



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

Specifiche Tecniche Provinciali per il Sistema Informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli Ospedali di comunità e dalle strutture sanitarie erogatrici di cure intermedie (SIOC)

A cura dell'Osservatorio per la Salute

Specifiche Tecniche Provinciali per il Sistema Informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli Ospedali di comunità e dalle strutture sanitarie erogatrici di cure intermedie (SIOC)

Gennaio 2026

© Edito dalla:

Provincia Autonoma di Bolzano

Ripartizione Salute

Ufficio Assistenza Sanitaria - Osservatorio per la Salute

Scaricabile dal sito internet:

<http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/>

INDICE

PAG.

Glossario.....	4
1. INTRODUZIONE	5
2. STORIA DEL DOCUMENTO	5
3. DEFINIZIONE	5
4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO	6
5. ELENCO DELLE VARIABILI	7
6. SPECIFICAZIONE DELLE VARIABILI	8
6.1. TRACCIATO 1 – DATI ANAGRAFICI.....	8
6.1. TRACCIATO 2 – DATI DI RICOVERO.....	10
7. TRASMISSIONE DEI DATI	14
7.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI, ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA.....	14
7.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO	14
8. TRATTAMENTO DEI DATI.....	14
9. MODALITÀ DI TARIFFAZIONE DEI RICOVERI.....	15
ALLEGATI	16
ALLEGATO 1: TRACCIATO RECORD PER L’INVIO DEI DATI DA STRUTTURE PROVINCIALI VERSO PROVINCIA.....	17
ALLEGATO 2: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI.....	27
ALLEGATO 3: TRACCIATO INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE.....	36
ALLEGATO 4: TRACCIATO RECORD VISTA PER OSSERVATORIO PER LA SALUTE	48

Glossario

NSIS nuovo sistema informativo sanitario

OdC ospedali di comunità

PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

SIAG Informatica Alto Adige S.p.A.

SIOC Sistema informativo Ospedali di Comunità e dalle strutture erogatrici di cure intermedie

Per una migliore leggibilità dell'intero documento, si utilizza il maschile generico. Le denominazioni personali utilizzate si riferiscono a tutti i generi.

1. INTRODUZIONE

L'Ospedale di Comunità (di seguito denominato anche OdC) è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

Le Cure Intermedie erogate presso gli Ospedali di Comunità rappresentano un insieme di servizi sanitari e socio-sanitari collocati tra l'assistenza primaria e quella ospedaliera. Sono pensate per i pazienti che necessitano di interventi clinici a bassa intensità e di breve durata, sia a causa della lieve acuità degli episodi che della recidività delle patologie più croniche.

L'attività assistenziale di cui sopra è introdotta e regolamentata con il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.

Lo stesso Decreto prevede la implementazione all'interno del Nuovo sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute un flusso informativo dedicato che consentirà di rilevare le prestazioni erogate dagli Ospedali di comunità.

Il Decreto Ministeriale del 4 agosto 2025 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 215 del 16 settembre 2025) definisce le informazioni da raccogliere attraverso questo apposito flusso informativo. Esso descrive il set di informazioni legate alle attività e alle prestazioni erogate dagli Ospedali di comunità

2. STORIA DEL DOCUMENTO

VERSIONE	DATA	NOTE / MODIFICHE EFFETTUATE
1.0	02.12.2025	Definizione dei tracciati
1.1	14.01.2026	Aggiornamenti sui controlli dei seguenti campi: - Tracc. Angraf.: "Titolo di studio" – aggiunta modalità di compilazione = 9 "dato mancante" - Tracc. Angraf.: "Comune/Stato di residenza" – aggiunta modalità di compilazione = 999999 "senza fissa dimora" - Tracc. Ricovero: "Valutazione ADL all'ingresso /alla dimissione" – esplicitata la condizione di compilazione di paziente età >= 19 anni In sede di export dati da archivio provinciale a NSIS, prevedere in caso di dato non compilato nel campo "Codice struttura provenienza del paziente" (tracciato ricoveri provinciale) la compilazione in automatico di 999999 se il dato é mancante.

3. DEFINIZIONE

Il Sistema Informativo degli Ospedali di Comunità (di seguito denominato SIOC) risponde all'esigenza di acquisire informazioni necessarie per monitorare le attività del setting assistenziale di cure intermedie, erogato dagli Ospedali di comunità, nonché da altre strutture sanitarie che afferiscono alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale.

La realizzazione del flusso informativo SIOC si colloca all'interno delle linee di investimento dedicate al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) con particolare riferimento al sub-investimento 1.3.2.2.1. "Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali: Consultori di Famiglia SICO, Ospedali di Comunità SIOC, Servizi di Riabilitazione Territoriale SIAR e Servizi di Cure Primarie SIAP".

Oggetto della rilevazione del flusso sono le informazioni relative alle attività e alle prestazioni erogate in ambito di cure intermedie.

Il flusso rileva le seguenti informazioni:

- Informazioni di carattere anagrafico dell'assistito;
- Informazioni relative al ricovero dell'assistito.

4. CARATTERISTICHE GENERALI DEL FLUSSO

Il SIOC viene alimentato con le informazioni relative alle prestazioni erogate a partire dal primo trimestre 2026, come individuate nell'articolo 1 del Decreto del Ministero della salute 4 agosto 2025. Le informazioni sono trasmesse dalle strutture eroganti le prestazioni di cure intermedie alla Provincia, la quale poi procede alla trasmissione al NSIS con cadenza trimestrale, entro i quarantacinque giorni successivi al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli episodi di cura eventi stessi. Un ulteriore periodo di trenta giorni è comunque ammesso per l'acquisizione dei dati.

Le trasmissioni a NSIS del SIOC devono avvenire secondo le modalità indicate nelle Specifiche tecniche disponibili sul sito internet del Ministero della salute (www.nsis.salute.gov.it).

I contenuti informativi del flusso informativo sono suddivisi in due tracciati record distinti, e uniti da alcune variabili chiave:

- **TRACCIATO / DATASET 1** che contiene le informazioni di carattere anagrafico;
- **TRACCIATO / DATASET 2** che contiene le informazioni relative al ricovero.

Le presenti Specifiche tecniche provinciali definiscono il contenuto informativo da parte delle strutture erogatrici verso la Provincia e le modalità di trasmissione dalla Provincia al NSIS.

5. ELENCO DELLE VARIABILI

Gli Ospedali di comunità e le strutture erogatrici di prestazioni di “cure intermedie” devono trasmettere secondo le modalità specificate nel presente documento le sottoelencate informazioni. Esse costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale provinciale e del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS).

