

**HOSPICE - FLUSSO INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA
PRESSO GLI HOSPICE**

Sommario

CRONOLOGIA VARIAZIONI	3
PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	4
OBIETTIVI	4
STRUTTURA DEL DOCUMENTO	4
GENERALITÀ	5
ACRONIMI ED ABBREVIAZIONI	5
RIFERIMENTI NORMATIVI	7
CONTESTO DI RIFERIMENTO	8
Ambito di rilevazione	8
Strutture di erogazione	8
Classificazione delle patologie	8
Codice Univoco dell'Assistito	9
REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE	10
Obbligatorietà dei campi	10
Modalità di movimentazione dei dati	10
SISTEMA DEI CONTROLLI	10
Controlli di tipo formale	10
Controlli logici e normativi	11
CALENDARIO DEGLI INVII	12
ALLEGATI	13
TRACCIATI RECORD	13
Chiave univoca di collegamento dei tracciati	13
Invio dei tracciati	13
Movimentazione dei record	13
Descrizione del tracciato	15
Tracciato "Assistito"	16
Tracciato "Eventi"	18
TABELLA DEI CONTROLLI	52

CRONOLOGIA VARIAZIONI

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V03	22/07/2013	- Aggiornati Riferimenti normativi (voce D10 per rilascio nuove specifiche ministeriali); - Aggiornato paragrafo Strutture di Erogazione; - Aggiornato paragrafo Chiave univoca di collegamento dei tracciati; - Campo 02.0: aggiornati denominazione , descrizione, valori ammessi, osservazioni e precisazioni; - Campi 16.0, 18.0, 19.0: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Campo 23.0, 25.0, 28.0 29.0: aggiornati condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB) e valori ammessi, osservazioni e precisazioni; - Campo 27.0: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Campo: aggiornata condizione di obbligatorietà (da NBB a OBB); - Controlli L03, L04, L15, L16, L17, L18: aggiornate prescrizioni controllo.
V02	27/11/2012	- Aggiornati Riferimenti normativi (voce D10); - Campo 08.0: applicato nuovo controllo L21; - Campi 04.0, 05.0, 31.0: applicato nuovo controllo N08; - Controlli L21, N08: nuovo inserimento.
V01	26/10/2012	Versione iniziale del documento.

PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

OBIETTIVI

Il presente documento costituisce il disciplinare tecnico di riferimento per la corretta compilazione del flusso informativo regionale per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice della Regione Piemonte (flusso HOSP-RP), in coerenza con il Decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice”.

Il documento riporta i tracciati previsti dal flusso, le regole funzionali per la corretta valorizzazione dei campi, i controlli formali ed i controlli logici applicati a livello regionale sui dati trasmessi dalle ASR coinvolte.

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il documento si articola nei seguenti capitoli:

- PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO
- CONTESTO DI RIFERIMENTO
- GENERALITÀ: il capitolo riporta il significato di acronimi ed abbreviazioni, i riferimenti normativi maggiormente rilevanti, l'esplicazione di alcune locuzioni la cui univoca interpretazione risulta fondamentale per una corretta compilazione del flusso;
- ALLEGATI:
 - tracciato in forma tabellare;
 - schede analitiche relative ad ogni campo del tracciato;
 - tabelle di codifica.

GENERALITÀ

ACRONIMI ED ABBREVIAZIONI

A	=	ALFABETICO
ADI	=	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
ADP	=	ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA
AN	=	ALFANUMERICO
ASN	=	Anagrafe delle Strutture sanitarie della Regione Piemonte
ASR	=	AZIENDA SANITARIA REGIONALE
ASL	=	AZIENDA SANITARIA LOCALE
AO	=	AZIENDA OSPEDALIERA
Ass.	=	assistenza
CDA	=	Centro Diurno Alzheimer
CTR	=	CONTROLLO
D	=	DATA
DD	=	Determina Dirigenziale
DDL	=	Disegno di Legge
DGR	=	Deliberazione della Giunta Regionale (della Regione Piemonte)
DL	=	Decreto Legge
D.lgs	=	Decreto legislativo
DM	=	DECRETO MINISTERIALE
DPCM	=	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPR	=	Decreto del Presidente della Repubblica
DRG	=	<i>Diagnosis-Related Groups</i> (Raggruppamenti omogenei di diagnosi)
ECG	=	ElettroCardioGramma
FIM	=	FLUSSI INFORMATIVI MINISTERIALI
G.U.	=	Gazzetta Ufficiale
HGT	=	<i>Haemo-Gluco-Test</i>
HOSP-RP	=	Flusso informativo regionale per il monitoraggio dell'assistenza presso gli Hospice
ICD9CM	=	<i>International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification</i> (Classificazione internazionale delle malattie, IX revisione, modifica clinica)
IRCCS	=	ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
L.	=	Legge (nazionale)
LEA	=	Livelli Essenziali di Assistenza
LIS	=	<i>Locked-in Syndrome</i>
MDC	=	MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORIES
MdS	=	Ministero della Salute (ex Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali)
MMG	=	Medico di medicina generale
MRA	=	Monitoraggio della Rete di Assistenza
N	=	NUMERICO
n.a.	=	non applicabile
NAC	=	Nuclei Alta Complessità per patologie neurologiche
NAT	=	Nuclei Alzheimer Temporaneo
N.B.	=	nota bene
NBB	=	NON OBBLIGATORIO
NSIS	=	Nuovo Sistema Informativo Sanitario (nazionale)
NSV	=	Nucleo assistenza soggetti in Stato Vegetativo e in stato di minima coscienza
OBB	=	OBBLIGATORIO
PIC	=	Presenza In Carico
PLS	=	Pediatra di libera scelta
RA	=	RESIDENZA ANZIANI
RAF	=	RESIDENZA ASSISTENZIALE FLESSIBILE
RP	=	Regione Piemonte
RRF	=	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

RSA	=	RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
SDO	=	Schede di Dimissione Ospedaliera
SEE	=	Spazio Economico Europeo
SIAD	=	Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare
SSN	=	SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
SID	=	SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE
SLA	=	Sclerosi Laterale Amiotrofica
SM	=	Sclerosi Multipla
SMC	=	Stato di Minima Coscienza
SV	=	Stato Vegetativo
U.O.	=	UNITÀ OPERATIVA
U.O.C.P.	=	UNITÀ OPERATIVA DI CURE PALLIATIVE
U.P.	=	UNITÀ PRODUTTIVA
U.V.	=	Unità di Valutazione
U.V.G.	=	Unità di Valutazione Geriatrica
VAC	=	<i>Vacuum Assisted Closure</i>
XML	=	<i>eXtensible Markup Language</i>
XSD	=	<i>XML Schema Definition</i>

