero	Indica la data in cui l'Hospice riceve la richiesta di ricovero.	D	FAC	Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.	10
	Patologia responsabile	Indica la patologia responsabile del quadro clinico. E' possibile indicare un'unica patologia.	AN	OBB	Utilizzare codifica ICD 9 CM, limitatamente ai primi tre caratteri che individuano la categoria.	3
	Motivo prevalente Ricovero	Indica il motivo prevalente per il quale è richiesta la presa in carico.	N	OBB	I valori ammessi sono: 1. Clinico 2. Non clinico	1

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
	Segno/Sintomo clinico non diversamente controllabile - SS1	Indica il segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico.	AN	OBB	Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella <a href="#">Tabella 1</a> . <sup>2</sup>	3/6
	Segno/Sintomo clinico non diversamente controllabile - SS2	Indica un ulteriore segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico.	AN	FAC	Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella <a href="#">Tabella 1</a> . <sup>1</sup>	3/6
	Motivo non clinico - MNC1	Indica il motivo non clinico alla base della presa in carico.	AN	OBB	Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi non clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella <a href="#">Tabella 2</a> . <sup>1</sup> Nei casi in cui non è presente nessun motivo non clinico codificare con "XXXXXX"	3/6

<sup>2</sup> Selezionare CTR+click per attivare il collegamento con la Tabella 1 riportata alla fine del documento.



NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
	Motivo non clinico - MNC2	Indica un ulteriore motivo non clinico alla base della presa in carico.	AN	FAC	Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi non clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella <a href="#">Tabella 2</a> . <sup>1</sup> Nei casi in cui non è presente nessun motivo non clinico codificare con "XXXXXX"	3/6
	Segno/sintomo clinico primario - SSP1	Indica il segno/sintomo la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.	AN	OBB	Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella <a href="#">Tabella 1</a> . <sup>3</sup>	3/6
	Segno/sintomo clinico primario - SSP2	Indica un ulteriore segno/sintomo la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.	AN	OBB	Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella <a href="#">Tabella 1</a> . <sup>4</sup>	3/6
	Segno/sintomo clinico secondario - SSS1	Indica altro segno/sintomo gestito della struttura.	AN	FAC	Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella <a href="#">Tabella 1</a> . <sup>3</sup>	3/6

<sup>3</sup> Selezionare CTR+click per attivare il collegamento con la Tabella 1 riportata alla fine del documento.

<sup>4</sup> Selezionare CTR+click per attivare il collegamento con la Tabella 1 riportata alla fine del documento.

Linee guida per la gestione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in regime di hospice

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
	Segno/sintomo clinico secondario- SSS2	Indica un ulteriore altro segno/sintomo gestito dalla struttura.	AN	FAC	Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella <a href="#">Tabella 1</a> . <sup>3</sup>	3/6
	Macroprestazioni	Indica le macroprestazioni che caratterizzano l'assistenza erogata. (NB: Possono essere inserite al massimo 10 macroprestazioni, il campo è obbligatorio, sono da segnalare solo le macroprestazioni erogate nel corso dell'assistenza)	N	OBB	I valori ammessi sono: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. controllo dolore</li> <li>2. controllo dispnea</li> <li>3. controllo sintomi gastro-enterici (nausea, vomito, ecc.)</li> <li>4. controllo sintomi psico-comportamentali (ansia, angoscia, agitazione, delirium, ecc.)</li> <li>5. medicazioni complesse</li> <li>6. sedazione terminale/palliativa</li> <li>7. gestione di quadri clinici complessi (fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee, etc.)</li> <li>8. ascolto/supporto al paziente/famiglia</li> <li>9. accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente)</li> <li>99 altra macroprestazione</li> </ol>	2
<b>Conclusioni</b>	Data di dimissione	Indica la data di dimissione.	D	OBB	Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG	10

