



Autonome Provinz Bozen
Provincia autonoma di Bolzano
Provincia autonoma de Bulsan
SÜDTIROL • ALTO ADIGE

Technische Leitlinien des Landes zum Informationssystem für die Überwachung der von den Gemeinschaftskrankenhäusern und den Einrichtungen für Intermediärversorgung erbrachten Leistungen (SIOC)

Herausgegeben von der Beobachtungsstelle für Gesundheit des Landes

Technische Leitlinien des Landes zum Informationssystem für die Überwachung der von den Gemeinschaftskrankenhäusern und den Einrichtungen für Intermediärversorgung erbrachten Leistungen (SIOC)

Januar 2026

© Herausgegeben von der:

Autonomen Provinz Bozen

Abteilung Gesundheit

Amt für Gesundheitsbetreuung – Beobachtungsstelle für Gesundheit

Zum Herunterladen von der Web-Seite:

<https://gesundheitsbeobachtung.provinz.bz.it/de/home>

INHALTSVERZEICHNIS

SEITE

Verwendete Abkürzungen.....	4
1. EINFÜHRUNG	5
2. GESCHICHTE DES DOKUMENTS.....	5
3. DEFINITION.....	5
4. ALLGEMEINE MERKMALE DES DATENFLUSSES.....	6
5. VERZEICHNIS DER VARIABLEN.....	7
6. SPEZIFIZIERUNG DER VARIABLEN.....	8
6.1. DATENSATZ 1 – ANAGRAFISCHE INFORMATIONEN	8
6.1. DATENSATZ 2 – INFORMATIONEN ZUM STATIONÄREN AUFENTHALT	10
7. DATENÜBERMITTLUNG.....	14
7.1. QUALITÄTSKONTROLLE DER DATEN, ZUWEISUNG DER EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONSNUMMER UND ÜBERMITTLUNG DER DATEN AN DAS LAND	14
7.2. DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM	14
8. DATENSCHUTZ.....	15
9. ABRECHNUNGSMODUS DER TARIFATION DER AUFENTHALTE	15
ANLAGEN.....	16
ANLAGE 1 DATENSATZ FÜR DATENÜBERMITTLUNG VON DEN LANDESEINRICHTUNGEN AN DAS LAN-DESARCHIV.....	17
ANLAGE 2: AUTOMATISCHE KONTROLLE DER DATENQUALITÄT.....	26
ANLAGE 3: DATENSATZ FÜR DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT	35
ANLAGE 4: DATENANSICHT FÜR BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR GESUNDHEIT DES LANDES.....	46

Verwendete Abkürzungen

NSIS	Neues Gesundheitsinformationssystem (<i>Nuovo sistema informativo sanitario</i>)
PNRR	staatlicher Plan für den Aufbau und den Aufschwung, auch staatlicher Wiederaufbauplan (<i>Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza</i>)
SIOC	Informationssystem Gemeinschaftskrankenhäuser und der Einrichtungen, die Intermediärversorgung erbringen
SIAG	Südtiroler Informatik AG

Zur besseren Lesbarkeit wird im gesamten Dokument das generische Maskulinum verwendet. Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter

1. EINFÜHRUNG

Das Gemeinschaftskrankenhaus ist eine Gesundheitseinrichtung mit stationärer Aufnahme im Netzwerk der wohnortnahen Versorgung. Sie übernimmt eine Zwischenfunktion zwischen Hausbetreuung und Krankenhausaufenthalt.

Die in den Gemeinschaftskrankenhäusern erbrachte Intermediärversorgung ist aus verschiedenen Leistungen des Gesundheits- und Sozialbereichs zusammengesetzt, die auf einer mittleren Ebene zwischen der Grund- und der Krankenhausbetreuung angesiedelt sind. Sie ist an Patientinnen und Patienten gerichtet, die klinische Maßnahmen von geringer Intensität und von kurzer Dauer benötigen, sei es aufgrund der niedrigen Akuität der Episoden, sei es wegen der Rückfälle im Falle von chronischen Erkrankungen.

Die oben genannte Betreuungsform wurde durch das Ministerialdekret vom 23. Mai 2022, Nr. 77, eingeführt und geregelt.

Dasselbe Dekret sieht die Implementierung eines eigenen Informationsflusses innerhalb des Neuen Gesundheitssystem (NSIS) des Gesundheitsministeriums vor, der die Erfassung der in den Gemeinschaftskrankenhäusern erbrachten Leistungen ermöglicht.

Das Ministerialdekret vom 4. August 2025 (veröffentlicht im Gesetzesanzeiger der Republik Nr. 215 vom 16. September 2025) setzt die im Rahmen dieses eigenen Informationsflusses zu erhebenden Daten fest. Es beschreibt den Informationssatz zu den Tätigkeiten und Leistungen, die von den Gemeinschaftskrankenhäusern erbracht werden.

2. GESCHICHTE DES DOKUMENTS

VERSION	DATUM	ANMERKUNGEN / ERFOLGTE ABÄNDERUNGEN
1.0	02.12.2025	Festlegung des Datensatzes (nur italien. Version)
1.1	14.01.2026	Aktualisierung der Kontrollen für folgende Variablen: - Anagraf. Datensatz: „Studentitel“ – Hinzufügung Ausfüllmöglichkeit = 9 „fehlende Information“; - Anagraf. Datensatz: „Gemeinde / Staat des Wohnsitzes“ - Hinzufügung Ausfüllmöglichkeit = 999 „obdachlos“; - Datensatz Aufenthalt: „ADL-Bewertung bei Aufnahme / Entlassung“ – Explizitierung der verpflichtenden Angabe bei Patienten mit Alter >= 19 Jahre. Beim Export der Daten aus dem Landesarchiv zur Übermittlung an NSIS, ist für den Fall, dass das Feld „Kodex der Herkunftseinrichtung des Patienten“ nicht ausgefüllt ist, die automatische Eingabe von 999999 vorzusehen, wenn die Daten fehlen.
1.2	19.03.2026	Aktualisierung Kapitel 7 „Datenübermittlung“: Spezifizierung der Benennung der Versanddateien für die beiden Datensätze

3. DEFINITION

Das Informationssystem der Gemeinschaftskrankenhäuser (in der Folge auch SIOC genannt) ist die Antwort auf die Notwendigkeit die Informationen zu erfassen, um die Tätigkeiten des Settings Intermediärbetreuung, die von den Gemeinschaftskrankenhäusern und von anderen Gesundheitseinrichtungen, die zum Netzwerk des Angebots der wohnortnahen Betreuung gehören, erbracht werden.

Die Umsetzung des SIOC-Informationsflusses ist Teil der Investitionslinien des staatlichen Plans für Wiederaufbau und Resilienz (PNRR), insbesondere in Bezug auf die Teilmaßnahme 1.3.2.2.1. „Einführung von vier neuen staatlichen Informationsflüssen durch die Regionen (Familienberatungsstellen, Gemeinschaftskrankenhäuser, territoriale Rehabilitationsdienste und Grundversorgung)“. Gegenstand der Erhebung dieses Informationsflusses sind die Angaben zu Tätigkeiten und Leistungen, die im Bereich Intermediärbetreuung erbracht werden.

Im Datenfluss werden folgende Informationen erfasst:

- Personenbezogene Angaben zum Patienten;
- Klinische Informationen zum Aufenthalt des Patienten.

4. ALLGEMEINE MERKMALE DES DATENFLUSSES

Das SIOC wird mit Informationen über die von den Gemeinschaftskrankenhäusern, gemäß in Artikel 1 des Dekrets des Gesundheitsministers vom 4. August 2025 festgesetzten, erbrachten Leistungen, ab dem ersten Trimester 2026 gespeist. Die Informationen werden von den Einrichtungen, die Leistungen der Intermediärversorgung erbringen, an das Land übermittelt. Das Land leitet sie seinerseits, nach Trimester gebündelt, innerhalb von fünfundvierzig Tagen nach Ablauf des jeweiligen Berichtszeitraums, in dem die Versorgungsleistungen stattgefunden haben, an das NSIS weiter. Das Ministerium gesteht schließlich noch einen weiteren Zeitraum von dreißig Tagen für die Übernahme der Daten zu.

Die Übermittlungen an das NSIS des SIOC-Datenflusses müssen gemäß technischen Leitlinien erfolgen, die auf der Internetseite des Gesundheitsministeriums (www.nsis.salute.gov.it) verfügbar sind.

Die Informationsinhalte des Informationsflusses sind in zwei getrennte Datensätze unterteilt, die durch einige Schlüsselvariablen miteinander verbunden sind:

- **DATENSATZ 1** enthält die anagrafischen Informationen;
- **DATENSATZ 2** enthält die Informationen zum Aufenthalt.

Die gegenständlichen Technischen Leitlinien des Landes definieren den Informationsinhalt, den die Leistungserbringer des Landes übermitteln müssen, sowie die Modalitäten für die Übermittlung vom Land an das NSIS.

5. VERZEICHNIS DER VARIABLEN

Die Gemeinschaftskrankenhäuser und die Einrichtungen, die Leistungen der Intermediärversorgung erbringen, müssen gemäß den gegenständlichen Leitlinien, die nachfolgend aufgeführten Informationen übermitteln. Diese stellen eine Informationspflicht gegenüber Land und dem NSIS dar.

Datensatz 1 – Anagrafische Informationen

1. Kodex der Einrichtung
2. Fortlaufende Nummer des Aufenthaltes (nosografische Nummer)
3. COD_ID (Persönlicher ID-Kodex des Betreuten)
4. Art des Persönlichen ID-Kodex' des Betreuten
5. Geschlecht
6. Geburtsjahr
7. Region des Wohnsitzes
8. Sanitätsbetrieb/ Gesundheitsbezirk nach Wohnsitz
9. Gemeinde und Staat des Wohnsitzes
10. Staatsangehörigkeit
11. Familienstand
12. Studentitel
13. Probleme im sozio-familiären Umfeld (Mehrfachantwort – bis zu 10 Nennungen möglich)

Datensatz 2 – Informationen zu den stationären Aufenthalten

1. Kodex der Einrichtung
2. Fortlaufende Nummer des stationären Aufenthalts (nosografische Nummer)
3. Stelle, die die Einweisung vorschlägt
4. Subjekt, welches dem Arzt die Möglichkeit eines Aufenthalts meldet
5. Angabe, ob die Aufnahme über die wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE) vermittelt worden ist
6. Kodex der WONE
7. Datum der Anfrage zur Aufnahme
8. Datum der Aufnahme
9. Herkunft des Patienten
10. Kodex der Region der Herkunftseinrichtung des Patienten
11. Kodex des Sanitätsbetriebs der Herkunftseinrichtung des Patienten
12. Kodex der Herkunftseinrichtung des Patienten
13. Datum der Entlassung oder des Versterbens
14. Tage von vorübergehender Abwesenheit
15. Hauptgrund für den Aufenthalt
16. Art der Entlassung
17. ADL-Bewertung bei Aufnahme (modifizierter Barthel-Index)
18. ADL-Bewertung bei Entlassung (modifizierter Barthel-Index)
19. Diagnosekodex (Angabe von 1 bis 6 Diagnosen)
20. Kodex der Therapie oder des Verfahrens (Angabe von 1 bis 11 Therapien/Verfahren)

6. SPEZIFIZIERUNG DER VARIABLEN

6.1. DATENSATZ 1 – ANAGRAFISCHE INFORMATIONEN

1. Kodex der Einrichtung (COD STR)

Angabe der Gesundheitseinrichtung (Kod. STS.11, RIA.11 o HSP.11) in der der Patient stationär aufgenommen oder behandelt wird.