RIFERIMENTI NORMATIVI

- [D1] – D.P.R. 14 gennaio 1997 “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”, pubblicato sul supplemento ordinario alla G.U n. 42 del 20 febbraio 1997.
- [D2] – D.G.R. 6 maggio 1998, n. 17-24510 “Approvazione linee guida indicanti i requisiti organizzativi tecnici strutturali di tutto il sistema delle cure palliative e domiciliari in Piemonte.
- [D3] – D.P.C.M. 20 gennaio 2000 “Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative”.
- [D4] – D.M. MdS 27 ottobre 2000, n. 380 “Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”.
- [D5] – D.G.R. 14 ottobre 2002, n. 15-7336 “Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti all'applicazione delle cure palliative in Piemonte, alla formazione degli operatori e all'attuazione del Programma regionale per le Cure Palliative. Parziale modifica della D.G.R. n. 17-24510 del 06.05.1998”.
- [D6] – D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, pubblicato nel supplemento ordinario n. 123 alla G.U. n. 174 del 29 luglio 2003.
- [D7] – L. 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, pubblicata nella G.U. n. 65 del 19 marzo 2010.
- [D8] – Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 380 dell'11 ottobre 2011 "Parere favorevole sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante 'Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice'".
- [D9] – D.M. MdS 6 giugno 2012 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice”, pubblicato nella G.U. n. 142 del 20 giugno 2012.
- [D10] – Specifiche funzionali dei tracciati Hospice (Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice) versione 1.7 in vigore dal 5 agosto 2013; emesse dal Ministero della Salute.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Ambito di rilevazione

Il flusso informativo regionale Hospice (HOSP-RP) rileva le **informazioni riguardanti l'assistenza sanitaria e sociosanitaria erogata presso gli Hospice** della Regione Piemonte. Restano **esclusi dalla rilevazione tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da “sostegno sociale” alla persona.**

L'assistenza sanitaria erogata presso gli Hospice è rilevata **anche per le strutture Hospice ubicate all'interno di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.**

Il flusso è alimentato con le informazioni relative all'**assistenza erogata a partire dal 1 luglio 2012.**

Il flusso informativo fa riferimento alle informazioni relative all'erogatore dell'assistenza e ad una serie di dati personali dell'assistito non direttamente identificativi dell'interessato, a' sensi del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 [D6]:

- ☐ caratteristiche dell'assistito;
- ☐ informazioni precedenti la fase di presa in carico;
- ☐ informazioni legate alla fase di presa in carico;
- ☐ informazioni relative all'inizio dell'assistenza;
- ☐ principali segni/sintomi oggetto di assistenza;
- ☐ tipologia delle prestazioni erogate;
- ☐ informazioni relative alla fase di conclusione.

Le informazioni raccolte devono essere trasmesse a conclusione del percorso assistenziale.

Strutture di erogazione

Si intendono Hospice esclusivamente le strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti dal D.P.C.M. 20 gennaio 2000 [D3].

In ambito regionale, l'articolazione organizzativa di ogni struttura di erogazione è definita dalle Aziende Sanitarie regionali, in coerenza con l'Atto Aziendale, nell'applicativo regionale ASN (Anagrafe delle Strutture sanitarie).

A' fini di identificazione della struttura di erogazione sono censite le seguenti informazioni:

- ⤴ **Codice ASL/AO di presa in carico:** codice dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera nel cui territorio si trova l'Hospice presso cui è in carico l'assistito;
- ⤴ **Struttura erogatrice:** codice HSP.11/HSP.11bis/STS.11 della struttura Hospice presso cui è preso in carico l'assistito;
- ⤴ **Matricola Unità Produttiva:** Codice matricola dell'Unità Produttiva che eroga l'assistenza (Punto di erogazione).

Classificazione delle patologie

In fase di avvio del flusso, relativamente alle patologie, è necessario ricorrere alla classificazione ICD9CM versione 2007. Successivamente si farà ricorso a versioni della classificazione coerenti con quelle utilizzate dal flusso informativo inerente alle Schede di Dimissione Ospedaliera (D.M. MdS 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modifiche [D4]), al fine di garantire l'allineamento tra il flusso Hospice ed il flusso SDO.

Codice Univoco dell'Assistito

Secondo le specifiche ministeriali, a' fini dell'invio dei dati raccolti al NSIS, l'assistito dev'essere identificato attraverso un codice univoco (ed anonimo), della lunghezza massima di 32 caratteri, derivante dal processo di codifica coerente con quanto indicato nello schema tipo di Regolamento regionale (applicabile sia a cittadini italiani sia stranieri).

A tal fine, il Codice Univoco dell'Assistito è generato attraverso codifica del “Codice fiscale” dell'assistito (campo 07.0).

REGOLE GENERALI DI COMPILAZIONE

Obbligatorietà dei campi

Campi obbligatori

Sotto il profilo logico, ogni campo obbligatorio previsto nei tracciati deve necessariamente essere compilato con informazioni significative. La non compilazione dei campi obbligatori comporta lo scarto del record.

Campi non obbligatori

Associabile ad informazioni non ancora definite obbligatorie o ad eventi che possono non verificarsi (vale come esempio il campo "SOSPENSIONE").

Campi condizionati

Riguarda le informazioni che diventano obbligatorie soltanto se un evento, previsto in un campo collegato, si sia verificato (esempio: la compilazione del campo "Ospedale/Struttura di provenienza" diventa obbligatoria se il campo "Provenienza assistito" contiene il valore "2 – provenienza Ospedale" o "3 - provenienza dimissione protetta").

Tipo del campo e valori ammessi

Tutti i campi, quando valorizzati, devono essere compilati scegliendo il valore adatto fra quelli previsti nella riga "VALORI AMMESSI" del quadro "CORRETTEZZA FORMALE" delle schede. Il campo può essere di tipo:

- **ALFABETICO (A)**
- **ALFANUMERICO (AN)**
- **NUMERICO (N)**
- **DATA (D)**

Modalità di movimentazione dei dati

Per ogni blocco informativo o per ogni record, è previsto un tipo movimento, il cui trattamento è esplicitato nell'apposita "scheda campo" in funzione del tipo di tracciato:

- **"I"** per il primo invio;
- **"C"** per la cancellazione;
- **"S"** per la sostituzione.

Il sistema di acquisizione dati processa i blocchi informativi secondo il seguente iter di elaborazione:

- gestione dei blocchi informativi aventi tipo movimento = "C";
- gestione dei blocchi informativi aventi tipo movimento = "I";
- gestione dei blocchi informativi aventi tipo movimento = "S".

SISTEMA DEI CONTROLLI

Il sistema dei controlli prevede due tipologie di verifica:

- controlli di tipo formale;
- controlli logici e normativi.