NODO DI RIFERIMENTO	NOME CAMPO	DESCRIZIONE	TIPO	OBBLIGATORIETÀ	INFORMAZIONI DI DOMINIO	LUNGHEZZA CAMPO
	Modalità di dimissione	Indica la motivazione per cui viene conclusa l'assistenza.	N	OBB	I valori ammessi sono: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dimissione ordinaria al domicilio dell' assistito</li> <li>2. dimissione al domicilio dell'assistito con assistenza domiciliare</li> <li>3. dimissione dell' assistito con cure palliative domiciliari</li> <li>4. dimissione presso strutture residenziali extraospedaliere</li> <li>5. trasferito ad ospedale</li> <li>6. deceduto</li> <li>9. altro</li> </ol>	1

## Tracciato 2 XML (Esempio)

Aggiornamenti all'indirizzo:

<http://www.nsis.salute.gov.it/>

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<HspAttivita xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
xsi:noNamespaceSchemaLocation="C:\DOCUME~1\Server\Desktop\Tracciato2.xsd">
  <Assistenza>
    <Trasmissione tipo="I"/>
    <Assistito>
      <CodiceUnivoco>12345678901234567890123456789012</CodiceUnivoco>
    </Assistito>
    <PresainCarico>
      <Regione>010</Regione>
      <ASL>201</ASL>
      <StrutturaErogatrice>010201</StrutturaErogatrice>
      <DataRicovero>2012-01-02</DataRicovero>
      <TariffaGiornaliera>100.00</TariffaGiornaliera>
      <TipoStrutturaProvenienza>1</TipoStrutturaProvenienza>
      <DataRichiestaRicovero>2011-12-30</DataRichiestaRicovero>
      <DataRicezioneRichiestaRicovero>2011-12-30</DataRicezioneRichiestaRicovero>
      <PatologiaResponsabile>200</PatologiaResponsabile>
      <MotivoPrevalenteRicovero>1</MotivoPrevalenteRicovero>
      <SS1>459.0</SS1>
      <SS2>578.0</SS2>
      <MNC1>V60.1</MNC1>
      <MNC2>V60.4</MNC2>
    </PresainCarico>
    <Erogazione>
      <SSP1>459.0</SSP1>
      <SSP2>578.0</SSP2>
      <SSS1>782.4</SSS1>
      <SSS2>787.02</SSS2>
      <Macroprestazioni>1</Macroprestazioni>
      <Macroprestazioni>2</Macroprestazioni>
      <Macroprestazioni>3</Macroprestazioni>
      <Macroprestazioni>4</Macroprestazioni>
      <Macroprestazioni>5</Macroprestazioni>
      <Macroprestazioni>6</Macroprestazioni>
      <Macroprestazioni>7</Macroprestazioni>
      <Macroprestazioni>8</Macroprestazioni>
      <Macroprestazioni>9</Macroprestazioni>
      <Macroprestazioni>99</Macroprestazioni>
    </Erogazione>
    <Conclusione>
      <DataDimissione>2012-04-30</DataDimissione>
      <Modalita>1</Modalita>
    </Conclusione>
  </Assistenza>
  .....
  .....
  .....
</HspAttivita>
```

## Tracciato 2 XSD

```

<xs:schema xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xs:simpleType name="idUnivoco">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:minLength value="1"/>
      <xs:maxLength value="32"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="regioneErogazione">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="010"/>
      <xs:pattern value="020"/>
      <xs:pattern value="030"/>
      <xs:pattern value="041"/>
      <xs:pattern value="042"/>
      <xs:pattern value="050"/>
      <xs:pattern value="060"/>
      <xs:pattern value="070"/>
      <xs:pattern value="080"/>
      <xs:pattern value="090"/>
      <xs:pattern value="100"/>
      <xs:pattern value="110"/>
      <xs:pattern value="120"/>
      <xs:pattern value="130"/>
      <xs:pattern value="140"/>
      <xs:pattern value="150"/>
      <xs:pattern value="160"/>
      <xs:pattern value="170"/>
      <xs:pattern value="180"/>
      <xs:pattern value="190"/>
      <xs:pattern value="200"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="codASL">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[a-zA-Z0-9]{3}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="tipoTrasmissione">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[IVC]{1}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="strutturaErogatrice">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:minLength value="6"/>
      <xs:maxLength value="8"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="SSP">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:minLength value="3"/>
      <xs:maxLength value="6"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="macroPrestazioni">
    <xs:restriction base="xs:string">

```