Schlüsselvariabel.

Feld verpflichtend auszufüllen.

2. Fortlaufende Nummer des Aufenthaltes - nosografische Nummer (NOSOGRAF)

Fortlaufende Nummer des Aufenthaltes. Der Kodex besteht aus 10 Ziffern, von denen die ersten vier das Jahr der Aufnahme bezeichnen; die anderen 6 bilden eine fortlaufende Nummerierung innerhalb des Jahres. Die fortlaufende Nummerierung ist für jede Einrichtung einmalig, um sicherzustellen, dass jede Nummer eindeutig einen einzelnen Aufenthalt identifiziert.

Schlüsselvariabel.

Feld verpflichtend auszufüllen.

3. Persönlicher ID-Kodex des Betreuten (COD ID)

Angabe der eindeutigen Identifikationsnummer des Betreuten (zugelassene Identifikationsnummern, aus denen der CUNI-Kodex generiert wird).

- Für die im Nationalen Gesundheitssystem registrierten Betreuten, die 16-stellige Steuernummer angeben (Gesetz N. 412 des Jahres 1991);

- Für die nicht im Lande ansässigen europäischen Bürger in Besitz einer TEAM-Identifikationskarte, die 20-stellige TEAM-Identifikationsnummer eingeben;

- Für die nicht im Lande ansässigen europäischen Bürger nicht in Besitz einer TEAM-Identifikationskarte und nicht dem Nationalen Gesundheitssystem zugeordnet, den 16-stelligen ENI-Kodex (Rundschreiben des Gesundheitsministeriums von 19. Februar 2008) eingeben;

- Für Ausländer, die die gesetzlichen Einreise- und Aufenthaltsvoraussetzungen in Italien nicht erfüllen, ist der 16-stellige Regionalkodex unter der Abkürzung STP (ital. Abk. f. „vorübergehend eingereister Ausländer“), gemäß Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 394 vom 31.08.1999 und Rundschreiben des Gesundheitsministeriums Nr. 5 vom 24.04.2000 einzugeben;

- Für Ausländer, die internationalen Schutz beantragen, ist die 11-stellige Steuernummer zu verwenden (Legislativdekret Nr. 142 von 2015).

Wenn die Identität der betreuten Person nicht festgestellt werden kann (aufgrund nicht vorgesehener Identifikationsarten oder weil es unmöglich ist, die betreute Person zu identifizieren), muss für die Generierung des CUNI ein Kodex in folgendem Format verwendet werden: 20 Zeichen, davon die ersten 17 „X“ und die letzten 3 Zahlzeichen.

Feld verpflichtend auszufüllen.

4. Art des Persönlichen ID-Kodex' des Betreuten (TIPO ID)

Angabe der Art des Identifikationskodex' der sich auf das Feld "3. Persönlicher ID-Kodex des Betreuten" bezieht:

1 = Steuernummer;

2 = STP (vorübergehend anwesender Ausländer);

3 = AA (anonym);

4 = TEAM (persönliche TEAM-Identifikationsnummer);

9 = ENI (vorübergehend betreuter Bürger);

Z = Sonstige.

Feld verpflichtend auszufüllen.

5. Geschlecht (GENERE)

Angabe des Geschlechts des Betreuten. Folgende Kodexe sind anzuwenden:

1 = männlich;

2 = weiblich;

3 = nicht bestimmt;

Feld verpflichtend auszufüllen.

6. Geburtsjahr (ANASCITA)

Angabe des Geburtsjahres der versorgten Person im Format AAAA.

Feld verpflichtend auszufüllen.

7. Region des Wohnsitzes (REG RES)

Angabe der Wohnsitzregion des Betreuten, in deren Einwohnermeldeamt der Bürger eingetragen ist. Die Kodifizierung der Daten nimmt Bezug auf den 3-Ziffern-Kodex, festgelegt mit MD vom 17.09.1986, veröffentlicht im Amtsblatt N.240 vom 15. Oktober 1986, in geltender Fassung.

Für Ansässige im Ausland, mit 999 ausfüllen.

Feld verpflichtend auszufüllen.

8. Sanitätsbetrieb/ Gesundheitsbezirk nach Wohnsitz (ASL RES)

Angabe des Gesundheitsbezirkes oder des Sanitätsbetriebes der die Wohnsitzgemeinde des Patienten umfasst.

Für die im Land Ansässigen, folgende Kodizes verwenden:

101 = Gesundheitsbezirk Bozen;

102 = Gesundheitsbezirk Meran;

103 = Gesundheitsbezirk Brixen;

104 = Gesundheitsbezirk Bruneck.

Für Nicht-Ansässige sind die 3-Ziffern-Kodex des Gesundheitsministeriums (MD vom 17.09.1986) zu verwenden. Für Ansässige im Ausland, mit 999 ausfüllen.

Feld verpflichtend auszufüllen.

9. Gemeinde und Staat des Wohnsitzes (COM RES)

Angabe der Wohnsitzgemeinde, oder des Staates im Ausland, in deren Einwohnermeldeamt der Betreute im Moment der Aufnahme eingetragen ist.

Benutzung der ISTAT-Kodizes (erste 3 Zeichen für die Provinz stehen und die darauffolgenden 3 die fortlaufende Nummer der Gemeinde). Für die im Ausland Geborenen: 999 + Kodizes des ausländischen Staates, mit Benutzung der vom Innenministerium definierten Kodizes für die meldeamtlichen Daten der Bevölkerung. Für Obdachlose, Angabe = 999999.

Feld verpflichtend auszufüllen.

10. Staatsangehörigkeit (CITTADINANZA)

Angabe der Staatsbürgerschaft des Betreuten. Hat der Patient mehr als eine Staatsbürgerschaft, Eingabe des vom Betreuten ausgewählten Staatsbürgerschaft und entsprechendem Kodex.

Benutzung der Alpha 2 Kodizes (zwei Buchstaben), nach ISO 3166-Norm.

Im Falle von staatenlosen Betreuten, Angabe mit ZZ.

Im Falle von unbekannter Staatsbürgerschaft, Angabe mit XX.

Im Falle von fehlender Information, Angabe mit 99.

Feld verpflichtend auszufüllen.

11. Familienstand (S CIVILE)

Angabe des Familienstandes des Betreuten zum Zeitpunkt der Erhebung der Information. Folgende Kodizes sind anzuwenden:

1 = ledig;

2 = verheiratet;

3 = getrennt;

4 = geschieden;

5 = verwitwet;

6 = zivilrechtlich geeint;

7 = bereits in zivilrechtlicher Einigung (wegen Versterben des Partners);

8 = bereits in zivilrechtlicher Einigung (wegen Auflösung der Einigung);

9 = nicht erhoben;

99 = fehlende Information.

Feld verpflichtend auszufüllen.

12. Studientitel (TITOLO)

Angabe des Studientitels des Betreuten, im Moment der Datenerfassung

Folgende Kodexe sind anzuwenden:

- 1 = Keiner (weniger als 5 Jahre Studium);
 - 2 = Grundschulabschluss (5 Jahre Studium);
 - 3 = Mittelschulabschluss (8 Jahre Studium);
 - 4 = Oberschulabschluss (berufliche Qualifikation/Matura) (13 Jahre Studium);
 - 5 = Universitätsdiplom oder Bachelor-Abschluss;
 - 6 = Universitätsabschluss oder darüber (17 oder mehr Jahr Studium);
 - 7 = nicht angegeben;
 - 9 = fehlende Information;
- Feld verpflichtend auszufüllen.*

13. Probleme im sozio-familiären Umfeld (PRO SOC FAM)

Angabe von Problemen im sozio-familiären Umfeld des Betreuten im Moment der Aufnahme.

Folgende Kodizes sind anwendbar:

- 00 = kein Problem erfasst;
 - 01 = in Betreuung durch Sozialdienste;
 - 02 = Beziehungs-/Verhaltens-/psychiatrische Probleme;
 - 03 = Suchterkrankungen;
 - 04 = Probleme mit der Selbstständigkeit, körperliche Behinderung;
 - 05 = Probleme mit dem Gesetz;
 - 06 = wirtschaftliche Schwierigkeiten;
 - 07 = Wohnungsprobleme;
 - 08 = lebt allein;
 - 09 = Fehlen oder unzureichende Betreuungsperson;
 - 10 = Vorhandensein eines Betreuers/Vormunds
 - 99 = fehlende Information.
- Möglichkeit, mehrere Antworten einzugeben, sofern nicht der Wert 00 oder 99 eingegeben wird.
Feld verpflichtend auszufüllen.

6.1. DATENSATZ 2 – INFORMATIONEN ZUM STATIONÄREN AUFENTHALT

1. Kodex der Einrichtung (COD STR)

Angabe der Gesundheitseinrichtung (Kod. STS.11, RIA.11 o HSP.11) in der der Patient stationär aufgenommen oder behandelt wird.

Schlüsselvariabel.

Feld verpflichtend auszufüllen.

2. Fortlaufende Nummer des Aufenthaltes - nosografische Nummer (NOSOGRAP)

Fortlaufende Nummer des Aufenthaltes. Der Kodex besteht aus 10 Ziffern, von denen die ersten vier das Jahr der Aufnahme bezeichnen; die anderen 6 bilden eine fortlaufende Nummerierung innerhalb des Jahres. Die fortlaufende Nummerierung ist für jede Einrichtung einmalig, um sicherzustellen, dass jede Nummer eindeutig einen einzelnen Aufenthalt identifiziert.

Schlüsselvariabel.

Feld verpflichtend auszufüllen.

3. Stelle, die die Einweisung vorschlägt (Antragsteller für die Einweisung) (PROP RIC)

Angabe der Stelle die die Aufnahme in die Einrichtung beantragt hat.

Folgende Kodizes sind anwendbar:

- 1 = Arzt für Allgemeinmedizin;
 - 2 = Arzt der Bereitschaftskontinuität;
 - 3 = Facharzt der ambulanten wohnortnahen Betreuung oder des Krankenhauses;
 - 4 = Arzt der Notaufnahme;
 - 5 = Frei wählbarer Kinderarzt.
- Feld verpflichtend auszufüllen.*

4. Subjekt, welches dem Arzt die Möglichkeit eines Aufenthalts meldet (SEGN_MED)

Angabe, ob der Fall dem Arzt von anderem qualifizierten Personal als der im Feld „Stelle, die die Einweisung vorschlägt“ angegebenen Personen gemeldet wurde (PROP_ROC).

Folgende Kodizes sind anwendbar:

1 = Krankenpfleger/in;

2 = Sozialassistent/in;

3 = Andere Art von Arzt die nicht im Feld “ Stelle, die die Einweisung vorschlägt ” (PROP_ROC) berücksichtigt ist;

4 = Caregiver;

5 = Anderer Anbieter von Hauspflege;

9 = Andere.

Feld nicht verpflichtend auszufüllen.

5. Angabe, ob die Aufnahme über die wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE) vermittelt worden ist (MEDIAZ_COT)

Angabe, ob die Aufnahme über die wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE) vermittelt worden ist. Gibt an, ob die WONE eine aktive Rolle bei der Beurteilung der Notwendigkeit einer Einweisung des Patienten in das Gemeinschaftskrankenhaus gespielt hat.

Folgende Kodizes sind anwendbar:

1 = JA;

2 = NEIN;

Feld verpflichtend auszufüllen.

6. Kodex der WONE (COT)

Angabe, im Falle, dass der Aufenthalt durch die WONE vermittelt wurde, der Zusammensetzung des Identifikationskodex der Region/Land mit dem des Sanitätsbetriebes oder Gesundheitsbezirkes und dem STS.11-Kodex.