Tracciato 1 – Informazioni anagrafiche

1. Codice Struttura
2. Numero progressivo scheda di ricovero (nosografico)
3. COD_ID (codice identificativo utente)
4. Tipo Identificativo utente
5. Genere
6. Anno di nascita
7. Regione di residenza
8. AS/ Comprensorio di residenza
9. Comune/Stato di residenza
10. Cittadinanza
11. Stato civile
12. Titolo di studio
13. Problemi socio-familiari (risposta multipla – fino a 10 occorrenze)

Tracciato 2 – Informazioni del ricovero

1. Codice Struttura
2. Numero progressivo scheda di ricovero (nosografico)
3. Soggetto proponente il ricovero
4. Soggetto segnalante al Medico la possibilità di ricovero
5. Indicare se il ricovero sia stato mediato attraverso COT
6. Codice COT
7. Data richiesta accoglimento
8. Data di ricovero
9. Provenienza del paziente
10. Codice Regione struttura di provenienza
11. Codice ASL struttura provenienza del paziente
12. Codice struttura provenienza del paziente
13. Data di dimissione o di decesso
14. Giornate di assenza temporanea
15. Motivo principale del ricovero
16. Modalità di dimissione
17. Valutazione ADL all'ingresso (indice di Barthel modificato)
18. Valutazione ADL alla dimissione (indice di Barthel modificato)
19. Codice diagnosi (da 1 a 6 diagnosi)
20. Codice procedura (da 1 a 11 procedure)

6. SPECIFICAZIONE DELLE VARIABILI

6.1. TRACCIATO 1 – DATI ANAGRAFICI

1. Codice Struttura (COD_STR)

Identifica la struttura sanitaria (cod. STS.11, RIA.11 o HSP.11) in cui il paziente è ricoverato e in trattamento.

Variabile chiave.

Il campo è obbligatorio.

2. Numero progressivo scheda di ricovero – nosografico (NOSOGRAF)

Numero progressivo scheda di ricovero. Codice articolato in 10 caratteri, di cui i primi quattro identificano l'anno di ricovero; gli altri 6 costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno. La numerazione progressiva è unica per ciascuna struttura, in modo da garantire che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.

Variabile chiave.

Il campo è obbligatorio.

3. Identificativo Assistito (COD_ID)

Indica il codice identificativo univoco dell'assistito (codici identificativi ammessi, a partire dai quali generare il CUNI).

- 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.

Il campo è obbligatorio.

4. Tipo Identificativo Assistito (TIPO_ID)

Indicare se il codice contenuto nel campo COD_ID (Identificativo Assistito) fa riferimento a:

1 = codice fiscale;

2 = STP (straniero temporaneamente presente);

3 = AA (anonimo);

4 = TEAM (codice personale della TEAM);

9 = ENI (cittadino temporaneamente assistito);

Z = altro.

Il campo è obbligatorio.

5. Genere assistito (GENERE)

Indica il sesso dell'assistito. I codici da utilizzare sono:

1 = maschio;

2 = femmina;

3 = non specificato;

Il campo è obbligatorio.

6. Anno di Nascita Assistito (ANASCITA)

Indicare l'anno di nascita dell'assistito nel formato aaaa.

Il campo è obbligatorio.

7. Regione Residenza Assistito (REG RES)

Identifica la regione nella cui anagrafe è iscritto il cittadino cui è stata erogata la prestazione. 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.

Il campo è obbligatorio.

8. Azienda Sanitaria / Comprensorio sanitario di residenza Assistito (ASL RES)

Identifica il comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria di residenza che comprende il comune in cui risiede il paziente.

Per i residenti in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici:

101 = comprensorio sanitario di Bolzano;

102 = comprensorio sanitario di Merano;

103 = comprensorio sanitario di Bressanone;

104 = comprensorio sanitario di Brunico.

Per i residenti fuori provincia in Italia, la codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17.09.1986) e successive modifiche.

Per i residenti all'estero inserire il codice 999.

Il campo è obbligatorio.

9. Comune / Stato di residenza (COM RES)

Indica il comune italiano, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente all'ammissione.

Utilizzare i codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e rimanenti caratteri per il progressivo Comune). Per i residenti all'estero codificare 999 i primi 3 caratteri ed il codice stato estero nei 3 successivi, utilizzando i codici stati esteri definiti dal Ministero dell'interno per l'anagrafe della popolazione. Per i "senza dimora fissa" utilizzare il codice 999999.

10. Cittadinanza Assistito (CITTADINANZA)

Indica il Paese di cittadinanza dell'assistito. Se l'assistito ha più di una cittadinanza inserire il codice di quella scelta dall'assistito.

Utilizzare la codifica Alpha 2 (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.

Il campo è obbligatorio.

11. Stato Civile Assistito (S CIVILE)

Indica lo stato civile dell'assistito al momento della rilevazione. I codici da utilizzare sono:

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.

Il campo è obbligatorio.

12. Titolo di studio (TITOLO)

Indica il titolo di studio conseguito dall'utente al momento della rilevazione.

I valori ammessi sono i seguenti:

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;
Il campo è obbligatorio.

13. Problemi socio-familiari (PRO SOC FAM)

Indica la segnalazione dei problemi di natura socio-familiare rilevati al momento del ricovero.

I valori ammessi sono i seguenti:

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.

Il campo è obbligatorio.

6.1. TRACCIATO 2 – DATI DI RICOVERO

1. Codice Struttura (COD STR)

Identifica la struttura sanitaria (cod. STS.11, RIA.11 o HSP.11) in cui il paziente è ricoverato e in trattamento.

Variabile chiave.

Il campo è obbligatorio.

2. Numero progressivo scheda di ricovero – nosografico (NOSOGRAF)

Numero progressivo scheda di ricovero. Codice articolato in 10 caratteri, di cui i primi quattro identificano l'anno di ricovero; gli altri 6 costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno. La numerazione progressiva è unica per ciascuna struttura, in modo da garantire che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.

Variabile chiave.

Il campo è obbligatorio.

3. Soggetto proponente il ricovero (PROP RIC)

Indica il soggetto che ha richiesto il ricovero in struttura.

I valori ammessi sono i seguenti:

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.

Il campo è obbligatorio.

4. Soggetto segnalante al Medico la possibilità di ricovero (SEGN MED)

Indica se il caso sia stato segnalato al medico da un soggetto qualificato differente da quelli indicati nel campo "Soggetto proponente il ricovero" (PROP_ROC).

I valori ammessi sono i seguenti:

1 = Infermiere;
2 = Assistente sociale;
3 = Altra tipologia di medico non compresa nel campo "Soggetto proponente il ricovero" (PROP_ROC);
4 = Caregiver;
5 = Altro operatore dell'assistenza domiciliare;
9 = Altro.
Il campo è facoltativo.

5. Ricovero mediato tramite COT (MEDIAZ_COT)

Indicare se il ricovero sia stato mediato attraverso le attività delle COT. Indica se il processo di valutazione dell'opportunità di ricoverare il paziente presso l'ospedale di comunità abbia avuto un ruolo attivo la COT.