```

        <xs:pattern value="1"/>
        <xs:pattern value="2"/>
        <xs:pattern value="3"/>
        <xs:pattern value="4"/>
        <xs:pattern value="5"/>
        <xs:pattern value="6"/>
        <xs:pattern value="7"/>
        <xs:pattern value="8"/>
        <xs:pattern value="9"/>
        <xs:pattern value="99"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="modDimissione">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:pattern value="[1-69]{1}"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:element name="Trasmissione">
    <xs:complexType>
        <xs:attribute name="tipo" type="tipoTrasmissione" use="required"/>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Assistito">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="CodiceUnivoco" type="idUnivoco"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Erogatore">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="CodiceRegione" type="regioneErogazione"/>
            <xs:element name="CodiceASL" type="codASL"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="HspAttivita">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element ref="Assistenza" maxOccurs="unbounded"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Assistenza">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element ref="Trasmissione"/>
            <xs:element ref="Assistito"/>
            <xs:element ref="PresainCarico"/>
            <xs:element ref="Erogazione"/>
            <xs:element ref="Conclusioni"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="PresainCarico">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="Regione" type="regioneErogazione"/>
            <xs:element name="ASL" type="codASL"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>

```

```

        <xs:element name="StrutturaErogatrice" type="strutturaErogatrice"/>
        <xs:element name="DataRicovero" type="xs:date"/>
        <xs:element name="TariffaGiornaliera" type="tariffa" minOccurs="0"/>
        <xs:element name="TipoStrutturaProvenienza" type="tipoStruttura"/>
        <xs:element name="DataRichiestaRicovero" type="xs:date" minOccurs="0"/>
        <xs:element name="DataRicezioneRichiestaRicovero" type="xs:date" minOc-
curs="0"/>
        <xs:element name="PatologiaResponsabile" type="patologia"/>
        <xs:element name="MotivoPrevalenteRicovero" type="motivo"/>
        <xs:element name="SS1" type="sintomo"/>
        <xs:element name="SS2" type="sintomo" minOccurs="0"/>
        <xs:element name="MNC1" type="motivoNonClinico"/>
        <xs:element name="MNC2" type="motivoNonClinico" minOccurs="0"/>
    </xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<xs:simpleType name="tariffa">
    <xs:restriction base="xs:decimal">
        <xs:totalDigits value="8"/>
        <xs:fractionDigits value="2"/>
        <xs:minInclusive value="0.01"/>
        <xs:maxInclusive value="999999.99"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="tipoStruttura">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:pattern value="[1-69]{1}"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="patologia">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:length value="3"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="motivo">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:pattern value="[1-2]{1}"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="sintomo">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:minLength value="3"/>
        <xs:maxLength value="6"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="motivoNonClinico">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:minLength value="3"/>
        <xs:maxLength value="6"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:element name="Erogazione">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="SSP1" type="SSP"/>
            <xs:element name="SSP2" type="SSP"/>
            <xs:element name="SSS1" type="SSP" minOccurs="0"/>
            <xs:element name="SSS2" type="SSP" minOccurs="0"/>
            <xs:element name="Macroprestazioni" type="macroPrestazioni" maxOccurs="10"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>

```

```
        </xs:sequence>
      </xs:complexType>
    </xs:element>
    <xs:element name="Conclusione">
      <xs:complexType>
        <xs:sequence>
          <xs:element name="DataDimissione" type="xs:date"/>
          <xs:element name="Modalita" type="modDimissione"/>
        </xs:sequence>
      </xs:complexType>
    </xs:element>
  </xs:schema>
```