Feld verpflichtend auszufüllen, wenn MEDIAZ_COT = 1.

7. Datum der Anfrage zur Aufnahme (DATA_ACC)

Angabe des Datums der Eignungserklärung für die Aufnahme (Aufnahme des bewerteten und geeigneten Patienten in die Warteliste).

Feld verpflichtend auszufüllen.

8. Datum der Aufnahme (DATA_RIC)

Angabe des Datums der Aufnahme in die Einrichtung.

Feld verpflichtend auszufüllen.

9. Herkunft des Patienten (PROVENIE)

Angabe der Herkunft des Patienten der in die Einrichtung aufgenommen wird.

Folgende Kodizes sind anwendbar:

01 = Wohnsitz;

02 = öffentliches Krankenhaus;

03 = Privatklinik;

04 = Erste Hilfe / Notaufnahme;

05 = Hospice;

06 = Territoriale soziosanitäre Aufenthaltseinrichtung

07 = Sozialwohnheim

08 = Anderes Gemeinschaftskrankenhaus

99 = Andere Einrichtungen

Feld verpflichtend auszufüllen.

10. Kodex der Region der Herkunftseinrichtung des Patienten (COD_REG_PROV)

Wenn das Feld “Herkunft des Patienten (PROVENIE)” mit einem Wert anders als 01 ausgefüllt ist, den Kodex der Region angeben wo sich die Herkunftseinrichtung des Betreuten befindet.

Feld bedingt verpflichtend auszufüllen.

11. Kodex des Sanitätsbetriebs der Herkunftseinrichtung des Patienten (COD ASL PROV)

Wenn das Feld „Herkunft vom Patienten (PROVENIE)“ mit einem anderen Wert als 01 ausgefüllt ist und der „Code der Region der Herkunftseinrichtung“ unserer A.P. Bozen (041) entspricht, den Code des Gesundheitsbezirks angeben, in dem sich die Herkunftseinrichtung des Patienten befindet.

Feld bedingt verpflichtend auszufüllen.

12. Kodex der Herkunftseinrichtung des Patienten (COD STR PROV)

Wenn das Feld „Herkunft vom Patienten (PROVENIE)“ mit einem anderen Wert als 01, 07 und 99 ausgefüllt ist und der „Code der Region der Herkunftseinrichtung“ unserer A.P. Bozen (041) entspricht, den Identifikationscode der Einrichtung angeben, aus der der Patient stammt (Codes HSP, STS oder RIA).

Feld bedingt verpflichtend auszufüllen.

13. Datum der Entlassung oder des Versterbens (D DIMOSP)

Datum der Entlassung aus der Einrichtung oder des Todesfalls in der Einrichtung angeben.

Feld verpflichtend auszufüllen.

14. Tage von vorübergehender Abwesenheit (GG ASSENZA)

Anzahl der Tage angeben, an denen der Patient während seines Aufenthalts vorübergehend abwesend ist. Ist der Patient weniger als 24 Stunden abwesend, gilt dies als 1 Tag Abwesenheit.

Feld verpflichtend auszufüllen.

15. Hauptgrund für den Aufenthalt (MOTIVO RIC)

Angabe des Hauptgrundes für die Notwendigkeit der Aufnahme.

Folgende Werte sind zulässig:

01 = Überwachung und kontinuierliche Pflege;

02 = Verschlimmerung einer chronischen Erkrankung;

03 = Klinische Überwachung und therapeutische Stabilisierung

04 = Aufklärung/Schulung des Patienten und der Pflegeperson

05 = Funktionelle Reaktivierung

06 = Rehabilitations-/Umerziehungsmaßnahmen/Einzelmaßnahmen oder Abschluss extensiver Maßnahmen

07 = Leichte Akutfälle

08 = Isolierung wegen Infektionskrankheit

99 = Sonstiges

Feld verpflichtend auszufüllen.

16. Art der Entlassung (MOD DIM)

Angabe des Zustandes des Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung und die eventuelle Fortsetzung der Pflege in anderen Einrichtungen.

Folgende Werte sind zulässig:

1 = Normale Entlassung nach Hause;

2 = Geschützte Entlassung mit Aktivierung der Hauspflege

3 = Geschützte Entlassung mit Aktivierung des Palliativnetzwerks (Hospice, häusliche Palliativpflege, usw.)

4 = Geschützte Entlassung nach Hause mit Aktivierung anderer Dienste;

5 = Verlegung in ein öffentliches oder privates Krankenhaus;

6 = Verlegung in eine soziosanitäre territoriale Einrichtung;

7 = Verlegung in andere Einrichtungen der Intermediärpflege;

8 = Freiwillige Entlassung

9 = Tod

Feld verpflichtend auszufüllen.

17. ADL-Bewertung bei Aufnahme (modifizierter Barthel-Index) (BARTHEL ING)

Angabe der individuellen Punktzahl gemäß der „Modifizierter Barthel-Index“ - Skala an, die bei der Aufnahme in die Einrichtung gemessen wurde. Auszufüllen, wenn Datum der Einweisung – Geburtsjahr >= 19 Jahre. Der Wert muss zwischen 0 und 100 liegen.

Feld verpflichtend auszufüllen.

18. ADL-Bewertung bei Entlassung (modifizierter Barthel-Index) (BARTHEL DIM)

Angabe der individuellen Punktzahl gemäß der „Modifizierter Barthel-Index“ - Skala an, die bei der Entlassung aus der Einrichtung gemessen wurde. Auszufüllen, wenn Datum der Einweisung – Geburtsjahr >= 19 Jahre. Der Wert muss zwischen 0 und 100 liegen.

Feld bedingt verpflichtend auszufüllen.

19. Diagnosekodex (Angabe von 1 bis 6 Diagnosen) (CDIAG1 O – CDIAG6 O)

Angabe der Erkrankungen an denen der Patient leidet, oder seines Gesundheitszustandes (maximal 6). Die Kodierung erfolgt anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM.

Feld verpflichtend auszufüllen.

20. Kodex der Therapie oder des Verfahrens (Angabe von 1 bis 11 Therapien/Verfahren) (CINT1 O – CINT10 O)

Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen (maximal 11) unter Verwendung der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025.

7. DATENÜBERMITTLUNG

7.1. QUALITÄTSKONTROLLE DER DATEN, ZUWEISUNG DER EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONSNUMMER UND ÜBERMITTLUNG DER DATEN AN DAS LAND

Der Sanitätsbetrieb und die mit ihm vertraglich verbundenen Einrichtungen übermitteln die Daten zu jedem Fall von intermediärer Gesundheitsversorgung an die Südtiroler Informatik AG (SIAG) gemäß dem in Anhang 1 beschriebenem Datensatz, damit die Daten überprüft werden können und jedem Patienten eine einzigartige Identifikationsnummer auf Landesebene und für die Übermittlung an das Ministerium zugewiesen wird, wobei die direkten Identifikationsdaten der Patienten (z. B. Steuernummer, Gesundheitscode) gelöscht werden und die so verfeinerten Daten der Abteilung Gesundheit zur Übermittlung an das Ministerium gemäß dem Ministerialdekret vom 4. August 2025 zur Verfügung gestellt werden.

Die Datenübermittlung an das Land erfolgt über das Portal Secure-DataPortal (<https://securedataportal.siag.it>).

Die übermittelten Datensätze müssen folgende Bezeichnungen aufweisen:

- Datensatz anagrafische Informationen: Strukturcode+Übermittlungsdatum
_JJJJMMTT+_SIOC+_ANA
- Datensatz Informationen zum stationären Aufenthalt: Strukturcode+Übermittlungsdatum
_JJJJMMTT+_SIOC+_CLI

Als Beispiel: 'XXXXXX_20260101_SIOC_ANA' & 'XXXXXX_20260101_SIOC_CLI'.

Dies ist die einzige vom Land (über SIAG) akzeptierte Methode zur Datenübermittlung.

Auf der Grundlage des Ministerialdekrets vom 4. August 2025 und unter Berücksichtigung der technischen Fristen, die das Assessorat zur Durchführung der Kontrollen der übermittelten Daten benötigt, werden folgenden Fristen der Datenübermittlung für den Sanitätsbetrieb und die privaten vertragsverbundenen Einrichtungen, die diese Art von Leistungen erbringen, festgelegt:

Bezugszeitraum der erfassten Informationen	Frist Datenübermittlung an das Land	Zeitraum für die Übermittlung von SIAG an das Ministerium
1. Trimester	innerhalb 30. April des laufenden Jahres	innerhalb 15. Mai des laufenden Jahres
2. Trimester	innerhalb 31. Juli des laufenden Jahres	innerhalb 15. August des laufenden Jahres
3. Trimester	innerhalb 31. Oktober des laufenden Jahres	innerhalb 15. November des laufenden Jahres
4. Trimester	innerhalb 31. Januar des darauffolgenden Jahres	innerhalb 15. Februar des darauffolgenden Jahres

Die Daten werden vor dem Hochladen in die Landesdatenbank einer Kontrollprozedur unterzogen. Daten, die bei der Kontrolle als fehlerhaft erkannt werden, werden nicht in die Landesdatenbank hochgeladen, bis der Sanitätsbetrieb oder der Sender sie korrigiert hat.

Die letzte Übermittlung der Daten durch den Sanitätsbetrieb oder der vertragsverbundenen Einrichtungen ist die als jeweils gültige angesehen.

7.2. DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM

Das Land übermittelt über die Südtiroler Informatik AG die Daten gemäß den im Dekret des Gesundheitsministeriums vom 4. August 2025 und dessen späteren Änderungen festgelegten Modalitäten und unter Einhaltung der vorgesehenen Fristen an das Gesundheitsministerium.

Die zu erfassenden Variablen, welche eine Informationspflicht gegenüber dem Ministerium darstellen, sind in Anhang 1 desselben Ministerialdekrets und in den Funktionellen Leitlinien in den zum Zeitpunkt der Datenübermittlung aktuellen Versionen, aufgeführt.

Die Daten werden dem Ministerium in einer Datei im XML-Format übermittelt. Die Funktionellen

Leitlinien definieren die zu verwendenden XSD-Validierungs-Schemata.

Gemäß Artikel 5 des oben genannten Dekrets ist eine zusätzliche Frist von dreißig Tagen über die angegebenen Termine für die Datenerfassung hinaus zulässig, wenn es nicht möglich ist, die Informationen innerhalb von maximal 45 Tagen nach Entlassung der Patienten zu übermitteln.

8. DATENSCHUTZ

Die vom Informationssystem SIOC im Rahmen der Datenübermittlung und -verarbeitung vorgesehenen Sicherheitsmaßnahmen zur Gewährleistung der Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen, nehmen Bezug auf den „Kodex zum Schutz personenbezogener Daten“ gemäß Gesetzesdekret Nr. 196 vom 30.06.2003 und nachfolgenden Änderungen sowie auf die Bestimmungen des Gesetzesdekrets Nr. 101 vom 10.08.2018 zur Anpassung der nationalen Rechtsvorschriften an die Bestimmungen der EU-Verordnung 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Europäischen Rates vom 27.04.2016.