I valori ammessi sono i seguenti:

1 = SI;
2 = NO;

Il campo è obbligatorio.

6. Codice COT (COT)

Indica, qualora il ricovero sia stato mediato da una COT, la concatenazione del codice identificativo della regione, della ASL/Comprensorio sanitario e del codice STS11.

Il campo è obbligatorio in caso di MEDIAZ_COT = 1.

7. Data richiesta accoglimento (DATA_ACC)

Indicare la data di dichiarazione di eleggibilità al ricovero (inserimento in lista di attesa del paziente valutato ed eleggibile).

Il campo è obbligatorio.

8. Data di ricovero (DATA_RIC)

Indicare la data del ricovero in struttura.

Il campo è obbligatorio.

9. Provenienza del paziente (PROVENIE)

Indicare da dove proviene il paziente che entra in struttura.

I valori ammessi sono i seguenti:

01 = domicilio;
02 = ospedale pubblico;
03 = ospedale privato;
04 = Pronto Soccorso;
05 = Hospice;
06 = Struttura residenziale territoriale sociosanitaria
07 = Struttura residenziale sociale
08 = Altro ospedale di comunità
99 = Alte strutture

Il campo è obbligatorio.

10. Codice Regione struttura di provenienza (COD_REG_PROV)

Se il valore del campo "Provenienza dal paziente (PROVENIE)" è compilato con valore diverso da 01, indicare il codice identificativo della Regione dove si trova la struttura di provenienza del paziente.

Utilizzare 999 se proveniente da strutture all'estero.

Il campo è condizionatamente obbligatorio.

11. Codice ASL struttura di provenienza (COD_ASL_PROV)

Se il valore del campo "Provenienza dal paziente (PROVENIE)" è compilato con valore diverso da 01, e "Codice Regione struttura di provenienza" corrisponde alla nostra P.A. di Bolzano (041), indicare il codice del Comprensorio sanitario dove si trova la struttura di provenienza del paziente.

Il campo è condizionatamente obbligatorio.

12. Codice struttura di provenienza (COD STR PROV)

Se il valore del campo "Provenienza dal paziente (PROVENIE)" è compilato con valore diverso da 01, 07 e 99 e "Codice Regione struttura di provenienza" corrisponde a Regione inviante (=041), indicare il codice identificativo struttura di provenienza del paziente (codici HSP, STS o RIA).

Il campo è condizionatamente obbligatorio.

13. Data di dimissione o di decesso (D DIMOSP)

Indicare la data di dimissione dalla struttura o del decesso in struttura.

Il campo è obbligatorio.

14. Giornate di assenza temporanea (GG ASSENZA)

Indicare il numero di giornate nelle quali il paziente, durante il ricovero, è temporaneamente assente. Se il paziente è assente per meno di 24 ore si considera 1 giorno di assenza.

Il campo è obbligatorio.

15. Motivo principale del ricovero (MOTIVO RIC)

Identifica il motivo principale che ha determinato la necessità del ricovero

I valori ammessi sono i seguenti:

01 = Sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa;

02 = Patologia cronica riacutizzata;

03 = Monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica

04 = Educazione/addestramento del paziente e del caregiver

05 = Riattivazione funzionale

06 = Interventi riabilitativi/rieducativi/monodistretto o completamento di interventi estensivi

07 = Acuzie minori

08 = Isolamento per patologia infettiva

99 = Altro

Il campo è obbligatorio.

16. Modalità di dimissione (MOD DIM)

Indicare lo stato del paziente al momento della dimissione e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.

I valori ammessi sono i seguenti:

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 a 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

Il campo è obbligatorio.

17. Valutazione ADL all'ingresso (indice di Barthel modificato) (BARTHEL ING)

Indica il punteggio individuale, secondo la scala "Indice di Barthel modificato", misurato all'ingresso in struttura". Da compilare se data di ricovero – anno di nascita $\geq$ 19 anni. Il valore deve essere compreso tra 0 e 100.

Il campo è condizionatamente obbligatorio.

18. Valutazione ADL alla dimissione (indice di Barthel modificato) (BARTHEL DIM)

Indica il punteggio individuale, secondo la scala "Indice di Barthel modificato", misurato al momento della dimissione dalla struttura". Da compilare se data di ricovero – anno di nascita $\geq$ 19 anni. Il valore deve essere compreso tra 0 e 100.

Il campo è condizionatamente obbligatorio.

19. Codice Diagnosi da 1 a 6 (CDIAG1 O – CDIAG6 O)

Indica le patologie di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova (fino ad un massimo di 6). Va codificata utilizzando la classificazione ICD-9-CM, versione attualmente in uso, fino a introduzione dello standard ICD 10 – IM valido per tutti i flussi NSIS.

Il campo è obbligatorio.

20. Codice procedura da 1 a 11 (CINT1 O – CINT10 O)

Identifica gli interventi e le procedure effettuati/e durante il ricovero (fino ad un massimo di 11) utilizzando la classificazione ICD-9-CM, versione attualmente in uso, fino a introduzione dello standard CIPI 2025 valido per tutti i flussi NSIS.

7. TRASMISSIONE DEI DATI

7.1. CONTROLLO DI QUALITÀ DEI DATI, ASSEGNAZIONE DEL CODICE IDENTIFICATIVO UNIVOCO E TRASMISSIONE DEI DATI ALLA PROVINCIA

L'Azienda Sanitaria e le strutture convenzionate con essa invieranno, tutti i dati relativi a ciascun episodio di ricovero di assistenza sanitaria intermedia alla Società Informatica Alto Adige S.p.A. (SIAG), secondo il tracciato descritto (vedi allegato 1) in modo che i dati possano essere controllati, e che venga assegnato a ciascun assistito il codice identificativo univoco a livello provinciale ed a livello di invio al Ministero, che vengano eliminati i dati identificativi diretti dei pazienti stessi (es. codice fiscale, codice sanitario) e che i tracciati così raffinati vengano messi a disposizione della Ripartizione Sanità per l'invio al Ministero come previsto dal Decreto Ministeriale del 4 agosto 2025.

La modalità di trasmissione dei dati alla Provincia avviene attraverso il portale di accoglienza flussi Secure-DataPortal (<https://securedataportal.siag.it>).

Questa è la sola modalità di invio dati accettata dalla Provincia (attraverso SIAG).