Controlli di tipo formale

La maggior parte dei controlli di tipo formale è svolta al momento della compilazione dei tracciati, attraverso un meccanismo di "regole grammaticali" proprio dei tracciati XML e XSD, i quali, prima della trasmissione dei dati, consentono di controllare:

- ❑ presenza del dato, se il campo è definito "obbligatorio" (l'omessa valorizzazione di campi

obbligatorie costituisce un errore);

- ☐ formato del dato secondo quanto previsto, per ogni campo;
- ☐ valore del campo compreso nell'intervallo di validità previsto;
- ☐ correttezza del valore, se il campo è associato ad una lista chiusa di valori.

Controlli logici e normativi

Come per ogni flusso di monitoraggio regionale, i controlli di tipo logico e normativo sono svolti a livello centrale.

I dati, controllati formalmente a livello locale prima del loro invio, sono fra essi messi in relazione secondo criteri di congruenza descritti di seguito. Qualora tali controlli rilevino anomalie, il record è trattato come errato.

Il ciclo dei controlli prevede:

- memorizzazione dei dati nell'archivio operativo (che costituisce la fonte del monitoraggio di livello regionale e per l'invio dei dati al NSIS), se non sono riscontrati errori o anomalie bloccanti;
- restituzione all'Azienda che invia i dati delle segnalazioni inerenti agli eventuali errori riscontrati; entro il limite temporale previsto, i dati successivamente corretti potranno essere rinviati al sistema.

CALENDARIO DEGLI INVII

Le informazioni oggetto di rilevazione devono essere trasmesse a conclusione del percorso assistenziale.

Scadenze e periodicità degli invii sono fissate dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, con specifica D.G.R. del Settore DB2019 – Servizi Informativi Sanitari, che stabilisce il calendario delle date entro le quali i dati debbano essere inviati al sistema di monitoraggio regionale.

Nel caso in cui i dati siano inviati oltre la scadenza definita nel calendario, il sistema di monitoraggio acquisisce ugualmente i dati, ma classificandoli in extracompetenza.

Per l'identificazione dei dati inviati in extracompetenza viene considerata la Data di dimissione dell'assistito (campo 31.0).

ALLEGATI

TRACCIATI RECORD

Il flusso informativo regionale HOSP-RP è costituito da due tracciati, attraverso cui sono rispettivamente rilevate le informazioni inerenti ai dati anagrafici e di residenza degli assistiti e quelle relative all'assistenza sanitaria e sociosanitaria erogata a loro beneficio.

Tracciato Assistito (ANAG)

Accoglie le informazioni inerenti ai dati anagrafici e di residenza dell'assistito nonché della struttura che eroga l'assistenza.

Tracciato Eventi (EVEN)

Censisce le seguenti informazioni relative all'assistenza sanitaria e sociosanitaria erogata a beneficio dell'assistito:

“**Presa in carico**”: informazioni rilevanti precedenti la fase di presa in carico, informazioni relative all'erogatore, informazioni rilevanti legate alla fase di presa in carico;

“**Erogazione**”: informazioni relative all'inizio dell'assistenza, principali segni/sintomi oggetto dell'assistenza, tipologia di prestazioni erogate;

“**Conclusione**”: informazioni rilevanti relative alla fase di presa in carico.

Chiave univoca di collegamento dei tracciati

Anche al fine di garantire la separazione tra dati identificativi dell'assistito e relativi dati sanitari, il tracciato “Assistito” ed il tracciato “Eventi” sono logicamente collegati da una chiave univoca di collegamento composta da più campi:

- Progressivo univoco assistito;
- Codice ASL/AO di presa in carico;
- Struttura erogatrice;
- Data ricovero.

Il progressivo univoco assistito consiste in un mero progressivo numerico, univoco nell'ambito dell'ASL di presa in carico, attribuito sequenzialmente ad ogni record assistito inviato al sistema di acquisizione, al fine di comporre una chiave logica di collegamento dei tracciati che non contenga dati anagrafici dell'assistito [D8].

Invio dei tracciati

I dati oggetto di monitoraggio sono inviati al sistema di acquisizione del flusso dall'ASL di presa in carico.

In generale, ogni invio può comprendere nuovi dati, correzioni, integrazioni, richieste di annullamento o cancellazione di dati inviati in precedenza.

Non è consentito l'invio separato dei tracciati: nel medesimo invio, ad ogni record “Assistito” dev'essere collegato un record “Eventi” attraverso la relativa chiave univoca di collegamento.

Movimentazione dei record

Un record può essere inviato con “Tipo movimento” = “I” solo qualora non inviato in precedenza.

La cancellazione di un record del tracciato Assistito comporta la cancellazione di tutti gli eventi ad esso associati: per operare una cancellazione, è sufficiente **inviare un record del tracciato “Assistito” con la chiave univoca di identificazione del record da eliminare** (combinazione dei campi “Codice ASL presa in carico”, “Struttura erogatrice”, “Data ricovero” e “Codice fiscale”), indicando il “Tipo movimento” = “S”; saranno eliminati anche tutti i dati relativi a Prese in carico, Erogazioni e Conclusione ad esso collegati.

La sostituzione di informazioni relative a un assistito o ad uno o più eventi ad esso associati comporta l'invio di entrambi i tracciati e di tutti i dati inerenti all'assistito e a tutti gli eventi correlati, indicando nel tracciato “Assistito” il “Tipo movimento” = “S”: saranno oggetto di sostituzione integrale l'intero record Assistito e tutti i dati relativi a Prese in carico, Erogazioni e Conclusione ad esso collegati.

Non è possibile trasmettere sostituzioni di record che non siano stati precedentemente inseriti.

Descrizione del tracciato

Le colonne delle tabelle che descrivono le informazioni richieste riportano quanto segue.

Numero scheda:

il primo gruppo di 2 cifre – seguite da un punto – indica il numero progressivo del campo, da 01 a xx. La prima cifra dopo il punto indica l'esistenza di eventuali "sottocampi".

Nome campo:

termine che identifica il campo.

Tipo:

definisce il campo quale alfanumerico, numerico o data.

Lunghezza:

numero dei caratteri del campo.

Note:

riportano una breve osservazione volta a caratterizzare il campo; note esplicative più estese sono contenute nei quadri "descrizione del campo" e "osservazioni e precisazioni" di ogni singola scheda esplicativa.

Obbligatorietà:

specifica per ogni campo se la sua compilazione sia:

- ✦ **obbligatoria (OBB):** il campo deve essere sempre compilato; il valore corretto è scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE";
- ✦ **non obbligatoria (NBB):** il campo può non essere sempre compilato; il valore corretto è scelto fra i "VALORI AMMESSI" riportati nelle schede, nel quadro "CORRETTEZZA FORMALE";
- ✦ **non rilevante (NR):** il campo non ha rilevanza per una tipologia di tracciato: su di esso non verrà effettuato alcun controllo;
- ✦ **condizionato (CON):** il campo deve essere compilato in combinazione con gli altri campi del tracciato.