Für Personen mit erweitertem Schutzbedarf, sowie für jene die gemäß der EU-Verordnung 2016/679 (DSGVO) und gemäß Gesetzesdekret Nr. 196 vom 30.06.2003 in der jeweils gültigen Fassung sowie gemäß den Bestimmungen des Gesetzesdekrets Nr. 101 vom 10.08.2018 das Recht auf Anonymität gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in Anspruch nehmen möchten, wird die Erfassung der Steuernummer des Patienten unterlassen. Die Variablen des Datensatzes müssen wie folgt ausgefüllt und gesendet werden:

COD_ID = alphanumerischer Code bestehend aus 20“X”

ANNÖ_NASCITA = AAAA

CITTADINANZA = 998

COM_RES = 999999

REG_RES = 999

ASL_RES = 999

COM_RES = 999999

STATO_CIVILE = 9

TITOLO = 7

SIAG procederà ai controlli dei casi di pazienti soggetti a maggiore tutela e in caso di errata trasmissione dei dati anagrafici dall'ente erogatore delle prestazioni senza anonimizzazione degli stessi dati anagrafici, procederà in autonomia alla anonimizzazione delle viste messe a disposizione dell'Osservatorio della Salute della Provincia.

SIAG wird die Fälle von Patienten, die einem erhöhten Schutz unterliegen, überprüfen und im Falle einer fehlerhaften Übermittlung ohne Anonymisierung der personenbezogenen Daten durch den Leistungserbringer, die Anonymisierung selbstständig vornehmen und der Beobachtungsstelle des Landes diese dann zur Verfügung stellen.

9. ABRECHNUNGSMODUS DER TARIFATION DER AUFENTHALTE

Die Tarife werden durch entsprechende Beschlüsse der Landesregierung festgelegt.

ANLAGEN

Anlage 1: DATENSATZ FÜR DATENÜBERMITTLUNG VON DEN LANDESEINRICHTUNGEN AN DAS LANDESARCHIV

Anlage 2: AUTOMATISCHE KONTROLLE DER DATENQUALITÄT

Anlage 3: DATENSATZ FÜR DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Anlage 4: DATENANSICHT FÜR BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR GESUNDHEIT DES LANDES

ANLAGE 1 DATENSATZ FÜR DATENÜBERMITTLUNG VON DEN LANDESEINRICHTUNGEN AN DAS LAN-DESARCHIV

Legende:

OBB V = Verpflichtend auszufüllen

OBB = Bedingt verpflichtend auszufüllen

“leer” = nicht verpflichtend / frei optional

Datensatz 1 –ANAGRAFISCHE INFORMATIONEN

N.	Name	Beschreibung	Art	Länge	Von	Bis	Obbl.	Anmerkungen
1	COD_STR	Kodex der Einrichtung – SCHLÜSSELVARIABLE	AN	6	1	6	OBB V	Benutzung STS.11, RIA.11 und HSP.11 Kodexe
2	NOSOGRAF	Fortlaufende Nummer des Aufenthaltes – noso- grafische Nummer - SCHLÜSSELVARIABLE	N	10	7	16	OBB V	Angabe des Jahres + fortlaufende Nummer (AAAA+nnnnnn)
3	COD_ID	Persönlicher ID-Kodex des Betreuten	AN	20	17	36	OBB V	Angabe der eindeutigen Identifikationsnummer des Betreuten (zugelassene Identifikationsnummern, aus denen der CUNI-Kodex generiert wird)
4	TIPO_ID	Art des Persönlichen ID-Kodex des Betreuten	AN	1	37	37	OBB V	Folgende Angaben sind zugelassen: 1 = Steuernummer; 2 = STP (vorübergehend anwesender Ausländer); 3 = AA (anonym); 4 = TEAM (persönliche TEAM-Identifikationsnummer); 9 = ENI (vorübergehend betreuter Bürger); Z = Sonstige.
5	GENERE	Geschlecht	AN	1	38	38	OBB V	Folgende Angaben sind zugelassen: 1 = männlich; 2 = weiblich; 3 = nicht bestimmt;
6	ANASCITA	Geburtsjahr	Data	4	39	42	OBB V	Format: AAAA
7	REG_RES	Region des Wohnsitzes	AN	3	43	45	OBB V	Die Kodierung der Daten nimmt Bezug auf den 3-Ziffern-Kodex, festgelegt mit MD vom 17.09.1986. Für Ansässige im Ausland, mit 999 ausfüllen.

N.	Name	Beschreibung	Art	Länge	Von	Bis	Obbl.	Anmerkungen
8	ASL_RES	Angabe des Gesundheitsbezirkes oder des Sanitätsbetriebes der die Wohnsitzgemeinde des Patienten umfasst	AN	3	46	48	OBB V	Angabe des Gesundheitsbezirkes oder des Sanitätsbetriebes der die Wohnsitzgemeinde des Patienten umfasst. Für Nicht-Ansässige sind die 3-Ziffern-Kodex des Gesundheitsministeriums (MD vom 17.09.1986) zu verwenden. Für Ansässige im Ausland, mit 999 ausfüllen
9	COM_RES	Gemeinde des Wohnsitzes	AN	6	49	54	OBB V	Benutzung der ISTAT-Kodizes (erste 3 Zeichen für die Provinz stehen und die darauffolgenden 3 die fortlaufende Nummer der Gemeinde). Für die im Ausland Geborenen: 999 + Kodizes des ausländischen Staates, mit Benutzung der vom Innenministerium definierten Kodizes für die meldeamtlichen Daten der Bevölkerung. Für Oddachlose, Angabe mit 999999.
10	CITTADINANZA	Staatsangehörigkeit	AN	2	55	56	OBB V	Benutzung der Alpha 2 Kodizes (zwei Buchstaben), nach ISO 3166-Norm. Im Falle von staatenlosen Betreuten, Angabe mit ZZ. Im Falle von unbekannter Staatsbürgerschaft, Angabe mit XX. Im Falle von fehlender Information, Angabe mit 99.
11	S_CIVILE	Familienstand	AN	2	57	58	OBB V	Folgende Angaben sind zugelassen: 1 = ledig; 2 = verheiratet; 3 = getrennt; 4 = geschieden; 5 = verwitwet; 6 = zivilrechtlich geeint; 7 = bereits in zivilrechtlicher Einigung (wegen Versterben des Partners); 8 = bereits in zivilrechtlicher Einigung (wegen Auflösung der Einigung); 9 = nicht erhoben; 99 = fehlende Information.

N.	Name	Beschreibung	Art	Länge	Von	Bis	Obbl.	Anmerkungen
12	TITOLO	Studententitel	AN	1	59	59	OBB V	Folgende Angaben sind zugelassen: 1 = Keiner (weniger als 5 Jahre Studium); 2 = Grundschulabschluss (5 Jahre Studium); 3 = Mittelschulabschluss (8 Jahre Studium); 4 = Oberschulabschluss (berufliche Qualifikation/Matura) (13 Jahre Studium); 5 = Universitätsdiplom oder Bachelor-Abschluss; 6 = Universitätsabschluss oder darüber (17 oder mehr Jahr Studium); 7 = nicht angegeben; 9 = fehlende Information;
13	PRO_SOC_FAM1	Probleme im sozio-familiären Umfeld 1	AN	2	60	61	OBB V	Folgende Angaben sind zugelassen: 00 = kein Problem erfasst; 01 = in Betreuung durch Sozialdienste; 02 = Beziehungs-/Verhaltens-/psychiatrische Probleme; 03 = Suchterkrankungen; 04 = Probleme mit der Selbstständigkeit, körperliche Behinderung; 05 = Probleme mit dem Gesetz; 06 = wirtschaftliche Schwierigkeiten; 07 = Wohnungsprobleme; 08 = lebt allein; 09 = Fehlen oder unzureichende Betreuungsperson; 10 = Vorhandensein eines Betreuers/Vormunds 99 = fehlende Information.
14	PRO_SOC_FAM2	Probleme im sozio-familiären Umfeld 2	AN	2	62	63		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99.

N.	Name	Beschreibung	Art	Länge	Von	Bis	Obbl.	Anmerkungen
15	PRO_SOC_FAM3	Probleme im sozio-familiären Umfeld 3	AN	2	64	65		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99.
16	PRO_SOC_FAM4	Probleme im sozio-familiären Umfeld 4	AN	2	66	67		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99.
17	PRO_SOC_FAM5	Probleme im sozio-familiären Umfeld 5	AN	2	68	69		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99.
18	PRO_SOC_FAM6	Probleme im sozio-familiären Umfeld 6	AN	2	70	71		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99.
19	PRO_SOC_FAM7	Probleme im sozio-familiären Umfeld 7	AN	2	72	73		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99.
20	PRO_SOC_FAM8	Probleme im sozio-familiären Umfeld 8	AN	2	74	75		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99.
21	PRO_SOC_FAM9	Probleme im sozio-familiären Umfeld 9	AN	2	76	77		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99.
22	PRO_SOC_FAM10	Probleme im sozio-familiären Umfeld 10	AN	2	78	79		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99.

Hinweis:

Felder mit alphanumerischem Datentyp (AN) müssen immer linksbündig ausgerichtet und rechts mit Leerzeichen aufgefüllt werden.

Felder mit numerischem Datentyp (N) müssen immer rechtsbündig ausgerichtet und mit Nullen aufgefüllt werden.

Die gelb markierten Variablen sind als Schlüsselvariablen für die Zusammenführung der Datensätze definiert.

Datensatz 2 – INFORMATIONEN ZUM STATIONÄREN AUFENTHALT

N°	Name	Beschreibung	Art	Länge	Von	Bis	Obbl.	Anmerkungen
1	COD_STR	Kodex der Einrichtung – SCHLÜSSELVARIABLE	AN	6	1	6	OBB V	Benutzung STS.11, RIA.11 und HSP.11 Kodexe
2	NOSOGRAF	Fortlaufende Nummer des Aufenthaltes – nosografische Nummer - SCHLÜSSEL-VARIABLE	AN	10	7	16	OBB V	Angabe des Jahres + fortlaufende Nummer (AAAA+nnnnnn)
23	PROP_RIC	Antragsteller für die Einweisung	AN	1	17	17	OBB V	Folgende Angaben sind zugelassen: 1 = Arzt für Allgemeinmedizin; 2 = Arzt der Bereitschaftskontinuität; 3 = Facharzt der ambulanten wohnortnahen Betreuung oder des Krankenhauses; 4 = Arzt der Notaufnahme; 5 = Frei wählbarer Kinderarzt.
24	SEGN_MED	Subjekt, welches dem Arzt die Möglichkeit eines Aufenthaltes meldet	AN	1	18	18		Folgende Angaben sind zugelassen: 1 = Krankenpfleger; 2 = Sozialassistenten; 3 = Andere Art von Arzt die nicht im Feld “ Stelle, die die Einweisung vorschlägt ” (PROP_ROC) berücksichtigt ist; 4 = Caregiver; 5 = Anderer Anbieter von Hauspflege; 9 = Andere..
25	MEDIAZ_COT	Vermittlung der Aufnahme über die wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE)	AN	1	19	19	OBB V	Folgende Angaben sind zugelassen: 1 = JA; 2 = NEIN;
26	COT	Kodex der WONE (wohnortnahe Einsatzzentrale)	AN	12	20	31	OBB	Zusammensetzung des Identifikationskodex der Region/Land mit dem des Sanitätsbetriebes oder Gesundheitsbezirkes und dem entsprechenden STS.11-Kodex (041201xxxxxx)
27	DATA_ACC	Datum der Anfrage zur Aufnahme	Data	8	32	39	OBB V	Format ggmmaaaa
28	DATA_RIC	Datum der Aufnahme	Data	8	40	47	OBB V	Format ggmmaaaa