Sulla base del Decreto del Ministero del 4 agosto 2025, e considerati i tempi tecnici utili all'Assessorato per effettuare i controlli ed eventuali controdeduzioni sui dati inviati, sono stabiliti i seguenti termini di invio per l'Azienda sanitaria e per le strutture private convenzionate eroganti questa tipologia di assistenza:

Periodo di riferimento delle informazioni	Termine di trasmissione alla Provincia	Periodo di trasmissione da SIAG al Ministero
1. Trimestre	entro il 30 aprile anno in corso	entro il 15 maggio anno in corso
2. Trimestre	entro il 31 luglio anno in corso	entro il 15 agosto anno in corso
3. Trimestre	entro il 31 ottobre anno in corso	entro il 15 novembre anno in corso
4. Trimestre	entro il 31 gennaio anno successivo	entro il 15 febbraio anno successivo

I dati prima di essere caricati nella banca dati provinciale, vengono sottoposti ad una procedura di controllo. I dati che a fronte del controllo risultano errati non vengono caricati nella banca dati provinciale, finché l'Azienda non provvede alla loro correzione.

L'ultimo invio di dati da parte della Azienda Sanitaria dei tracciati viene considerato quello valido.

7.2. TRASMISSIONE DEI DATI AL MINISTERO

La Provincia, attraverso la Società Informatica Alto Adige S.p.A., invia al Ministero della Salute, secondo le modalità indicate nel Decreto del Ministero della salute del 4 agosto 2025 e successive modifiche nel rispetto le tempistiche previste.

Le variabili da rilevare, che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale sono riportate nell'allegato 1 del medesimo Decreto Ministeriale e nelle Specifiche funzionali nelle versioni ultime attuali al momento del termine di trasmissione del dato.

L'invio dei dati al Ministero avviene attraverso un file in formato XML. Le Specifiche funzionali definiscono gli schemi XSD di convalida a cui fare riferimento.

Come previsto dall'articolo 5 del Decreto di cui sopra, è ammesso un ulteriore periodo di trenta giorni oltre alla date indicate per l'acquisizione dei dati qualora non risulti possibile rispettare l'invio delle informazioni entro al massimo i 45 giorni dalla data di dimissione dei pazienti.

8. TRATTAMENTO DEI DATI

Le modalità e le procedure di sicurezza, previste dal sistema informativo SIOC nell'ambito della trasmissione e del trattamento dei dati, al fine di garantire il rispetto della privacy secondo la normativa vigente, fanno riferimento al "Codice in materia di protezione dei dati personali", di cui al decreto legislativo n.196 del 30.06.2003, e successive modifiche ed alle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 101 del 10.08.2018, per l'adeguamento della normativa nazionale a quanto dispo-

sto dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27.04.2016.

Per i soggetti a maggior tutela ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e ai sensi del decreto legislativo n.196 del 30.06.2003, e successive modifiche ed alle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 101 del 10.08.2018, e nel caso di soggetti che chiedono di beneficiare del diritto di anonimato ai sensi di legge, si omette la rilevazione del codice fiscale del paziente. Le variabili del tracciato dovranno essere inviate e compilate come segue:

COD_ID = codice alfanumerico formato da 20“X”

ANNO_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.

9. MODALITÀ DI TARIFFAZIONE DEI RICOVERI

Le tariffe sono determinate da appositi atti deliberativi della Giunta provinciale.

ALLEGATI

Allegato 1: TRACCIATI RECORD PER L'INVIO DEI DATI DA STRUTTURE PROVINCIALI VERSO PROVINCIA

Allegato 2: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI

Allegato 3: TRACCIATO INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE

Allegato 4: TRACCIATO RECORD VISTA PER OSSERVATORIO PER LA SALUTE

ALLEGATO 1: TRACCIATO RECORD PER L'INVIO DEI DATI DA STRUTTURE PROVINCIALI VERSO PROVINCIA

Legenda:

OBBL V = Campo obbligatorio e vincolante

OBBL = Campo obbligatorio in determinate circostanze

"vuoto" = Campo facoltativo

Tracciato 1 – DATI ANAGRAFICI

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
1	COD_STR	Codice struttura – CAMPO CHIAVE	AN	6	1	6	OBBL V	Utilizzare codici STS.11, RIA.11 e HSP.11
2	NOSOGRAF	Numero progressivo scheda di ricovero – noso-grafico – CAMPO CHIAVE	N	10	7	16	OBBL V	Utilizzare anno + codice progressivo (AAAA+nnnnnn)
3	COD_ID	Identificativo dell'assistito	AN	20	17	36	OBBL V	Indica il codice identificativo univoco dell'assistito (codici identificativi ammessi, a partire dai quali generare il CU-NI).
4	TIPO_ID	Tipo identificativo dell'assistito	AN	1	37	37	OBBL V	I valori ammessi sono i seguenti: 1 = codice fiscale; 2 = STP (straniero temporaneamente presente); 3 = AA (anonimo); 4 = TEAM (codice personale della TEAM); 9 = ENI (cittadino temporaneamente assistito); Z = altro.
5	GENERE	Genere dell'assistito	AN	1	38	38	OBBL V	I valori ammessi sono i seguenti: 1 = maschio; 2 = femmina; 3 = non specificato;
6	ANASCITA	Anno di nascita	Data	4	39	42	OBBL V	Formato: AAAA
7	REG_RES	Regione di residenza	AN	3	43	45	OBBL V	Per la codifica utilizzare il Codice Regioni di 3 caratteri definito con DM 17 settembre 1986. Se Stato estero valorizzare con 999.

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
8	ASL_RES	Azienda sanitaria / Comprensorio sanitario di residenza	AN	3	46	48	OBB V	Per i pazienti residenti identifica il comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria di residenza che comprende il comune in cui risiede il paziente. Per i residenti fuori provincia in Italia, la codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17.09.1986) e successive modifiche. Per i residenti all'estero inserire il codice 999
9	COM_RES	Comune di residenza	AN	6	49	54	OBB V	Utilizzare i codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e rimanenti caratteri per il progressivo Comune). Per i residenti all'estero codificare 999 i primi 3 caratteri ed il codice stato estero nei 3 successivi, utilizzando i codici stati esteri definiti dal Ministero dell'interno per l'anagrafe della popolazione. Se senza fissa dimora, indicare 999999. sul comune di residenza
10	CITTADINANZA	Cittadinanza dell'assistito	AN	2	55	56	OBB V	Utilizzare la codifica Alpha 2 (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.

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
11	S_CIVILE	Stato civile dell'assistito	AN	2	57	58	OBB V	I valori ammessi sono i seguenti: 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.
12	TITOLO	Titolo di studio	AN	1	59	59	OBB V	I valori ammessi sono i seguenti: 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.