NSIS:

specifica se l'informazione richiesta è prevista dal tracciato NSIS (NS) o è raccolta solo a livello regionale (RP).

Tracciato "Assistito"

Nella trattazione delle schede esplicative i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice "ANAG".

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	OBB	NSIS
Chiave univoca di collegamento						
01.0	Progressivo univoco assistito	N	32	Progressivo numerico, univoco nell'ambito dell'ASL di presa in carico, attribuito sequenzialmente ad ogni record assistito inviato.	OBB	RP
02.0	Codice ASL/AO di presa in carico	AN	3	Codice dell'azienda Sanitaria/Ospedaliera nel cui territorio si trova l'Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.	OBB	NS
03.0	Struttura erogatrice	AN	8	Codice HSP.11/HSP.11bis/STS.11 della struttura Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.	OBB	NS
04.0	Data ricovero	D	8	Data di ricovero dell'assistito.	OBB	NS
Campo tecnico						
05.0	Tipo movimento	A	1	I: inserimento; C: cancellazione; S: sostituzione.	OBB	NS
Dati struttura						
06.0	Matricola Unità Produttiva	AN	6	Codice matricola dell'Unità Produttiva che eroga l'assistenza.	OBB	RP
Assistito						
07.0	Codice fiscale	AN	16	Codice fiscale dell'assistito.	OBB	RP
Dati anagrafici assistito						
08.0	Anno di nascita	N	4	Anno di nascita dell'assistito.	OBB	NS
09.0	Genere	N	1	Sesso dell'assistito.	OBB	NS
10.0	Cittadinanza	AN	3	Cittadinanza dell'assistito.	OBB	NS
11.0	Titolo di studio	N	1	Titolo di studio dell'assistito.	OBB	NS
Residenza assistito						
12.0	Regione di residenza	AN	3	Regione in cui risiede l'assistito.	OBB	NS
13.0	ASL di residenza	AN	3	Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito.	OBB	NS
14.0	Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del comune nella cui Anagrafe della Popolazione residente è iscritto l'assistito.	OBB	NS
15.0	Stato estero di residenza	AN	3	Eventuale Stato estero di residenza dell'assistito	NBB	NS

La **chiave univoca di identificazione** dei record del tracciato Assistito è costituita dai seguenti campi:

- Codice ASL presa in carico (02.0)
- Struttura erogatrice (03.0)
- Data ricovero (04.0)
- Codice fiscale (07.0)

La **chiave univoca di collegamento** tra i record del tracciato Assistito ed i record del tracciato Eventi è costituita dai seguenti campi:

- Progressivo univoco assistito (01.0)
- Codice ASL/AO di presa in carico (02.0)
- Struttura erogatrice (03.0)
- Data ricovero (04.0)

Ad ogni Progressivo univoco assistito può corrispondere una ed una sola combinazione dei campi che costituiscono la chiave univoca di identificazione.

Tracciato “Eventi”

Nella trattazione delle schede esplicative i campi relativi a tale tracciato vengono individuati con il codice “**EVEN**”.

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	OBB	NSIS
Chiave univoca di collegamento						
01.0	Progressivo univoco assistito	N	32	Progressivo numerico, univoco nell'ambito dell'ASL di presa in carico, attribuito sequenzialmente ad ogni record assistito inviato.	OBB	RP
02.0	Codice ASL/AO di presa in carico	AN	3	Codice dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera nel cui territorio si trova l'Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.	OBB	NS
03.0	Struttura erogatrice	AN	8	Codice HSP.11/HSP.11bis/STS.11 della struttura Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.	OBB	NS
04.0	Data ricovero	D	8	Data di ricovero dell'assistito.	OBB	NS
Evento Presa in Carico (PIC)						
16.0	Tariffa giornaliera	N	9	Componente della tariffa applicata a carico del Servizio Sanitario Nazionale	OBB	NS
17.0	Tipo Struttura di provenienza	N	1	Struttura o luogo di provenienza dell'assistito.	OBB	NS
18.0	Data Richiesta Ricovero	D	8	Data presente sulla richiesta del medico che propone il ricovero dell'assistito.	OBB	NS
19.0	Data Ricezione Richiesta Ricovero	D	8	Data in cui l'Hospice riceve la richiesta di ricovero.	OBB	NS
20.0	Patologia responsabile	AN	3	Patologia responsabile del quadro clinico.	OBB	NS
21.0	Motivo prevalente ricovero	N	1	Motivo prevalente per il quale è richiesta la presa in carico.	OBB	NS
22.0	Segno/Sintomo clinico 1 (SS1)	AN	6	Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico.	OBB	NS
23.0	Segno/Sintomo clinico 2 (SS2)	AN	6	Ulteriore segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico.	OBB	NS
24.0	Motivo non clinico 1 (MNC1)	AN	6	Motivo non clinico alla base della presa in carico.	OBB	NS
25.0	Motivo non clinico 2 (MNC2)	AN	6	Ulteriore motivo non clinico alla base della presa in carico.	OBB	NS
Evento erogazione						
26.0	Segno/Sintomo primario 1 (SSP1)	AN	6	Segno/sintomo la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.	OBB	NS
27.0	Segno/Sintomo primario 2 (SSP2)	AN	6	Ulteriore segno/sintomo la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.	OBB	NS
28.0	Segno/Sintomo secondario 1 (SSS1)	AN	6	Altro segno/sintomo gestito dalla struttura.	OBB	NS
29.0	Segno/Sintomo secondario 2 (SSS2)	AN	6	Ulteriore altro segno/sintomo gestito dalla struttura.	OBB	NS
30.0	Macroprestazioni (sezione ripetibile): campo “Macroprestazione” ripetibile da 1 a 10 occorrenze					
	Macroprestazione	N	2	Macroprestazione che caratterizza l'assistenza erogata.	OBB	NS
Evento conclusione						
31.0	Data Dimissione	D	8	Data di dimissione dell'assistito.	OBB	NS

Num. scheda	Nome campo	Tipo	Lun.	Note	OBB	NSIS
32.0	Modalità Dimissione	AN	1	Ragione per la quale viene conclusa l'assistenza.	OBB	NS

La **chiave univoca di identificazione** dei record del tracciato Eventi – nonché **chiave univoca di collegamento** tra i tracciati – è costituita dai seguenti campi:

- Progressivo univoco assistito (01.0)
- Codice ASL/AO di presa in carico (02.0)
- Struttura erogatrice (03.0)
- Data ricovero (04.0)

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Progressivo univoco assistito	01.0
EVEN	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Progressivo numerico, univoco nell'ambito dell'ASL di presa in carico, attribuito sequenzialmente ad ogni record assistito inviato.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1 – 32

FORMATO: N

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata.
N03 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato.
N04 – Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.
N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi.
N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.
S01 – Invio in extracompetenza.
S02 – Eventi cancellati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE (chiave logica di collegamento)

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Codice ASL/AO di presa in carico	02.0
EVEN	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera nel cui territorio si trova l'Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 904, 905

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata.
N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata.
N03 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato.
N04 – Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.
N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi.
N06 – Record non elaborato per chiave non trovata.
N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.
S01 – Invio in extracompetenza.
S02 – Eventi cancellati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri, usato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche, delle ASL (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche, fonte MRA-Fase1) o delle Aziende Ospedaliere (Fonte HSP11).