N°	Name	Beschreibung	Art	Länge	Von	Bis	Obbl.	Anmerkungen
29	PROVENIE	Herkunft des Patienten	AN	2	48	49	OBB V	Folgende Angaben sind zugelassen: 01 = Wohnsitz; 02 = Öffentliches Krankenhaus; 03 = Privatklinik; 04 = Erste Hilfe / Notaufnahme; 05 = Hospice; 06 = Territoriale soziosanitäre Aufenthaltseinrichtung 07 = Sozialwohnheim 08 = Anderes Gemeinschaftskrankenhaus 99 = Andere Einrichtungen
30	COD_REG_PROV	Kodex der Region der Herkunftseinrichtung des Patienten	AN	3	50	52	OBB	3-Ziffern-Kodex, festgelegt mit MD vom 17.09.1986
31	COD_ASL_PROV	Kodex des Sanitätsbetriebs der Herkunftseinrichtung des Patienten	AN	3	53	55	OBB	Kodizes der Gesundheitsbezirke des Landes
32	COD_STR_PROV	Kodex der Herkunftseinrichtung des Patienten	AN	6	56	61	OBB	Benutzung der Kodizes HSP.11, STS.11 oder RIA.11 der NSIS-Datenflüsse
33	D_DIMOSP	Datum der Entlassung oder des Versterbens	Data	8	62	69	OBB V	Format ggmmaaaa
34	GG_ASSENZA	Anzahl Tage vorübergehender Abwesenheit	AN	3	70	72	OBB V	Mit = 0 ausfüllen, wenn keine Abwesenheitstage registriert sind
35	MOTIVO_RIC	Hauptgrund für den Aufenthalt	AN	2	73	74	OBB V	Folgende Angaben sind zugelassen: 01 = Überwachung und kontinuierliche Pflege; 02 = Verschlimmerung einer chronischen Erkrankung; 03 = Klinische Überwachung und therapeutische Stabilisierung 04 = Aufklärung/Schulung des Patienten und der Pflegeperson 05 = Funktionelle Reaktivierung 06 = Rehabilitations-/Umerziehungsmaßnahmen/Einzelmaßnahmen oder Abschluss extensiver Maßnahmen 07 = Leichte Akutfälle 08 = Isolierung wegen Infektionskrankheit 99 = Sonstiges

N°	Name	Beschreibung	Art	Länge	Von	Bis	Obbl.	Anmerkungen
36	MOD_DIM	Art der Entlassung	N	2	75	76	OBBL V	Folgende Angaben sind zugelassen: 1 = Normale Entlassung nach Hause; 2 = Geschützte Entlassung mit Aktivierung der Hauspflege 3 = Geschützte Entlassung mit Aktivierung des Palliativnetzwerks (Hospice, häusliche Palliativpflege, usw.) 4 = Geschützte Entlassung nach Hause mit Aktivierung anderer Dienste; 5 = Verlegung in ein öffentliches oder privates Krankenhaus; 6 = Verlegung in eine soziosanitäre territoriale Einrichtung; 7 = Verlegung in andere Einrichtungen der Intermediärpflege; 8 = Freiwillige Entlassung 9 = Tod
37	BARTHEL_ING	ADL-Bewertung bei Aufnahme (modifizierter Barthel-Index)	N	3	77	79	OBBL	Auszufüllen, wenn Datum der Aufnahme – Geburtsjahr >= 19 Jahre. Der Wert muss zwischen 0 und 100 liegen
38	BARTHEL_DIM	ADL-Bewertung bei Entlassung (modifizierter Barthel-Index)	N	3	80	82	OBBL	Auszufüllen, wenn Datum der Aufnahme – Geburtsjahr >= 19 Jahre. Der Wert muss zwischen 0 und 100 liegen
39	CDIAG1_O	Angabe der Erkrankungen an denen der Patient leidet, oder seines Gesundheitszustandes	AN	7	83	89	OBBL V	Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM
40	CDIAG2_O	Angabe der komorbiden Erkrankungen an denen der Patient leidet	AN	7	90	96		Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM
41	CDIAG3_O	Angabe der komorbiden Erkrankungen an denen der Patient leidet	AN	7	97	103		Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM

N°	Name	Beschreibung	Art	Länge	Von	Bis	Obbl.	Anmerkungen
42	CDIAG4_O	Angabe der komorbiden Erkrankungen an denen der Patient leidet	AN	7	104	110		Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM
43	CDIAG5_O	Angabe der komorbiden Erkrankungen an denen der Patient leidet	AN	7	111	117		Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM
44	CDIAG6_O	Angabe der komorbiden Erkrankungen an denen der Patient leidet	AN	7	118	124		Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM
45	CINT1_O	Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen	AN	8	125	132		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025
46	CINT2_O	Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen	AN	8	133	140		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025
47	CINT3_O	Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen	AN	8	141	148		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025
48	CINT4_O	Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen	AN	8	149	156		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025
49	CINT5_O	Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen	AN	8	157	164		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025
50	CINT6_O	Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen	AN	8	165	172		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025
51	CINT7_O	Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen	AN	8	173	180		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025
52	CINT8_O	Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen	AN	8	181	188		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025

N°	Name	Beschreibung	Art	Länge	Von	Bis	Obbl.	Anmerkungen
53	CINT9_O	Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen	AN	8	189	196		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025
54	CINT10_O	Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen	AN	8	197	204		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025
55	CINT11_O	Angabe der während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffe und Behandlungen	AN	8	205	212		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025

ANLAGE 2: AUTOMATISCHE KONTROLLE DER DATENQUALITÄT

Legende:

OBB V = Verpflichtend auszufüllen

OBB = Bedingt verpflichtend auszufüllen

“leer” = nicht verpflichtend / frei optional

A) DATENSATZ 1 –ANAGRAFISCHE INFORMATIONEN

DEFINITION	EIGENSCHAFTEN		KONTROLLEN
	ART	VERPFL.	
COD_STR Kodex der Einrichtung	AN (6)	OBB V	Zugelassene Werte: STS.11, HSP.11 und RIA.11 Kodizes bezogen auf Einrichtungen der Intermediärversorgung im Lande SCHLÜSSELVARIABLEL für Verbindung der zwei Datensätze
NOSOGRAP Fortlaufende Nummer des Aufenthaltes - nosografische Nummer	N (10)	OBB V	SCHLÜSSELVARIABLEL für Verbindung der zwei Datensätze
COD_ID Persönlicher ID-Kodex des Betreuten	AN (20)	OBB V	
TIPO_ID Art des Persönlichen ID-Kodex des Betreuten	AN (1)	OBB V	Zugelassene Werte: 1 = Steuernummer; 2 = STP (vorübergehend anwesender Ausländer); 3 = AA (anonym); 4 = TEAM (persönliche TEAM-Identifikationsnummer); 9 = ENI (vorübergehend betreuter Bürger); Z = Sonstige.
GENERE Geschlecht des Betreuten	AN (1)	OBB V	Zugelassene Werte: 1 = männlich; 2 = weiblich; 3 = nicht bestimmt;
ANASCITA Geburtsjahr	Data (4)	OBB V	Format: AAAA

DEFINITION	EIGENSCHAFTEN		KONTROLLEN
	ART	VERPFL.	
REG_RES Region des Wohnsitzes	AN (3)	OBB V	Zugelassene Werte: 3-Ziffern-Kodex, festgelegt mit MD vom 17.09.1986 in geltender Fassung. Für Ansässige im Ausland, mit 999 ausfüllen
ASL_RES Angabe des Gesundheitsbezirkes oder des Sanitätsbetriebes der die Wohnsitzgemeinde des Patienten umfasst	AN (3)	OBB V	Für jene Betreuten die im Land ansässig sind, folgende Kodes benutzen: 101 = Gesundheitsbezirk Bozen; 102 = Gesundheitsbezirk Meran; 103 = Gesundheitsbezirk Brixen; 104 = Gesundheitsbezirk Bruneck. Für Nicht-Ansässige sind die 3-Ziffern-Kodex des Gesundheitsministeriums (MD vom 17.09.1986) zu verwenden. Für Ansässige im Ausland, mit 999 ausfüllen.
COMUNE DI RESIDENZA Angabe der italienische Gemeinde oder gegebenenfalls des Landes, in dem der Patient zum Zeitpunkt der Aufnahme seinen rechtmäßigen Wohnsitz hat	AN (6)	OBB V	Benutzung der ISTAT-Kodizes (erste 3 Zeichen für die Provinz stehen und die darauffolgenden 3 die fortlaufende Nummer der Gemeinde). Für die im Ausland Geborenen: 999 + Kodizes des ausländischen Staates, mit Benutzung der vom Innenministerium definierten Kodizes für die meldeamtlichen Daten der Bevölkerung. Für Obdachlose, Angabe = „999999“.
CITTADINANZA Staatsangehörigkeit des Patienten bei der Aufnahme	AN (2)	OBB V	Benutzung der Alpha 2 Kodizes (zwei Buchstaben), nach ISO 3166-Norm. Im Falle von staatenlosen Betreuten, Angabe mit ZZ. Im Falle von unbekannter Staatsbürgerschaft, Angabe mit XX. Im Falle von fehlender Information, Angabe mit 99.
S_CIVILE Familienstand des Betreuten	AN (2)	OBB V	Zugelassene Werte: 1 = ledig; 2 = verheiratet; 3 = getrennt; 4 = geschieden; 5 = verwitwet; 6 = zivilrechtlich geeint; 7 = bereits in zivilrechtlicher Einigung (wegen Versterben des Partners); 8 = bereits in zivilrechtlicher Einigung (wegen Auflösung der Einigung); 9 = nicht erhoben; 99 = fehlende Information

DEFINITION	EIGENSCHAFTEN		KONTROLLEN
	ART	VERPFL.	
TITOLO Studientitel des Betreuten bei der Aufnahme	AN (1)	OBB V	Zugelassene Werte: 1 = Keiner (weniger als 5 Jahre Studium); 2 = Grundschulabschluss (5 Jahre Studium); 3 = Mittelschulabschluss (8 Jahre Studium); 4 = Oberschulabschluss (berufliche Qualifikation/Matura) (13 Jahre Studium); 5 = Universitätsdiplom oder Bachelor-Abschluss; 6 = Universitätsabschluss oder darüber (17 oder mehr Jahr Studium); 7 = nicht angegeben; 9 = fehlende Information.
PRO_SOC_FAM1 Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN (2)	OBB V	Zugelassene Werte: 00 = kein Problem erfasst; 01 = in Betreuung durch Sozialdienste; 02 = Beziehungs-/Verhaltens-/psychiatrische Probleme; 03 = Suchterkrankungen; 04 = Probleme mit der Selbstständigkeit, körperliche Behinderung; 05 = Probleme mit dem Gesetz; 06 = wirtschaftliche Schwierigkeiten; 07 = Wohnungsprobleme; 08 = lebt allein; 09 = Fehlen oder unzureichende Betreuungsperson; 10 = Vorhandensein eines Betreuers/Vormunds 99 = fehlende Information.
PRO_SOC_FAM2 Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN (2)		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99.
PRO_SOC_FAM3 Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN (2)		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99. Nicht auszufüllen wenn PRO_SOC_FAM2 nicht ausgefüllt.
PRO_SOC_FAM4 Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN (2)		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99. Nicht auszufüllen wenn PRO_SOC_FAM3 nicht ausgefüllt.