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
13	PRO_SOC_FAM1	Problemi socio-familiari 1	AN	2	60	61	OBB V	I valori ammessi sono i seguenti: 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.
14	PRO_SOC_FAM2	Problemi socio-familiari 2	AN	2	62	63		I valori ammessi sono quelli di PRO_SOC_FAM1, tranne = 00 e = 99 Non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99.
15	PRO_SOC_FAM3	Problemi socio-familiari 3	AN	2	64	65		I valori ammessi sono quelli di PRO_SOC_FAM1, tranne = 00 e = 99 Non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99.
16	PRO_SOC_FAM4	Problemi socio-familiari 4	AN	2	66	67		I valori ammessi sono quelli di PRO_SOC_FAM1, tranne = 00 e = 99 Non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99.
17	PRO_SOC_FAM5	Problemi socio-familiari 5	AN	2	68	69		I valori ammessi sono quelli di PRO_SOC_FAM1, tranne = 00 e = 99 Non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99.
18	PRO_SOC_FAM6	Problemi socio-familiari 6	AN	2	70	71		I valori ammessi sono quelli di PRO_SOC_FAM1, tranne = 00 e = 99 Non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99.

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
19	PRO_SOC_FAM7	Problemi socio-familiari 7	AN	2	72	73		I valori ammessi sono quelli di PRO_SOC_FAM1, tranne = 00 e = 99 Non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99.
20	PRO_SOC_FAM8	Problemi socio-familiari 8	AN	2	74	75		I valori ammessi sono quelli di PRO_SOC_FAM1, tranne = 00 e = 99 Non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99.
21	PRO_SOC_FAM9	Problemi socio-familiari 9	AN	2	76	77		I valori ammessi sono quelli di PRO_SOC_FAM1, tranne = 00 e = 99 Non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99.
22	PRO_SOC_FAM10	Problemi socio-familiari 10	AN	2	78	79		I valori ammessi sono quelli di PRO_SOC_FAM1, tranne = 00 e = 99 Non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99.

Nota:

I campi con tracciato alfanumerico (AN) vanno sempre allineati a sinistra e riempiti con spazi a destra.

I campi con tracciato numerico (N) vanno sempre allineati a destra e riempiti con zero.

Le variabili evidenziate in giallo sono definite variabili chiave per l'unione dei tracciati.

Tracciato 2 – DATI DI RICOVERO

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
1	COD_STR	Codice struttura – CAMPO CHIAVE	AN	6	1	6	OBB V	Utilizzare codici STS.11, RIA.11 e HSP.11
2	NOSOGRAF	Numero progressivo scheda di ricovero – nosografico – CAMPO CHIAVE	AN	10	7	16	OBB V	Utilizzare anno + codice progressivo (AAAA+nnnnnn)
23	PROP_RIC	Soggetto che ha richiesto il ricovero in struttura	AN	1	17	17	OBB V	I valori ammessi sono i seguenti: 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.
24	SEGN_MED	Soggetto segnalante al Medico la possibilità di ricovero	AN	1	18	18		I valori ammessi sono i seguenti: 1 = Infermiere; 2 = Assistente sociale; 3 = Altra tipologia di medico non compresa nel campo “Soggetto proponente il ricovero” (PROP_ROC); 4 = Caregiver; 5 = Altro operatore dell’assistenza domiciliare; 9 = Altro.
25	MEDIAZ_COT	Ricovero mediato tramite COT	AN	1	19	19	OBB V	I valori ammessi sono i seguenti: 1 = SI; 2 = NO;
26	COT	Codice COT qualora il ricovero sia stato mediato da una COT	AN	12	20	31	OBB	Concatenazione del codice identificativo della regione, della ASL/Comprensorio sanitario e del codice STS11 (041201xxxxxx)
27	DATA_ACC	Data richiesta accoglimento	Data	8	32	39	OBB V	Formato ggmmaaaa
28	DATA_RIC	Data di ricovero	Data	8	40	47	OBB V	Formato ggmmaaaa

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
29	PROVENIE	Provenienza del paziente	AN	2	48	49	OBB V	I valori ammessi sono i seguenti: 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 = Alte strutture
30	COD_REG_PROV	Codice Regione struttura di provenienza	AN	3	50	52	OBB	Utilizzo codice Ministero della Salute a 3 cifre (DM 17/09/1986) Utilizzare 999 se proveniente da strutture all'estero
31	COD_ASL_PROV	Codice ASL struttura di provenienza	AN	3	53	55	OBB	Utilizzo codici Comprensori sanitari della Provincia
32	COD_STR_PROV	Codice struttura di provenienza	AN	6	56	61	OBB	Utilizzo codice HSP.11, STS.11 o RIA.11 dei flussi informativi NSIS.
33	D_DIMOSP	Data di dimissione dalla struttura o del decesso in struttura	Data	8	62	69	OBB V	Formato ggmmaaaa
34	GG_ASSENZA	Giornate di assenza temporanea	AN	3	70	72	OBB V	Compilare = 0 se non vi sono giornate di assenza

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
35	MOTIVO_RIC	Motivo principale del ricovero	AN	2	73	74	OBB V	I valori ammessi sono i seguenti: 01 = Sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa; 02 = Patologia cronica riacutizzata; 03 = Monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica 04 = Educazione/addestramento del paziente e del caregiver 05 = Riattivazione funzionale 06 = Interventi riabilitativi/rieducativi/monodistretto o completamento di interventi estensivi 07 = Acuzie minori 08 = Isolamento per patologia infettiva 99 = Altro
36	MOD_DIM	Modalità di dimissione	N	2	75	76	OBB V	I valori ammessi sono i seguenti: 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 a 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
37	BARTHEL_ING	Valutazione ADL all'ingresso (indice di Barthel modificato)	N	3	77	79	OBB	Da compilare se valore data di ricovero – anno di nascita >= 19 anni. Il valore deve essere compreso tra 0 e 100

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
38	BARTHEL_DIM	Valutazione ADL alla dimissione (indice di Barthel modificato)	N	3	80	82	OBB	Da compilare se valore data di ricovero – anno di nascita >= 19 anni e MOD_DIM <> 9. Il valore deve essere compreso tra 0 e 100
39	CDIAG1_O	Patologia di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN	7	83	89	OBB V	Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard ICD-10-IM
40	CDIAG2_O	Patologia concomitante di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN	7	90	96		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard ICD-10-IM
41	CDIAG3_O	Patologia concomitante di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN	7	97	103		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard ICD-10-IM
42	CDIAG4_O	Patologia concomitante di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN	7	104	110		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard ICD-10-IM
43	CDIAG5_O	Patologia concomitante di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN	7	111	117		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard ICD-10-IM
44	CDIAG6_O	Patologia concomitante di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN	7	118	124		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard ICD-10-IM
45	CINT1_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN	8	125	132		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard classificazione CIPI
46	CINT2_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN	8	133	140		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard classificazione CIPI
47	CINT3_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN	8	141	148		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard classificazione CIPI
48	CINT4_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN	8	149	156		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard classificazione CIPI
49	CINT5_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN	8	157	164		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard classificazione CIPI