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Struttura erogatrice	03.0
EVEN	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Codice HSP.11/HSP.11bis/STS.11 della struttura Hospice presso cui è preso in carico l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6 – 8

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI:

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata.
N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata.
N04 – Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.
N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi.
N06 – Record non elaborato per chiave non trovata.
N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.
S01 – Invio in extracompetenza.
S02 – Eventi cancellati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

In attesa dell'adozione del modello proposto dal Mattone 1 “classificazione delle strutture, che sarà recepito nel NSIS attraverso il progetto MRA (“Monitoraggio della Rete di Assistenza”), il campo utilizzerà i codici previsti nei modelli ministeriali HSP.11, HSP.11bis e STS.11.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Data ricovero	04.0
EVEN	OBB		

DESCRIZIONE CAMPO

Data di ricovero dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.
L02 – Congruenza tra Data ricovero e Anno di nascita.
L03 – Congruenza tra Data ricovero e Data richiesta ricovero.
L04 – Congruenza tra Data ricovero e Data ricezione richiesta ricovero.
L05 – Congruenza tra Data ricovero e Data dimissione.
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata.
N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata.
N04 – Record elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.
N05 – Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi.
N06 – Record non elaborato per chiave non trovata.
N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.
N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero.
S01 – Invio in extracompetenza.
S02 – Eventi cancellati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Tipo movimento	05.0

DESCRIZIONE CAMPO

Indica se il record inviato riguarda un nuovo inserimento, una richiesta di sostituzione o una richiesta di cancellazione.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: A

VALORI AMMESSI: I, S, C

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata.
N02 – Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata.
N03 – Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato.
N04 – Record elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.
N06 – Record non elaborato per chiave non trovata.
N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.
N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero.
S02 – Eventi cancellati.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO TECNICO

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Matricola Unità Produttiva	06.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice matricola dell'Unità Produttiva che eroga l'assistenza (punto di erogazione)

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 1 – 999999

TABELLE DI RIFERIMENTO: tabella Anagrafe Strutture della Regione Piemonte (ASN)

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

In via transitoria, il campo assume il valore 999999 qualora la Matricola non sia ancora censita in Anagrafe Strutture.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Codice fiscale	07.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice univoco rilasciato ad ogni cittadino italiano nonché ai cittadini stranieri che presentano domanda d'ingresso nel territorio italiano oppure che richiedono il rilascio o rinnovo del permesso di soggiorno. Contiene informazioni su: cognome e nome, sesso, data e luogo di nascita.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 16

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice fiscale; o codice ISI; o sedici "9".

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella Codici fiscali in AURA-TS

CONTROLLI APPLICATI

L06 – Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS.
L07 – Congruenza tra codice fiscale ed anno di nascita.
N01 – Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata.
N04 – Record elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito.
N06 – Record non elaborato per chiave non trovata.
N07 – Record non elaborato per tentata sostituzione progressivo univoco assistito.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO CHIAVE

Il codice fiscale dell'assistito dev'essere acquisito direttamente dalla Tessera Sanitaria TS-TEAM (inviata all'Agenzia delle Entrate) al momento della presa in carico:

- ✎ per i cittadini stranieri residenti in Italia ci si riferisce al codice fiscale;
- ✎ per cittadini stranieri iscritti ai centri ISI, si inserisce il codice ISI avente la seguente struttura: "STP + 010 + codice ASL presa in carico + 7 cifre numeriche";
- ✎ per cittadini stranieri non residenti in Italia e gli apolidi, si inseriscono sedici '9'.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Anno di nascita	08.0

DESCRIZIONE CAMPO

Anno di nascita dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 4

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: AAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L02 – Congruenza tra Data ricovero e Anno di nascita.
L07 – Congruenza tra codice fiscale ed anno di nascita.
L21 – Congruenza tra anno immesso e anno corrente.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Genere	09.0

DESCRIZIONE CAMPO

Sesso dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1, 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro Osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI

1 = maschio;
2 = femmina.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Cittadinanza	10.0

DESCRIZIONE CAMPO

Cittadinanza dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: se cittadino italiano: “**100**”; se cittadino di Stato estero: **codice ISTAT Stato estero**; se “apolide”: “**999**”; se “non identificabile”: “**000**”.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT codici Stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI

L20 – Congruenza tra Cittadinanza e Stato estero di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Titolo di studio	11.0

DESCRIZIONE CAMPO

Titolo di studio dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro Osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA CODICI

1 = nessuno;
2 = licenza elementare;
3 = licenza media inferiore;
4 = diploma media superiore;
5 = laurea;
6 = sconosciuto.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Regione di residenza	12.0

DESCRIZIONE CAMPO

Regione in cui risiede l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Codice ISTAT regione; “999” per gli assistiti residenti all'estero.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT regioni d'Italia

CONTROLLI APPLICATI

L08 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza.
L09 – Congruenza tra Regione di residenza e Comune di residenza.
L10 – Congruenza tra Regione di residenza e Stato estero di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	ASL di residenza	13.0

DESCRIZIONE CAMPO

Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: 201 – 213 per le ASL della Regione Piemonte; altri codici nell'intervallo 001 – 998 per le ASL di altre regioni; “999” per i residenti all'estero.

TABELLE DI RIFERIMENTO: codici regionali delle ASL d'Italia.

CONTROLLI APPLICATI

L08 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza.
L11 – Congruenza tra ASL di residenza e Comune di residenza.
L12 – Congruenza tra ASL di residenza e Stato estero di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali, in particolare nel modello FLS.11 “Dati di struttura e di organizzazione della Unità Sanitaria Locale”.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	OBB	Comune di residenza	14.0

DESCRIZIONE CAMPO

Codice ISTAT del comune nella cui Anagrafe della Popolazione residente è iscritto l'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codici ISTAT per Province e Comuni italiani;
"999999" per gli assistiti residenti all'estero.