DEFINITION	EIGENSCHAFTEN		KONTROLLEN
	ART	VERPFL.	
PRO_SOC_FAM5 Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN (2)		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99. Nicht auszufüllen wenn PRO_SOC_FAM4 nicht ausgefüllt.
PRO_SOC_FAM6 Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN (2)		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99. Nicht auszufüllen wenn PRO_SOC_FAM5 nicht ausgefüllt.
PRO_SOC_FAM7 Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN (2)		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99. Nicht auszufüllen wenn PRO_SOC_FAM6 nicht ausgefüllt.
PRO_SOC_FAM8 Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN (2)		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99. Nicht auszufüllen wenn PRO_SOC_FAM7 nicht ausgefüllt.
PRO_SOC_FAM9 Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN (2)		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99. Nicht auszufüllen wenn PRO_SOC_FAM8 nicht ausgefüllt.
PRO_SOC_FAM10 Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN (2)		Zugelassene Werte sind die von PRO_SOC_FAM1, außer = 00 und = 99. Nicht ausfüllen, wenn PRO_SOC_FAM1 = 00 oder 99. Nicht auszufüllen wenn PRO_SOC_FAM9 nicht ausgefüllt.

B) Datensatz 2 – INFORMATIONEN ZUM STATIONÄREN AUFENTHALT

DEFINITION	EIGENSCHAFTEN		KONTROLLEN
	ART	VERPFL.	
COD_STR Kodex der Einrichtung	AN (6)	OBB V	Zugelassene Werte: STS.11, HSP.11 und RIA.11 Kodizes bezogen auf Einrichtungen der Intermediärversorgung im Lande SCHLÜSSELVARIABLEL für Verbindung der zwei Datensätze

DEFINITION	EIGENSCHAFTEN		KONTROLLEN
	ART	VERPFL.	
NOSOGRAF Fortlaufende Nummer des Aufenthaltes - nosografische Nummer	N (10)	OBB V	SCHLÜSSELVARIABLEL für Verbindung der zwei Datensätze
PROP_RIC Antragsteller für die Einweisung	AN (1)	OBB V	Zugelassene Werte: 1 = Arzt für Allgemeinmedizin; 2 = Arzt der Bereitschaftskontinuität; 3 = Facharzt der ambulanten wohnortnahen Betreuung oder des Krankenhauses; 4 = Arzt der Notaufnahme; 5 = Frei wählbarer Kinderarzt.
SEGN_MED Subjekt, welches dem Arzt die Möglichkeit eines Aufenthalts meldet	AN (2)		Angabe nicht verpflichtend. Wenn ausgefüllt, sind folgende Werte zugelassen: 1 = Krankenpfleger; 2 = Sozialassistenten; 3 = Andere Art von Arzt die nicht im Feld "Stelle, die die Einweisung vorschlägt" (PROP_ROC) berücksichtigt ist; 4 = Caregiver; 5 = Anderer Anbieter von Hauspflege; 9 = Andere.
MEDIAZ_COT Vermittlung der Aufnahme über die wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE)	AN (1)	OBB V	Zugelassene Werte: 1 = JA; 2 = NEIN.
COT Kodex der WONE	AN (12)	OBB	Verpflichtend auszufüllen MEDIAZ_COT = 1. Angabe des zusammensetzen Kodes, bestehend aus Identifikationskodex der Region/Land mit dem des Sanitätsbetriebes oder Gesundheitsbezirkes und dem entsprechenden STS.11-Kodex (041201xxxxxx). Nicht verpflichtend in der ersten Sperimentationsphase.
DATA_ACC Datum der Anfrage zur Aufnahme	Data (8)	OBB V	Format: ggmmaaa DATA_ACC <= DATA_RIC
DATA_RIC Datum der Aufnahme	Data (8)	OBB V	Format: ggmmaaa

DEFINITION	EIGENSCHAFTEN		KONTROLLEN
	ART	VERPFL.	
PROVENIE Herkunft des Patienten	AN (2)	OBB V	Zugelassene Werte: 01 = Wohnsitz; 02 = öffentliches Krankenhaus; 03 = Privatklinik; 04 = Erste Hilfe / Notaufnahme; 05 = Hospice; 06 = Territoriale soziosanitäre Aufenthaltseinrichtung 07 = Sozialwohnheim 08 = Anderes Gemeinschaftskrankenhaus 99 = Andere Einrichtungen
COD_REG_PROV Kodex der Region der Herkunftseinrichtung des Patienten	AN (3)	OBB	Auszufüllen wenn PROVENIE <> 01 Benutzung der 3-Ziffern-Kodex, festgelegt mit MD vom 17.09.1986. Benutzung 999 wenn Herkunft aus Einrichtungen im Ausland.
COD_ASL_PROV Kodex des Sanitätsbetriebs der Herkunftseinrichtung des Patienten	AN (3)	OBB	Auszufüllen wenn PROVENIE <> 01 und COD_REG_PROV = 041 Benutzung der Codes der Wohnsitz-Gesundheitsbezirke 101, 102, 103 oder 104 (bei Bereitstellung der Daten für das Ministerium, in Kodex = 201 umwandeln)
COD_STR_PROV Kodex der Herkunftseinrichtung des Patienten	AN (6)	OBB	Auszufüllen wenn PROVENIE <> 01, 07 und 99 und COD_REG_PROV = 041 Benutzung der Kodizes HSP.11, STS.11 oder RIA.11 der NSIS-Datenflüsse
D_DIMOSP Datum der Entlassung oder des Versterbens	Data (8)	OBB V	Format: ggmmaaa D_DIMOSP >= DATA_RIC
GG_ASSENZA Anzahl Tage vorübergehender Abwesenheit während des Aufenthaltes	N (3)	OBB V	Verpflichtend auszufüllen. Mit = 0 ausfüllen, wenn keine Abwesenheitstage registriert sind Wenn Patient weniger als 24 Stunden abwesend resultiert, wird 1 Tag Abwesenheit berechnet und angegeben. Wenn ausgefüllt, GG_ASSENZA <= (D_DIMOSP – DATA_RIC).

DEFINITION	EIGENSCHAFTEN		KONTROLLEN
	ART	VERPFL.	
MOTIVO_RIC Hauptgrund für den Aufenthalt	AN (2)	OBB V	Zugelassene Werte: 01 = Überwachung und kontinuierliche Pflege; 02 = Verschlimmerung einer chronischen Erkrankung; 03 = Klinische Überwachung und therapeutische Stabilisierung 04 = Aufklärung/Schulung des Patienten und der Pflegeperson 05 = Funktionelle Reaktivierung 06 = Rehabilitations-/Umerziehungsmaßnahmen/Einzelmaßnahmen oder Abschluss extensiver Maßnahmen 07 = Leichte Akutfälle 08 = Isolierung wegen Infektionskrankheit 99 = Sonstiges
MOD_DIM Art der Entlassung - Zustand des Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung und eventuelle Fortsetzung der Behandlung	AN (2)	OBB V	Zugelassene Werte: 1 = Normale Entlassung nach Hause; 2 = Geschützte Entlassung mit Aktivierung der Hauspflege 3 = Geschützte Entlassung mit Aktivierung des Palliativnetzwerks (Hospice, häusliche Palliativpflege, usw.) 4 = Geschützte Entlassung nach Hause mit Aktivierung anderer Dienste; 5 = Verlegung in ein öffentliches oder privates Krankenhaus; 6 = Verlegung in eine soziosanitäre territoriale Einrichtung; 7 = Verlegung in andere Einrichtungen der Intermediärpflege; 8 = Freiwillige Entlassung 9 = Tod
BARTHEL_ING ADL-Bewertung bei Aufnahme (modifizierter Barthel-Index)	N (3)	OBB	Der Wert muss zwischen 0 und 100 liegen. Auszufüllen wenn Jahr der Entlassung – ANNO_NASCITA >= 19
BARTHEL_DIM ADL-Bewertung bei Entlassung (modifizierter Barthel-Index)	N (3)	OBB	Auszufüllen wenn MOD_DIM <> 9 und Jahr der Entlassung – ANNO_NASCITA >= 19. Wenn ausgefüllt, muss der Wert zwischen 0 und 100 liegen
CDIAG1_O Angabe der Erkrankungen an denen der Patient leidet, oder seines Gesundheitszustandes	AN (7)	OBB V	Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM (ICD-10-IM Kode dann mit Angabe der Punktierungen)

DEFINITION	EIGENSCHAFTEN		KONTROLLEN
	ART	VERPFL.	
CDIAG2_O Angabe der Erkrankungen an denen der Patient leidet, oder seines Gesundheitszustandes	AN (7)		Ausfüllung zulässig, wenn CDIAG1_O ausgefüllt ist; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM (ICD-10-IM Kode dann mit Angabe der Punktierungen)
CDIAG3_O Angabe der Erkrankungen an denen der Patient leidet, oder seines Gesundheitszustandes	AN (7)		Ausfüllung zulässig, wenn CDIAG2_O ausgefüllt ist; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM (ICD-10-IM Kode dann mit Angabe der Punktierungen)
CDIAG4_O Angabe der Erkrankungen an denen der Patient leidet, oder seines Gesundheitszustandes	AN (7)		Ausfüllung zulässig, wenn CDIAG3_O ausgefüllt ist; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM (ICD-10-IM Kode dann mit Angabe der Punktierungen)
CDIAG5_O Angabe der Erkrankungen an denen der Patient leidet, oder seines Gesundheitszustandes	AN (7)		Ausfüllung zulässig, wenn CDIAG4_O ausgefüllt ist; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM (ICD-10-IM Kode dann mit Angabe der Punktierungen)
CDIAG6_O Angabe der Erkrankungen an denen der Patient leidet, oder seines Gesundheitszustandes	AN (7)		Ausfüllung zulässig, wenn CDIAG6_O ausgefüllt ist; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung anhand der derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards ICD 10 – IM (ICD-10-IM Kode dann mit Angabe der Punktierungen)
CINT1_O Angabe des während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffs und/oder Behandlung	AN (8)		Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025 (CIPI-Kode dann mit Angabe der Punktierungen).
CINT2_O Angabe des während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffs und/oder Behandlung	AN (8)		Ausfüllung zulässig, wenn CINT1_O ausgefüllt; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025 (CIPI-Kode dann mit Angabe der Punktierungen).
CINT3_O Angabe des während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffs und/oder Behandlung	AN (8)		Ausfüllung zulässig, wenn CINT2_O ausgefüllt; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025 (CIPI-Kode dann mit Angabe der Punktierungen).

DEFINITION	EIGENSCHAFTEN		KONTROLLEN
	ART	VERPFL.	
CINT4_O Angabe des während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffs und/oder Behandlung	AN (8)		Ausfüllung zulässig, wenn CINT3_O ausgefüllt; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025 (CIPI-Kode dann mit Angabe der Punktierrungen).
CINT5_O Angabe des während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffs und/oder Behandlung	AN (8)		Ausfüllung zulässig, wenn CINT4_O ausgefüllt; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025 (CIPI-Kode dann mit Angabe der Punktierrungen).
CINT6_O Angabe des während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffs und/oder Behandlung	AN (8)		Ausfüllung zulässig, wenn CINT5_O ausgefüllt; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025 (CIPI-Kode dann mit Angabe der Punktierrungen).
CINT7_O Angabe des während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffs und/oder Behandlung	AN (8)		Ausfüllung zulässig, wenn CINT6_O ausgefüllt; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025 (CIPI-Kode dann mit Angabe der Punktierrungen).
CINT8_O Angabe des während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffs und/oder Behandlung	AN (8)		Ausfüllung zulässig, wenn CINT7_O ausgefüllt; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025 (CIPI-Kode dann mit Angabe der Punktierrungen).
CINT9_O Angabe des während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffs und/oder Behandlung	AN (8)		Ausfüllung zulässig, wenn CINT8_O ausgefüllt; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025 (CIPI-Kode dann mit Angabe der Punktierrungen).
CINT10_O Angabe des während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffs und/oder Behandlung	AN (8)		Ausfüllung zulässig, wenn CINT9_O ausgefüllt; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025 (CIPI-Kode dann mit Angabe der Punktierrungen).
CINT11_O Angabe des während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Eingriffs und/oder Behandlung	AN (8)		Ausfüllung zulässig, wenn CINT10_O ausgefüllt; andernfalls nicht ausfüllen. Wenn ausgefüllt, Kodierung mit derzeit gültigen ICD-9-CM-Klassifikation, bis zur Einführung des für alle NSIS-Datenflüsse gültigen Standards CIPI 2025 (CIPI-Kode dann mit Angabe der Punktierrungen).