N°	Nome	Descrizione	Tipo	Lung	DA	A	Obbl.	Note
50	CINT6_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN	8	165	172		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard classificazione CIPI
51	CINT7_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN	8	173	180		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard classificazione CIPI
52	CINT8_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN	8	181	188		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard classificazione CIPI
53	CINT9_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN	8	189	196		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard classificazione CIPI
54	CINT10_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN	8	197	204		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard classificazione CIPI
55	CINT11_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN	8	205	212		Utilizzo della classificazione ICD-9CM, fino a introduzione ufficiale standard classificazione CIPI

ALLEGATO 2: CONTROLLI AUTOMATICI DELLA QUALITÀ DEI DATI

Legenda:

OBB V = Campo obbligatorio e vincolante

OBB = Campo obbligatorio in determinate circostanze

“vuoto” = Campo facoltativo

A) Tracciato 1 – DATI ANAGRAFICI

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBLIGO	
COD_STR Codice struttura sanitaria di ricovero	AN (6)	OBB V	Valori ammessi: Codici STS.11, HSP.11 e RIA.11 relativi alle strutture di cure intermedie della P.A. di Bolzano CAMPO CHIAVE di collegamento fra i due tracciati
NOSOGRF Numero progressivo scheda di ricovero – nosografico	N (10)	OBB V	CAMPO CHIAVE di collegamento fra i due tracciati
COD_ID Indica il codice identificativo univoco dell'assistito	AN (20)	OBB V	
TIPO_ID Tipo identificativo dell'assistito	AN (1)	OBB V	Valori ammessi: 1 = codice fiscale; 2 = STP (straniero temporaneamente presente); 3 = AA (anonimo); 4 = TEAM (codice personale della TEAM); 9 = ENI (cittadino temporaneamente assistito); Z = altro
GENERE Sesso/genere dell'assistito	AN (1)	OBB V	Valori ammessi: 1 = maschio; 2 = femmina; 3 = non specificato;
ANASCITA Anno di nascita dell'assistito	Data (4)	OBB V	Formato: AAAA

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
REG_RES Regione di residenza dell'assistito	AN (3)	OBB V	Valori ammessi: Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17.09.1986) e successive modifiche. Per i residenti all'estero inserire il codice 999
ASL_RES Comprensorio sanitario o l'azienda sanitaria di residenza che comprende il comune in cui risiede il paziente	AN (3)	OBB V	Per i residenti in provincia di Bolzano, utilizzare i seguenti codici: 101 = comprensorio sanitario di Bolzano; 102 = comprensorio sanitario di Merano; 103 = comprensorio sanitario di Bressanone; 104 = comprensorio sanitario di Brunico. Per i residenti fuori provincia in Italia, la codifica dei dati fa riferimento al Codice Ministero della Sanità a 3 cifre (DM 17.09.1986) e successive modifiche. Per i residenti all'estero inserire il codice 999.
COMUNE DI RESIDENZA Indica Comune Italiano, oppure eventualmente stato estero presso cui il paziente risulta legalmente residente all'ammissione	AN (6)	OBB V	Codici ISTAT (primi tre caratteri per la provincia e rimanenti caratteri per il progressivo Comune). Per i residenti all'estero codificare 999 i primi tre caratteri ed il codice stato estero nei successivi tre utilizzando il codice stati esteri definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione. Se senza fissa dimora, indicare 999999.
CITTADINANZA Cittadinanza dell'assistito all'ammissione	AN (2)	OBB V	Utilizzare la codifica Alpha 2 (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.
S_CIVILE Stato civile dell'assistito	AN (2)	OBB V	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

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
TITOLO Titolo di studio dell'assistito al momento dell'ammissione	AN (1)	OBB V	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;
PRO_SOC_FAM1 Problemi di natura socio-familiare	AN (2)	OBB V	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.
PRO_SOC_FAM2 Problemi di natura socio-familiare	AN (2)		Valori ammessi uguali a PRO_SOC_FAM1, tranne 00 e 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99.
PRO_SOC_FAM3 Problemi di natura socio-familiare	AN (2)		Valori ammessi uguali a PRO_SOC_FAM1, tranne 00 e 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM2 non è compilato
PRO_SOC_FAM4 Problemi di natura socio-familiare	AN (2)		Valori ammessi uguali a PRO_SOC_FAM1, tranne 00 e 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM3 non è compilato

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
PRO_SOC_FAM5 Problemi di natura socio-familiare	AN (2)		Valori ammessi uguali a PRO_SOC_FAM1, tranne 00 e 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM4 non è compilato
PRO_SOC_FAM6 Problemi di natura socio-familiare	AN (2)		Valori ammessi uguali a PRO_SOC_FAM1, tranne 00 e 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM5 non è compilato
PRO_SOC_FAM7 Problemi di natura socio-familiare	AN (2)		Valori ammessi uguali a PRO_SOC_FAM1, tranne 00 e 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM6 non è compilato
PRO_SOC_FAM8 Problemi di natura socio-familiare	AN (2)		Valori ammessi uguali a PRO_SOC_FAM1, tranne 00 e 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM7 non è compilato
PRO_SOC_FAM9 Problemi di natura socio-familiare	AN (2)		Valori ammessi uguali a PRO_SOC_FAM1, tranne 00 e 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM8 non è compilato
PRO_SOC_FAM10 Problemi di natura socio-familiare	AN (2)		Valori ammessi uguali a PRO_SOC_FAM1, tranne 00 e 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM1 = 00 oppure 99. Da non compilare se PRO_SOC_FAM9 non è compilato

B) Tracciato 2 – DATI DI RICOVERO

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
COD_STR Codice struttura sanitaria di ricovero	AN (6)	OBB V	Valori ammessi: Codici STS.11, HSP.11 e RIA.11 relativi alle strutture di cure intermedie della P.A. di Bolzano CAMPO CHIAVE di collegamento fra i due tracciati

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
NOSOGRAP Numero progressivo scheda di ricovero – nosografico	N (10)	OBB V	CAMPO CHIAVE di collegamento fra i due tracciati
PROP_RIC Soggetto proponente il ricovero	AN (1)	OBB V	Valori ammessi: 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
SEGN_MED Soggetto segnalante al Medico la possibilità di ricovero	AN (2)		Compilazione facoltativa. Se compilato, i valori ammessi sono: 1 = Infermiere; 2 = Assistente sociale; 3 = Altra tipologia di medico non compresa nel campo “Soggetto proponente il ricovero” (PROP_ROC); 4 = Caregiver; 5 = Altro operatore dell’assistenza domiciliare; 9 = Altro.
MEDIAZ_COT Mediazione ricovero attraverso attività della COT	AN (1)	OBB V	Valori ammessi: 1 = SI; 2 = NO
COT Codice COT	AN (12)	OBB	Da compilare se MEDIAZ_COT = 1. Utilizzare codice a 12 cifre, composto da concatenazione del codice identificativo della regione, della ASL/Comprensorio sanitario e del codice STS11 (041201xxxxxx - facoltativo in sede di prima sperimentazione)
DATA_ACC Data di dichiarazione di eleggibilità al ricovero	Data (8)	OBB V	Formato: ggmmaaa DATA_ACC <= DATA_RIC
DATA_RIC Data di ricovero nella struttura	Data (8)	OBB V	Formato: ggmmaaa