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L08 – Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza.
L11 – Congruenza tra ASL di residenza e Comune di residenza.
L13 – Congruenza tra Comune di residenza e Stato estero di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
ANAG	NBB	Stato estero di residenza	15.0

DESCRIZIONE CAMPO

Eventuale Stato estero di residenza dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice ISTAT Stato estero (**diverso da 100**); se “apolide”: “999”.

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella ISTAT degli Stati esteri.

CONTROLLI APPLICATI

L10 – Congruenza tra Regione di residenza e Stato estero di residenza.
L12 – Congruenza tra ASL di residenza e Stato estero di residenza.
L13 – Congruenza tra Comune di residenza e Stato estero di residenza.
L20 – Congruenza tra Cittadinanza e Stato estero di residenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

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

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Tariffa giornaliera	16.0

DESCRIZIONE CAMPO

Componente della tariffa applicata a carico del Servizio Sanitario Regionale.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 9

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 0.01 – 999999.99

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Tipo Struttura di provenienza	17.0

DESCRIZIONE CAMPO

Struttura o luogo di provenienza dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nella sezione osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI

1 = domicilio dell'assistito, senza cure palliative domiciliari attive;
2 = domicilio dell'assistito, con cure palliative domiciliari attive;
3 = struttura sociosanitaria residenziale;
4 = struttura sociale;
5 = struttura ospedaliera;
6 = struttura di riabilitazione;
9 = altro.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Data Richiesta Ricovero	18.0

DESCRIZIONE CAMPO

Data presente sulla richiesta del medico che propone il ricovero dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L03 – Congruenza tra Data ricovero e Data richiesta ricovero.

L14 – Congruenza tra Data richiesta ricovero e Data ricezione richiesta ricovero.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Data Ricezione Richiesta Ricovero	19.0

DESCRIZIONE CAMPO

Data in cui l'Hospice riceve la richiesta di ricovero.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L04 – Congruenza tra Data ricovero e Data ricezione richiesta ricovero.

L14 – Congruenza tra Data richiesta ricovero e Data ricezione richiesta ricovero.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Patologia responsabile	20.0

DESCRIZIONE CAMPO

Patologia responsabile del quadro clinico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: Primi tre caratteri del codice ICD9CM.

TABELLE DI RIFERIMENTO: ICD9CM versione 2007

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

È possibile indicare una sola patologia.
Utilizzare codifica ICD 9 CM, limitatamente ai primi tre caratteri che individuano la categoria.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Motivo prevalente ricovero	21.0

DESCRIZIONE CAMPO

Motivo prevalente per il quale è richiesta la presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1, 2

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nella sezione osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA CODICI

1 = motivo clinico;

2 = motivo non clinico.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo clinico 1 (SS1)	22.0

DESCRIZIONE CAMPO

Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3 – 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice ICD9CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L15 – Congruenza tra Segno/Sintomo clinico 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo clinico 2 (SS2)	23.0

DESCRIZIONE CAMPO

Ulteriore segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3 – 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice ICD9CM; oppure “XXXXXX”

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L15 – Congruenza tra Segno/Sintomo clinico 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nel caso in cui non sia presente alcun ulteriore segno/sintomo clinico alla base della presa in carico, valorizzare con “XXXXXX”.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Motivo non clinico 1 (MNC1)	24.0

DESCRIZIONE CAMPO

Motivo non clinico alla base della presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3 – 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice ICD9CM; oppure “XXXXXX”

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi non clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L16 – Congruenza tra Motivo non clinico 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nel caso in cui non sia presente alcun motivo non clinico alla base della presa in carico, valorizzare con “XXXXXX”.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Motivo non clinico 2 (MNC2)	25.0

DESCRIZIONE CAMPO

Ulteriore motivo non clinico alla base della presa in carico.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3 – 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice ICD9CM; oppure “XXXXXX”

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi non clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L16 – Congruenza tra Motivo non clinico 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nel caso in cui non sia presente alcun ulteriore motivo non clinico alla base della presa in carico, valorizzare con “XXXXXX”.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo primario 1 (SSP1)	26.0

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3 – 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: ICD9CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L17 – Congruenza tra Segno/Sintomo primario 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo primario 2 (SSP2)	27.0

DESCRIZIONE CAMPO

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

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3 – 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice ICD9CM

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L17 – Congruenza tra Segno/Sintomo primario 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo secondario 1 (SSS1)	28.0

DESCRIZIONE CAMPO

Altro segno/sintomo gestito dalla struttura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3 – 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice ICD9CM; oppure “XXXXXX”

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L18 – Congruenza tra Segno/Sintomo secondario 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nel caso in cui non sia presente alcun segno/sintomo secondario alla base della presa in carico, valorizzare con “XXXXXX”.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Segno/Sintomo secondario 2 (SSS2)	29.0

DESCRIZIONE CAMPO

Ulteriore altro segno/sintomo gestito dalla struttura.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 3 – 6

FORMATO: AN

VALORI AMMESSI: codice ICD9CM; oppure “XXXXXX”

TABELLE DI RIFERIMENTO: Tabella segni/sintomi clinici più frequenti nell'ambito degli Hospice.

CONTROLLI APPLICATI

L18 – Congruenza tra Segno/Sintomo secondario 1 e 2.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

Nel caso in cui non sia presente alcun ulteriore segno/sintomo secondario alla base della presa in carico, valorizzare con “XXXXXX”.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Macroprestazione	30.0

DESCRIZIONE CAMPO

Macroprestazione che caratterizza l'assistenza erogata.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 2

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro Osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

L19 – Congruenza tra macroprestazioni.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

CAMPO RIPETIBILE (CHIAVE LOGICA)

Possono essere inserite al massimo 10 macroprestazioni.
Sono da segnalare solo le macroprestazioni erogate nel corso dell'assistenza.

LEGENDA DEI CODICI

1 = controllo dolore;
2 = controllo dispnea;
3 = controllo sintomi gastroenterici (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/alla famiglia;
9 = accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente);
99 = altra macroprestazione.

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Data Dimissione	31.0

DESCRIZIONE CAMPO

Data di dimissione dell'assistito.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 8

FORMATO: D

VALORI AMMESSI: GGMMAAAA

TABELLE DI RIFERIMENTO:

CONTROLLI APPLICATI

L01 – Congruenza tra data immessa e data corrente.

L05 – Congruenza tra Data ricovero e Data dimissione.

N08 – Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero.

S01 – Invio in extracompetenza.

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

TRACCIATO	Modalità	NOME CAMPO	Num. Scheda
EVEN	OBB	Modalità Dimissione	32.0

DESCRIZIONE CAMPO

Ragione per la quale viene conclusa l'assistenza.