ANLAGE 3: DATENSATZ FÜR DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

A) Datensatz 1 – ANAGRAFISCHE INFORMATIONEN (ORIGINAL VERSION – DATENSATZ IN ITALIENISCHER SPRACHE)

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. campo tracc. prov.le	Anmerkungen
1	Tipo Trasmissione	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate. Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura 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.	A	OBB	Valori Ammessi: I=Inserimento C=Cancellazione V=Variazione Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura 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.	1		Von SIAG erstellt
2	Codice Regione	Indica il codice della Regione	AN	OBB	CAMPO CHIAVE Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito 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		Ausfüllung = 041
3	Codice Azienda	Indicare il codice dell'azienda sanitaria locale in cui è ubicata la struttura OdC	AN	OBB	CAMPO CHIAVE Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della azienda sanitaria in cui è ubicata la struttura OdC.	3		Ausfüllung = 201
4	Codice Struttura	Indicare il codice della struttura OdC erogatrice	AN	OBB	CAMPO CHIAVE I codici da utilizzare sono quelli indicati nei modelli ministeriali STS11, RIA.11 e HSP.11	6	1	

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. campo tracc. prov.le	Anmerkungen
5	Numero della scheda di ricovero	Indica il numero della scheda di ricovero	AN	OBB	CAMPO CHIAVE Le prime 2 cifre identificano l'anno di ingresso, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva di ricovero all'interno dell'anno. Il codice da utilizzare è articolato in: 1) la parte numerazione (ultime 6 cifre) deve essere numerica e ≠ 0; 2) le prime 2 cifre devono essere uguali all'anno di ricovero (che può essere anche dell'anno precedente; Il numero deve essere univoco per la struttura erogatrice e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno	8	2	Umkodierung: Verwandlung in Länge = 8
6	ID_REC	Campo tecnico ottenuto dalla concatenazione dei campi chiave	AN	OBB	CAMPO CHIAVE ID_REC: Codice Regione+Codice Azienda+Codice Struttura+Numero della scheda di ricovero	88		Von SIAG erstellt
7	Identificativo univoco CUNI	Codice identificativo dell'assistito. Le regioni sostituiscono al codice identificativo dell'assistito il codice univoco CUNI, generato applicando le procedure di cui al decreto del Ministro della salute 7 dicembre 2016, n. 262.	AN	OBB	I codici identificativi ammessi, a partire dai quali generare il CUNI, sono: - Per i soggetti iscritti al Servizio sanitario nazionale utilizzare il codice fiscale, a 16 caratteri (legge n. 412 del 1991); - Per i cittadini europei in possesso di Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM), riportare il numero di identificazione personale del titolare, a 20 caratteri, presente sulla TEAM; - Per i cittadini europei non in possesso della TEAM e non iscrivibili al Servizio sanitario nazionale, utilizzare il codice ENI (Europeo non iscritto) a 16 caratteri (Circolare Ministero della Salute 19 febbraio 2008); - Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, riportare il codice STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394 e Circolare del Ministero della Sanità 24 aprile 2000, n. 5); - Per gli stranieri richiedenti protezione internazionale, utilizzare il codice fiscale a 11 caratteri (d.lgs. n. 142 del 2015) In caso di mancata identificazione dell'assistito (per tipi di identificativi non previsti oppure per impossibilità di identificare l'assistito) dovrà essere utilizzato per la generazione del CUNI, un codice nel seguente formato: 20 caratteri di cui i primi 17 X e gli ultimi 3 numerici.	88		Von SIAG erstellt, mit Bezug auf Feld N. 3 des Datensatzes des Landes

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. campo tracc. prov.le	Anmerkung
8	Validità del codice Identificativo dell'assistito	Informazione relativa all'esito della verifica della validità del codice identificativo dell'assistito effettuata attraverso il servizio di validazione esposto dal sistema TS del MEF.	N	OBB	I valori ammessi sono: 0. Codice identificativo valido (presente in banca dati MEF) 1. Codice identificativo errato (non presente in banca dati MEF)	1		Von SIAG erstellt
9	Tipologia del codice Identificativo dell'assistito	Informazione relativa alla tipologia del codice identificativo dell'assistito ottenuta a seguito della chiamata al servizio di validazione esposto dal sistema TS del MEF.	N	OBB	I valori ammessi sono: 0. Codice Fiscale, 1. Codice STP, 2. Codice ENI, 3. Codice TEAM, 4. Codice fiscale numerico provvisorio a 11 cifre, 97: codice STP non presente in anagrafica, 98. Assistito richiedente l'anonimato 99. Codice non presente in banca dati	2		Von SIAG erstellt
10	Genere	Indicare il sesso/genere dell'assistito	N	OBB	I valori ammessi sono: 1. Maschio 2. Femmina 3. Non specificato	1	5	
11	Anno di nascita	Inserire anno di nascita dell'assistito	N	OBB	Formato: AAAA	4	6	
12	Regione di Residenza	Indica la Regione di residenza, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente alla ammissione	AN	OBB	Indica la Regione di residenza dell'assistito. Per la codifica utilizzare il Codice Regioni di 3 caratteri definito con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche. Se Stato estero valorizzare con 999.	3	7	
13	Azienda sanitaria di residenza	Indica il codice dell'azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito.	AN	OBB	Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della azienda sanitaria locale.	3	8	Umkodierung = 201 im Falle von Wohnsitz-Region = 041

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. campo tracc. prov.le	Anmerkung
14	Comune/Stato di Residenza	Indica il comune italiano, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente alla ammissione	AN	OBB	Codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e i rimanenti 3 caratteri per il progressivo comune). Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia. Per i residenti all'estero codificare 999 i primi 3 caratteri ed il codice stato estero nei successivi 3, utilizzando il codice stati esteri definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione. Valorizzare con 999999 per i senza fissa dimora.	6	9	
15	Cittadinanza	Identifica la cittadinanza dell'assistito al momento dell'ammissione.	AN	OBB	Utilizzare la codifica Alpha2 (a due lettere) prevista dalla normativa ISO 3166. In caso di apolidi indicare il codice ZZ In caso di cittadinanza sconosciuta indicare XX In caso di dato mancante inserire 99	2	10	
16	Stato civile	Stato civile del paziente al momento del ricovero	N	OBB	Valori ammessi 1. Celibe/nubile 2. Coniugato/a 3. Separato/a 4. Divorziato/a 5. Vedovo/a 6. Unito/a civilmente 7. Già in unione civile (in decesso del partner) 8. Già in unione civile (per scioglimento unione) 9. Non rilevato 99. Dato mancante	2	11	
17	Titolo di studio	Titolo di studio conseguito dall'utente al momento della rilevazione	N	OBB	Valori ammessi: 1 Nessun titolo (meno di 5 anni di studio) 2 Licenza elementare (5 anni di studio) 3 Diploma di scuola media inferiore (8 anni di studio) 4 Diploma di scuola media superiore (Qualifica professionale / Maturità) (13 anni di studio) 5 Diploma universitario o laurea breve 6 Laurea o superiore (17 o più anni di studio) 7 Non dichiarato; 9 Dato mancante	1	12	
18	Problemi socio-familiari Nodo «Problemi Socio-familiari»	Segnalazione dei problemi di natura socio-familiare rilevati al momento del ricovero, codificato con i valori di dominio indicati nelle specifiche tecniche.	AN	OBB	Valori ammessi: 00 = Nessun problema rilevato 01 = In carico ai servizi sociali 02 = Problemi relazionali/comportamentali/psichiatrici 03 = Dipendenze 04 = Problemi di autonomia, disabilità fisica 05 = Problemi di carattere giudiziario 06 = Difficoltà economiche 07 = Difficoltà abitative 08 = Vive solo/a 09 = Assenza o inadeguatezza del caregiver 10 = Presenza amministratore di sostegno/tutore 99 = Dato mancante Possibilità di inserire più risposte salvo che venga inserito valore 00 o valore 99	2	13 - 22	

B) Datensatz 2 – INFORMATIONEN ZUM STATIONÄREN AUFENTHALT (ORIGINAL VERSION IN ITALIENISCHER SPRACHE)

ID	Name	Beschreibung	Art	Ver- pfl.	Domain-Informationen	Länge	Num. Feld Da- tensatz Land	Anmerkung
1	Tipo Tras- missione	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate. Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura 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.	A	OBB	Valori Ammessi: I=Inserimento C=Cancellazione V=Variazione Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura 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.	1		Von SIAG erstellt
2	Codice Regione	Indica il codice della Regione	A N	OBB	CAMPO CHIAVE Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito 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		Ausfüllung = 041
3	Codice Azienda	Indicare il codice dell'azienda sanitaria locale in cui è ubicata la struttura OdC	A N	OBB	CAMPO CHIAVE Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della azienda sanitaria in cui è ubicata la struttura OdC.	3		Ausfüllung = 201

ID	Name	Beschreibung	Art	Verpfl.	Domain-Informationen	Länge	Num. Feld Datensatz Land	Anmerkung
4	Codice Struttura		AN	OBB	CAMPO CHIAVE I codici da utilizzare sono quelli indicati nei modelli ministeriali STS11	6	1	
5	Numero Progressivo scheda di ricovero	Indica il numero progressivo scheda di ricovero	AN	OBB	CAMPO CHIAVE Le prime 2 cifre identificano l'anno di ingresso, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva di ricovero all'interno dell'anno. Il codice da utilizzare è articolato in: 1) Indicare il codice della struttura OdC erogatrice a parte numerazione (ultime 6 cifre) deve essere numerica e ≠ 0; 2) le prime 2 cifre devono essere uguali all'anno di ricovero (che può essere anche dell'anno precedente; Il numero deve essere univoco per la struttura erogatrice e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno	8	2	Umkodierung: Länge = 8
6	ID_REC	Campo tecnico ottenuto dalla concatenazione dei campi chiave e numero progressivo scheda di ricovero	AN	OBB	CAMPO CHIAVE ID_REC: Codice Regione+Codice Azienda+Codice Struttura+Numero progressivo della scheda di ricovero	88		Von SIAG erstellt
7	Soggetto proponente il ricovero	Identifica il soggetto che ha richiesto il ricovero in struttura, codificato con i valori di dominio indicati nelle specifiche tecniche.	N	OBB	Valori ammessi (E): 1= medico di medicina generale; 2= medico di continuità assistenziale; 3= medico specialista ambulatoriale territoriale o ospedaliero; 4= medico del pronto soccorso; 5= pediatra di libera scelta.	1	23	
8	Soggetto segnalante al Medico la possibilità di ricovero	Indica se il caso sia stato segnalato al medico da un soggetto qualificato differente da quelli indicati nel campo 7	N	FAC	Valori ammessi: 1 = Infermiere 2 = Assistente Sociale 3 = Altra tipologia di medico non compresa nel campo 7 4 = Caregiver 5 = Altro operatore dell'assistenza domiciliare 9 = Altro	1	24	