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
PROVENIE Provenienza del paziente	AN (2)	OBB V	Valori ammessi: 01 = domicilio; 02 = ospedale pubblico; 03 = ospedale privato; 04 = Pronto Soccorso; 05 = Hospice; 06 = Struttura residenziale territoriale sociosanitaria 07 = Struttura residenziale sociale 08= Ospedale di comunità 99 = Alte strutture
COD_REG_PROV Codice Regione struttura di provenienza	AN (3)	OBB	Da compilare se PROVENIE <> 01 Utilizzare codici Ministero della salute a 3 cifre (DM 17/09/1986) Utilizzare 999 se proveniente da strutture all'estero.
COD_ASL_PROV Codice ASL struttura di provenienza	AN (3)	OBB	Da compilare se PROVENIE <> 01 e COD_REG_PROV = 041 Compilare con i codici dei Comprensori sanitari di residenza 101, 102, 103 opp. 104 (in sede di transcodifica verso Ministero salute inviare= 201)
COD_STR_PROV Codice struttura di provenienza	AN (6)	OBB	Da compilare se PROVENIE <> 01, 07 e 99 e COD_REG_PROV = 041 Utilizzare codici HSP.11 a 3 cifre o STS.11 a 6 cifre.
D_DIMOSP Data di dimissione dalla struttura o del decesso in struttura	Data (8)	OBB V	Formato: ggmmaaa D_DIMOSP >= DATA_RIC
GG_ASSENZA Numero di giornate nelle quali il paziente, durante il ricovero, è temporaneamente assente	N (3)	OBB V	Compilazione obbligatoria. Se paziente non si assenta durante il ricovero, compilare = 0. Se paziente assente per meno di 24 ore si considera 1 giorno di assenza. Se compilato, GG_ASSENZA <= (D_DIMOSP – DATA_RIC).

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
MOTIVO_RIC Motivo principale che ha determinato la necessità del ricovero	AN (2)	OBB V	Valori ammessi: 01 = Sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa; 02 = Patologia cronica riacutizzata; 03 = Monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica 04 = Educazione/addestramento del paziente e del caregiver 05 = Riattivazione funzionale 06 = Interventi riabilitativi/rieducativi/monodistretto o completamento di interventi estensivi 07 = Acuzie minori 08 = Isolamento per patologia infettiva 99 = Altro
MOD_DIM stato del paziente al momento della dimissione e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale	AN (2)	OBB V	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 a 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
BARTHEL_ING "Indice di Barthel modificato", misurato all'ingresso in struttura	N (3)	OBB	Da compilare se anno della dimissione – ANNO_NASCITA >= 19 Il valore deve essere compreso tra 0 e 100.
BARTHEL_DIM "Indice di Barthel modificato", misurato al momento della dimissione dalla struttura	N (3)	OBB	Da compilare se MOD_DIM <> 9 e anno della dimissione – ANNO_NASCITA >= 19. Se compilato, Il valore deve essere compreso tra 0 e 100
CDIAG1_O Patologie di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN (7)	OBB V	Compilare con codice diagnosi della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione ICD-10-IM (compilazione con codice comprensivo del punto)
CDIAG2_O Patologie di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN (7)		Compilazione ammessa se CDIAG1_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice diagnosi della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione ICD-10-IM (compilazione con codice comprensivo del punto)

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
CDIAG3_O Patologie di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN (7)		Compilazione ammessa se CDIAG2_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, codice diagnosi della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione ICD-10-IM (compilazione con codice comprensivo del punto)
CDIAG4_O Patologie di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN (7)		Compilazione ammessa se CDIAG3_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice diagnosi della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione ICD-10-IM (compilazione con codice comprensivo del punto)
CDIAG5_O Patologie di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN (7)		Compilazione ammessa se CDIAG4_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice diagnosi della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione ICD-10-IM (compilazione con codice comprensivo del punto)
CDIAG6_O Patologie di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN (7)		Compilazione ammessa se CDIAG5_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice diagnosi della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione ICD-10-IM (compilazione con codice comprensivo del punto)
CINT1_O Intervento o procedura effettuato/a durante il ricovero	AN (8)		Compilazione ammessa con codice intervento della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione CIPI (compilazione con codice comprensivo dei punti).
CINT2_O Intervento o procedura effettuato/a durante il ricovero	AN (8)		Compilazione ammessa se CINT1_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice intervento della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione CIPI (compilazione con codice comprensivo dei punti).
CINT3_O Intervento o procedura effettuato/a durante il ricovero	AN (8)		Compilazione ammessa se CINT2_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice intervento della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione CIPI (compilazione con codice comprensivo dei punti).
CINT4_O Intervento o procedura effettuato/a durante il ricovero	AN (8)		Compilazione ammessa se CINT3_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice intervento della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione CIPI (compilazione con codice comprensivo dei punti).
CINT5_O Intervento o procedura effettuato/a durante il ricovero	AN (8)		Compilazione ammessa se CINT4_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice intervento della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione CIPI (compilazione con codice comprensivo dei punti).
CINT6_O Intervento o procedura effettuato/a durante il ricovero	AN (8)		Compilazione ammessa se CINT5_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice intervento della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione CIPI (compilazione con codice comprensivo dei punti).
CINT7_O Intervento o procedura effettuato/a durante il ricovero	AN (8)		Compilazione ammessa se CINT6_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice intervento della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione CIPI (compilazione con codice comprensivo dei punti).

DEFINIZIONE	CARATTERISTICHE		CONTROLLI
	TIPO	OBBLIGO	
CINT8_O Intervento o procedura effettuato/a durante il ricovero	AN (8)		Compilazione ammessa se CINT7_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice intervento della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione CIPI (compilazione con codice comprensivo dei punti).
CINT9_O Intervento o procedura effettuato/a durante il ricovero	AN (8)		Compilazione ammessa se CINT8_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice intervento della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione CIPI (compilazione con codice comprensivo dei punti).
CINT10_O Intervento o procedura effettuato/a durante il ricovero	AN (8)		Compilazione ammessa se CINT9_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice intervento della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione CIPI (compilazione con codice comprensivo dei punti).
CINT11_O Intervento o procedura effettuato/a durante il ricovero	AN (8)		Compilazione ammessa se CINT10_O è compilato; altrimenti non compilare. Se compilato, utilizzo codice intervento della classificazione ICD-9-CM attualmente in uso, fino a passaggio a standard classificazione CIPI (compilazione con codice comprensivo dei punti).