CORRETTEZZA FORMALE

LUNGHEZZA: 1

FORMATO: N

VALORI AMMESSI: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9

TABELLE DI RIFERIMENTO: vedi legenda codici nel quadro Osservazioni e precisazioni.

CONTROLLI APPLICATI

OSSERVAZIONI E PRECISAZIONI

LEGENDA DEI CODICI

1 = dimissione ordinaria al domicilio dell'assistito;
2 = dimissione al domicilio dell'assistito con assistenza domiciliare;
3 = dimissione al domicilio dell'assistito con cure palliative domiciliari;
4 = dimissione presso strutture residenziali extraospedaliere;
5 = trasferito ad ospedale;
6 = deceduto;
9 = altro.

TABELLA DEI CONTROLLI

Premessa

La tabella è articolata in quattro colonne:

N.

Indica il numero progressivo del controllo cui si fa riferimento nel quadro "CONTROLLI APPLICATI" di ogni scheda:

Lxx = controllo logico

Nxx = condizione di record **non elaborabile**

Sxx = segnalazione

Descrizione dei controlli

Descrive per esteso ogni controllo applicato nella procedura.

Tipo

Indica il tipo di controllo:

L = controllo logico

F = controllo formale

N = controllo bloccante

Campo

A sua volta articolata in due colonne (**n. scheda** e **Nome campo**) che elencano tutti i campi coinvolti nel controllo. Reciprocamente, la scheda di ogni campo coinvolto, nel quadro "CONTROLLI APPLICATI", riporta il numero progressivo del controllo e la sua definizione sintetica.

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
L01	Congruenza tra data immessa e data corrente: ✎ la data inserita non può essere maggiore della data corrente (data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dati).	L	04.0	Data ricovero
			18.0	Data richiesta ricovero
			19.0	Data ricezione richiesta ricovero
			31.0	Data dimissione
L02	Congruenza tra Data ricovero e Anno di nascita: ✎ l'Anno di nascita (08.0) non può essere maggiore dell'anno della "Data ricovero" (04.0)	L	04.0	Data ricovero
			08.0	Anno di nascita
L03	Congruenza tra Data ricovero e Data richiesta ricovero: ✎ la "Data richiesta ricovero" (18.0) non può essere maggiore della "Data ricovero" (04.0)	L	04.0	Data ricovero
			18.0	Data richiesta ricovero
L04	Congruenza tra Data ricovero e Data ricezione richiesta ricovero: ✎ la "Data ricezione richiesta" ricovero (19.0) non può essere maggiore della "Data ricovero" (04.0)	L	04.0	Data ricovero
			19.0	Data ricezione richiesta ricovero
L05	Congruenza tra Data ricovero e Data dimissione: ✎ la "Data dimissione" (31.0) non può essere minore della "Data ricovero" (04.0)	L	04.0	Data ricovero
			31.0	Data dimissione
L06	Codice fiscale non presente nel sistema AURA-TS: ✎ se il campo "Codice fiscale" (07.0) non è valorizzato con un codice ISI o sedici "9", allora il Codice fiscale inserito dev'essere presente nel sistema AURA-TS.	L	07.0	Codice fiscale
L07	Congruenza tra Codice fiscale ed Anno di nascita: ✎ se il campo "Codice fiscale" (07.0) non è valorizzato con un codice ISI o sedici "9", allora l'Anno di nascita (08.0) dell'assistito deve corrispondere all'anno di nascita indicato nel Codice fiscale.	L	07.0	Codice fiscale
			08.0	Anno di nascita
L08	Congruenza tra Regione di residenza e ASL di residenza: ✎ se "Regione di residenza" (12.0) = "999", allora "ASL di residenza" (13.0) dev'essere valorizzato con "999"; ✎ se "Regione di residenza" è diverso da "999", allora "ASL di residenza" non può assumere il valore "999" e deve corrispondere al codice di un'ASL situata nella regione di residenza indicata.	L	12.0	Regione di residenza
			13.0	ASL di residenza
L09	Congruenza tra Regione di residenza e Comune di residenza: ✎ se "Regione di residenza" (12.0) = "999", allora "Comune di residenza" dev'essere valorizzato con "999999"; ✎ se "Regione di residenza" è diverso da "999", allora "Comune di residenza" non può assumere il valore "999999" e deve corrispondere al codice di un Comune situato nella Regione di residenza indicata.	L	12.0	Regione di residenza
			14.0	Comune di residenza
L10	Congruenza tra Regione di residenza e Stato estero di residenza: ✎ se "Regione di residenza" (12.0) è diverso da "999", allora "Stato estero di residenza" (15.0) non deve essere compilato	L	12.0	Regione di residenza
			15.0	Stato estero di residenza

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
L11	Congruenza tra ASL di residenza e Comune di residenza: ▲ se “ASL di residenza” (13.0) = “999”, allora “Comune di residenza” (14.0) dev’essere valorizzato con “999999”; ▲ se “ASL di residenza” è diverso da 999, allora “Comune di residenza” dev’essere diverso da “999999” e deve corrispondere al codice di un Comune situato nell’ambito territoriale dell’ASL di residenza indicata.	L	13.0	ASL di residenza
			14.0	Comune di residenza
L12	Congruenza tra ASL di residenza e Stato estero di residenza: ▲ se “ASL di residenza” (13.0) è diverso da “999”, allora “Stato estero di residenza” (15.0) non deve essere compilato.	L	13.0	ASL di residenza
			15.0	Stato estero di residenza
L13	Congruenza tra Comune di residenza e Stato estero di residenza: ▲ se “Comune di residenza” (14.0) è diverso da “999999”, allora “Stato estero di residenza” (15.0) non deve essere compilato	L	14.0	Comune di residenza
			15.0	Stato estero di residenza
L14	Congruenza tra Data richiesta ricovero e Data ricezione richiesta ricovero: ▲ la “Data ricezione richiesta ricovero” (19.0) non può essere minore della “Data richiesta ricovero” (18.0)	L	18.0	Data richiesta ricovero
			19.0	Data ricezione richiesta ricovero
L15	Congruenza tra Segno/Sintomo clinico 1 e 2: ▲ “Segno/Sintomo clinico 2” (23.0) deve essere diverso da “Segno/Sintomo clinico 1” (22.0).	L	22.0	Segno/Sintomo clinico 1
			23.0	Segno/Sintomo clinico 2
L16	Congruenza tra Motivo non clinico 1 e 2: ▲ se “Motivo non clinico 1” (24.0) è valorizzato con “XXXXXX”, allora “Motivo non clinico 2” (25.0) deve essere valorizzato con “XXXXXX”; ▲ se “Motivo non clinico 1” è diverso da “XXXXXX”, allora “Motivo non clinico 2” deve essere diverso da “Motivo non clinico 1”	L	24.0	Motivo non clinico 1
			25.0	Motivo non clinico 2
L17	Congruenza tra Segno/Sintomo primario 1 e 2: ▲ “Segno/Sintomo primario 2” (26.0) dev’essere diverso da “Segno/Sintomo primario 1” (27.0).	L	26.0	Segno/Sintomo primario 1
			27.0	Segno/Sintomo primario 2
L18	Congruenza tra Segno/Sintomo secondario 1 e 2: ▲ se “Segno/Sintomo secondario” 1 (28.0) è valorizzato con “XXXXXX”, allora “Segno/Sintomo secondario 2” (29.0) deve essere valorizzato con “XXXXXX”; ▲ se “Segno/Sintomo secondario 1” è diverso da “XXXXXX”, allora “Segno/Sintomo secondario 2” deve essere diverso da “Segno/Sintomo secondario 1”.	L	28.0	Segno/Sintomo secondario 1
			29.0	Segno/Sintomo secondario 2
L19	Congruenza tra macroprestazioni: ▲ se è valorizzata più di una macroprestazione (30.0), non sono ammesse occorrenze duplicate (CHIAVE LOGICA).	L	30.0	Macroprestazione
L20	Congruenza tra Cittadinanza e Stato estero di residenza: • se “Stato estero di residenza” (15.0) è valorizzato con “999” (apolide), allora “Cittadinanza” (10.0) può essere valorizzato solo con “999” (apolide).	L	10.0	Cittadinanza
			15.0	Stato estero di residenza