ID	Name	Beschreibung	Art	Verpfl.	Domain-Informationen	Länge	Num. Feld Datensatz Land	Anmerkung
9	Indicare se il ricovero sia stato mediato attraverso le attività delle Centrali Operative Territoriali COT	Indica se, nel processo di valutazione dell'opportunità di ricoverare il paziente presso l'ospedale di comunità, abbia avuto un ruolo attivo una COT	N	OBB	Valori ammessi: 1 = SI 2 = O	1	25	
10	Codice COT	Indica, qualora il ricovero sia stato mediato da una COT, la concatenazione del codice identificativo della regione, della ASL e codice STS11.	AN	FAC		12	26	
11	Data richiesta accoglimento	Indicare la data di dichiarazione di eleggibilità al ricovero (inserimento in lista di attesa del paziente valutato ed eleggibile)	D	OBB	Formato AAAA-MM-GG	10	27	Umkodierung von Format des Datensatzes Land "ggmmaaa" in Format beantragt von Seiten der Funktionellen Leitlinien des Ministeriums

ID	Name	Beschreibung	Art	Verpfl.	Domain-Informationen	Länge	Num. Feld Datensatz Land	Anmerkung
12	Data di ricovero	Data del ricovero in struttura.	D	OBB	La data deve essere minore o uguale alla "data di dimissione". Formato AAAA-MM-GG	10	28	Umkodierung von Format des Datensatzes Land "ggmmaaa" in Format beantragt von Seiten der Funktionellen Leitlinien des Ministeriums
13	Provenienza del paziente	Indica da dove proviene il paziente che entra in struttura. Campo codificato con i valori di dominio indicati nelle specifiche funzionali.	AN	OBB	Valori ammessi: 01 = Domicilio 02 = Ospedale pubblico 03 = Ospedale privato 04 = Pronto Soccorso 05 = Hospice 06 = Struttura residenziale territoriale socio-sanitaria 07 = Struttura residenziale sociale 08 = Altro ospedale di comunità 99 = Altre strutture	2	29	
14	Codice Regione struttura di provenienza	Se valore campo 13 diverso da 01 indica il codice identificativo della Regione dove si trova la struttura di provenienza del paziente	AN	NBB	Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito 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. Utilizzare 999 se proveniente da strutture all'estero.	3	30	

ID	Name	Beschreibung	Art	Verpfl.	Domain-Informationen	Länge	Num. Feld Datensatz Land	Anmerkung
15	Codice ASL struttura di provenienza del paziente	Se valore campo 14 diverso da 999 e campo 13 diverso da 01 e regione di provenienza del paziente (campo 14) coincide con la regione inviante, indica il codice identificativo della Azienda dove si trova la struttura di provenienza del paziente	AN	NBB	Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della azienda sanitaria in cui è ubicata la struttura OdC.	3	31	Wenn in Datensatz des Landes ausgefüllt, Umkodierung seitens SIAG = 201
16	Codice struttura provenienza del paziente	Se valore campo 14 diverso da 999 e valore campo 13 diverso da 01, 07 e 99 e regione di provenienza del paziente (campo 14) coincide con regione inviante, indica il codice identificativo della struttura	AN	NBB	I codici da utilizzare sono quelli indicati nei modelli ministeriali HSP11, RIA11, STS11 Inserire 99 se dato mancante	6	32	Wenn im Datensatz Land nicht ausgefüllt, mit 999999 senden.
17	Data di dimissione o di decesso	Data della dimissione dalla struttura, o del decesso in struttura.	D	OBB	Formato: AAAA-MM-GG	10	33	Umkodierung von Format des Datensatzes Land "ggmmaaa" in Format beantragt von Seiten der Funktionellen Leitlinien des Ministeriums
18	Giornate di assenza temporanea	Numero di giornate nelle quali il paziente, durante il ricovero, è temporaneamente assente. Se paziente assente per meno di 24 ore si considera 1 giorno di assenza.	N	OBB	Formato: NNN	3	34	

ID	Name	Beschreibung	Art	Verpfl.	Domain-Informationen	Länge	Num. Feld Datensatz Land	Anmerkung
20	Modalità di dimissione	Individua lo stato del paziente al momento della dimissione, e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture	N	OBB	Valori ammessi: 1 = Dimissione ordinaria al domicilio 2 = Dimissione protetta con attivazione Cure Domiciliari 3 = Dimissione protetta con attivazione Rete Cure Palliative (Hospice, Cure Palliative Domiciliari ecc.) 4 = Dimissione protetta al domicilio con attivazione altri servizi 5 = Trasferimento ad ospedale pubblico o privato 6 = Trasferimento a Struttura residenziale Territoriale Sociosanitaria 7 = Trasferimento ad altre strutture di Cure Intermedie 8 = Dimissione Volontaria 9 = Decesso	1	36	Umkodierung des Formats = 2 des Landes in Format Länge = 1, laut der Funktionalen Leitlinien des Ministeriums
21	Valutazione ADL all'ingresso	Se valore data di ricovero – anno di nascita > 19, indica il punteggio individuale, secondo la scala "Indice di Barthel modificato", misurato all'ingresso in struttura.	N	NBB	Il valore deve essere compreso fra 0 e 100. «Indice di Barthel modificato» in coerenza con quanto già rilevato in altri flussi NSIS (in particolare SDO-R)	3	37	
22	Valutazione ADL alla dimissione	Se valore data di ricovero – anno di nascita > 19 e se valore campo 20 diverso da 9, indica il punteggio individuale, secondo la scala "Indice di Barthel modificato", misurato al momento della dimissione dalla struttura.	N	NBB	Il valore deve essere compreso fra 0 e 100. «Indice di Barthel modificato» in coerenza con quanto già rilevato in altri flussi NSIS (in particolare SDO-R)	3	38	
23	Codice diagnosi No- do «Diagnosi»	Identifica le patologie di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova (fino ad un massimo di 6) utilizzando la codifica ICD9 CM	AN	OBB	Valori ammessi: ICD9-CM Il codice prevede sotto-classificazioni o sottocategorie; se la patologia prevede un genere specifico, il sesso (Campo A06) del paziente deve essere coerente con quello previsto per la diagnosi; - se la patologia prevedere un range di età di validità, l'età del paziente deve essere compresa in questo range; non è possibile indicare la stessa diagnosi più volte (con progressivi diversi). Risposta Multipla	Min 3 Max 7	39-44	

ID	Name	Beschreibung	Art	Verpfl.	Domain-Informationen	Länge	Num. Feld Datensatz Land	Anmerkung
24	Codice procedura/principale Nodo «Procedura»	Identifica gli interventi e le procedure effettuati/e durante il ricovero (fino ad un massimo di 11) utilizzando la codifica ICD9 CM	AN	FAC	Risposta multipla	Min 3 ;Max 8	45-55	

ANLAGE 4: DATENANSICHT FÜR BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR GESUNDHEIT DES LANDES

N.	Name	Beschreibung	Art
1	COD_STR	Kodex der Einrichtung	AN
2	NOSOGRAP	Fortlaufende Nummer des Aufenthaltes – nosografische Nummer	N
3	COD_ID	ID-Kodex des Betreuten	AN
4	TIPO_ID	Art des Persönlichen ID-Kodex des Betreuten	
5	GENERE	Geschlecht	AN
6	ANASCITA	Geburtsjahr	Data
7	REG_RES	Region des Wohnsitzes	AN
8	ASL_RES	Angabe des Gesundheitsbezirkes oder des Sanitätsbetriebes des Wohnsitzes	AN
9	CITTADINANZA	Staatsangehörigkeit	AN
10	S_CIVILE	Familienstand	AN
11	TITOLO	Studententitel	AN
12	PRO_SOC_FAM1	Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN
13	PRO_SOC_FAM2	Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN
14	PRO_SOC_FAM3	Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN
15	PRO_SOC_FAM4	Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN
16	PRO_SOC_FAM5	Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN
17	PRO_SOC_FAM6	Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN
18	PRO_SOC_FAM7	Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN
19	PRO_SOC_FAM8	Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN
20	PRO_SOC_FAM9	Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN
21	PRO_SOC_FAM10	Probleme im sozio-familiären Umfeld	AN
22	PROP_RIC	Antragsteller für die Einweisung	AN
23	SEGN_MED	Subjekt, welches dem Arzt die Möglichkeit eines Aufenthalts meldet	AN
24	MEDIAZ_COT	Vermittlung der Aufnahme über WONE	AN
25	COT	Kodex der WONE	AN
26	DATA_ACC	Datum der Anfrage zur Aufnahme	Data
27	DATA_RIC	Datum der Aufnahme	Data

N.	Name	Beschreibung	Art
28	PROVENIE	Herkunft des Patienten	AN
29	COD_REG_PROV	Kodex der Region der Herkunftseinrichtung des Patienten	AN
30	COD_ASL_PROV	Kodex des Sanitätsbetriebs der Herkunftseinrichtung des Patienten	AN
31	COD_STR_PROV	Kodex der Herkunftseinrichtung des Patienten	AN
32	D_DIMOSP	Datum der Entlassung oder des Versterbens	Data
33	GG_ASSENZA	Anzahl Tage vorübergehender Abwesenheit	N
34	MOTIVO_RIC	Hauptgrund für den Aufenthalt	AN
35	MOD_DIM	Art der Entlassung	AN
36	BARTHEL_ING	ADL-Bewertung bei Aufnahme (modifizierter Barthel-Index)	N
37	BARTHEL_DIM	ADL-Bewertung bei Entlassung (modifi-zierter Barthel-Index)	N
38	CDIAG1_O	Pathologie oder Gesundheitszustand des Patienten	AN
39	CDIAG2_O	Komorbide Pathologie oder Gesundheitszustand des Patienten	AN
40	CDIAG3_O	Komorbide Pathologie oder Gesundheitszustand des Patienten	AN
41	CDIAG4_O	Komorbide Pathologie oder Gesundheitszustand des Patienten	AN
42	CDIAG5_O	Komorbide Pathologie oder Gesundheitszustand des Patienten	AN
43	CDIAG6_O	Komorbide Pathologie oder Gesundheitszustand des Patienten	AN
44	CINT1_O	Durchgeführter Eingriff und/oder Behandlung während des Aufenthaltes	AN
45	CINT2_O	Durchgeführter Eingriff und/oder Behandlung während des Aufenthaltes	AN
46	CINT3_O	Durchgeführter Eingriff und/oder Behandlung während des Aufenthaltes	AN
47	CINT4_O	Durchgeführter Eingriff und/oder Behandlung während des Aufenthaltes	AN
48	CINT5_O	Durchgeführter Eingriff und/oder Behandlung während des Aufenthaltes	AN
49	CINT6_O	Durchgeführter Eingriff und/oder Behandlung während des Aufenthaltes	AN
50	CINT7_O	Durchgeführter Eingriff und/oder Behandlung während des Aufenthaltes	AN
51	CINT8_O	Durchgeführter Eingriff und/oder Behandlung während des Aufenthaltes	AN
52	CINT9_O	Durchgeführter Eingriff und/oder Behandlung während des Aufenthaltes	AN
53	CINT10_O	Durchgeführter Eingriff und/oder Behandlung während des Aufenthaltes	AN
54	CINT11_O	Durchgeführter Eingriff und/oder Behandlung während des Aufenthaltes	AN
55	TAR_PROV	Landestarif des Aufenthaltes (berechnet auf Grund der von Lande vorgesehenen Regeln zur Tariffation des Aufenthaltes)	N
56	GG_DEG	Aufenthaltstage (von SIAG berechnet: Entlassungsdatum – Aufnahmedatum – Tage vorübergehende Abwesenheit) – wenn Entlassungsdatum = Aufnahmedatum, kon-ventionsmäßig GG_DEG = 1	N