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
L21	Congruenza tra Anno di nascita e anno corrente: l'“Anno di nascita” (08.0) non può essere maggiore dell'anno corrente (anno della data di notifica del caricamento del file XML nel sistema di acquisizione dati).	L	08.0	Anno di nascita

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
N01	Record non elaborato per chiave univoca di identificazione duplicata: ▲ per il tracciato “Assistito”, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (05.0) = “I” – un record avente medesima combinazione dei campi “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0), “Data ricovero” (04.0), e “Codice fiscale” (07.0).	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
			05.0	Tipo movimento
			07.0	Codice fiscale
N02	Record non elaborato per chiave univoca di collegamento duplicata: ▲ non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (05.0) = “I” – un record avente medesima combinazione dei campi “Progressivo univoco assistito” (01.0), “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0) e “Data ricovero” (04.0).	N	01.0	Progressivo univoco assistito
			02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
			05.0	Tipo movimento
N03	Record non elaborato per progressivo univoco assistito duplicato: ▲ per il “Codice ASL presa in carico” (02.0) indicato, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (05.0) = “I” – un record avente medesimo “Progressivo univoco assistito” (01.0).	N	01.0	Progressivo univoco assistito
			02.0	Codice ASL presa in carico
			05.0	Tipo movimento
N04	Record non elaborato per errato abbinamento progressivo univoco assistito: ▲ per il tracciato “Assistito”, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (05.0) = “I” – un record avente medesimo “Progressivo univoco assistito” (01.0), ma diversa combinazione dei campi “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0), “Data ricovero” (04.0), e “Codice fiscale” (07.0); ▲ per il tracciato “Assistito”, non deve essere presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” (05.0) = “I” – un record avente medesima combinazione dei campi “Codice ASL presa in carico”, “Struttura erogatrice”, “Data ricovero”, e “Codice fiscale” ma “Progressivo univoco assistito” diverso;	N	01.0	Progressivo univoco assistito
			02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
			05.0	Tipo movimento
			07.0	Codice fiscale
N05	Record non elaborato per mancato collegamento record Assistito e relativo record Eventi: ▲ nel medesimo invio, ogni record Eventi dev'essere logicamente collegato ad un record Assistito, e viceversa, attraverso la chiave univoca di collegamento (combinazione dei campi “Progressivo univoco assistito” (01.0), “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0) e “Data ricovero” (04.0))	N	01.0	Progressivo univoco assistito
			02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
N06	Record non elaborato per chiave non trovata: ▲ per il tracciato “Assistito”, se “Tipo movimento” (05.0) = “S”, allora deve esistere in archivio un record avente la medesima chiave univoca di identificazione (combinazione dei campi “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0), “Data ricovero” (04.0), e “Codice fiscale” (07.0)); ▲ per il tracciato “Assistito”, se “Tipo movimento” = “C”, allora deve esistere in archivio un record avente la	N	02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
			05.0	Tipo movimento
			07.0	Codice fiscale

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
	medesima chiave univoca di identificazione.			
N07	Record non elaborato per tentata sostituzione Progressivo univoco assistito: ▲ per il tracciato “Assistito”, se “Tipo movimento” (05.0) = “S”, non deve esistere in archivio un record avente medesima chiave univoca di identificazione (combinazione dei campi “Codice ASL presa in carico” (02.0), “Struttura erogatrice” (03.0), “Data ricovero” (04.0), e “Codice fiscale” (07.0)) ma “Progressivo univoco assistito” (01.0) differente.	N	01.0	Progressivo univoco assistito
			02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
			05.0	Tipo movimento
			07.0	Codice fiscale
N08	Record non elaborato per sovrapposizione periodi di ricovero. - la “Data ricovero” (04.0) non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date ricovero e dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio e/o in archivio, se “Tipo movimento” (05.0) diverso da “C”; - la “Data dimissione” (31.0) non può essere compresa (estremi esclusi) tra le date ricovero e dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” diverso da “C”; - se “Data ricovero” è uguale alla data ricovero di una cartella presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” diverso da “C” - allora la “Data dimissione” non può essere uguale alla data dimissione della stessa cartella; - se “Data dimissione” è uguale alla data dimissione di una cartella presente nel medesimo file di invio – e/o in archivio, se “Tipo movimento” diverso da “C” - allora la “Data ricovero” non può essere uguale alla data ricovero della stessa cartella.	N	04.0	Data ricovero
			05.0	Tipo movimento
			31.0	Data dimissione

N.	DESCRIZIONE CONTROLLO	TIPO	CAMPO	
			n. scheda	NOME CAMPO
S01	Invio in extracompetenza: – vengono segnalati i record inviati oltre il termine del periodo di competenza.	F	01.0	Progressivo univoco assistito
			02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
			31.0	Data dimissione
S02	Eventi cancellati: 1. viene segnalata la cancellazione degli eventi collegati al record Assistito eliminato con “Tipo movimento” (05.0) = “C”.	F	01.0	Progressivo univoco assistito
			02.0	Codice ASL presa in carico
			03.0	Struttura erogatrice
			04.0	Data ricovero
			05.0	Tipo movimento