ALLEGATO 3: TRACCIATO INVIO DATI AL MINISTERO DELLA SALUTE

A) Tracciato 1 – DATI ANAGRAFICI

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. campo tracc. prov.le	Note
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		Generato da SIAG
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		Compilazione = 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		Compilazione = 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	Note
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	Transcodifica: trasformazione in lunghezza = 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		Generato da SIAG
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		Generato da SIAG con riferimento al campo n. 3 del tracciato prov.le

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. campo tracc. prov.le	Note
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		Generato da SIAG
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		Generato da SIAG
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	Transcodifica = 201 in caso di Regione di residenza = 041

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. campo tracc. prov.le	Note
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) Tracciato 2 – DATI CLINICI

ID	Nome	Descrizione	Ti- po	Obbli- gatorietà	Informazioni di dominio	Lun- ghezza	Num. Campo tracc. prov.le	Note
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		Generato da SIAG
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		Compilazione = 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		Compilazione = 201

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. Campo tracc. prov.le	Note
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	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) 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	Transcodifica: trasformazione in lunghezza = 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		Generato da SIAG
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	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. Campo tracc. prov.le	Note
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 accogliamento	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	Transcodifica dal formato prov.le "ggmmaaa" in formato richiesto da Specifiche funzionali ministeriali
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	Transcodifica dal formato prov.le "ggmmaaa" in formato richiesto da Specifiche funzionali ministeriali

ID	Nome	Descrizione	Ti- po	Obbli- gatorietà	Informazioni di dominio	Lun- ghezza	Num. Campo tracc. prov.le	Note
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 sociosanitaria 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	
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	Se compilato in tracciato prov.le, in sede di transcodifica, SIAG compila = 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.	6	32	Se dato mancante in tracciato prov.le, inserire 999999.

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. Campo tracc. prov.le	Note
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	Transcodifica dal formato prov.le "ggmmaaa" in formato richiesto da Specifiche funzionali ministeriali
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	
19	Motivo principale del ricovero	Identifica il motivo principale che ha determinato la necessità del ricovero	AN	OBB	Valori ammessi: 01 = Sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa 02 = Patologia cronica riacutizzata 03 = Monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica 04 = Educazione/addestramento del paziente e del caregiver 05 = Riattivazione funzionale 06 = Interventi riabilitativi/rieducativi/monodistretto o completamento di interventi estensivi 07 = Acuzie minori 08 = Isolamento per patologia infettiva 99 = Altro	2	35	

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. Campo tracc. prov.le	Note
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	Transcodifica dal formato a lunghezza = 2 del tracciato prov.le a quello lunghezza = 1 delle Specifiche funzionali NSIS
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 Nodo «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 prevede 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	Min 3 Max 7	39 - 44	

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. Campo tracc. prov.le	Note
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	Transcodifica dal formato a lunghezza = 2 del tracciato prov.le a quello lunghezza = 1 delle Specifiche funzionali NSIS
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	
					(con progressivi diversi). Risposta Multipla			

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza	Num. Campo tracc. prov.le	Note
24	Codice procedura/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	

ALLEGATO 4: TRACCIATO RECORD VISTA PER OSSERVATORIO PER LA SALUTE

N°	Nome	Descrizione	Tipo
1	COD_STR	Codice struttura	AN
2	NOSOGRF	Numero progressivo scheda di ricovero – nosografico	N
3	COD_ID	Identificativo dell'assistito	AN
4	TIPO_ID	Tipo identificativo dell'assistito	
5	GENERE	Genere dell'assistito	AN
6	ANASCITA	Anno di nascita	Data
7	REG_RES	Regione di residenza	AN
8	ASL_RES	Azienda sanitaria di residenza	AN
9	CITTADINANZA	Cittadinanza dell'assistito	AN
10	S_CIVILE	Stato civile dell'assistito	AN
11	TITOLO	Titolo di studio	AN
12	PRO_SOC_FAM1	Problemi socio-familiari	AN
13	PRO_SOC_FAM2	Problemi socio-familiari	AN
14	PRO_SOC_FAM3	Problemi socio-familiari	AN
15	PRO_SOC_FAM4	Problemi socio-familiari	AN
16	PRO_SOC_FAM5	Problemi socio-familiari	AN
17	PRO_SOC_FAM6	Problemi socio-familiari	AN
18	PRO_SOC_FAM7	Problemi socio-familiari	AN
19	PRO_SOC_FAM8	Problemi socio-familiari	AN
20	PRO_SOC_FAM9	Problemi socio-familiari	AN
21	PRO_SOC_FAM10	Problemi socio-familiari	AN
22	PROP_RIC	Soggetto che ha richiesto il ricovero in struttura	AN
23	SEGN_MED	Soggetto segnalante al Medico la possibilità di ricovero	AN
24	MEDIAZ_COT	Ricovero mediato tramite COT	AN
25	COT	Codice COTQualora il ricovero sia stato mediato da una COT	AN
26	DATA_ACC	Data richiesta accoglimento	Data
27	DATA_RIC	Data di ricovero	Data

N°	Nome	Descrizione	Tipo
28	PROVENIE	Provenienza del paziente	AN
29	COD_REG_PROV	Codice Regione struttura di provenienza	AN
30	COD_ASL_PROV	Codice ASL struttura di provenienza	AN
31	COD_STR_PROV	Codice struttura di provenienza	AN
32	D_DIMOSP	Data di dimissione dalla struttura o del decesso in struttura	Data
33	GG_ASSENZA	Giornate di assenza temporanea	N
34	MOTIVO_RIC	Motivo principale del ricovero	AN
35	MOD_DIM	Modalità di dimissione	AN
36	BARTHEL_ING	Valutazione ADL all'ingresso (indice di Barthel modificato)	N
37	BARTHEL_DIM	Valutazione ADL alla dimissione (indice di Barthel modificato)	N
38	CDIAG1_O	Patologia di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN
39	CDIAG2_O	Patologia concomitante di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN
40	CDIAG3_O	Patologia concomitante di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN
41	CDIAG4_O	Patologia concomitante di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN
42	CDIAG5_O	Patologia concomitante di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN
43	CDIAG6_O	Patologia concomitante di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova	AN
44	CINT1_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN
45	CINT2_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN
46	CINT3_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN
47	CINT4_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN
48	CINT5_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN
49	CINT6_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN
50	CINT7_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN
51	CINT8_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN
52	CINT9_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN
53	CINT10_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN
54	CINT11_O	Intervento e/o le procedure effettuata durante il ricovero	AN
55	TAR_PROV	Tariffa provinciale (calcolo in base a regole definite da determinazioni provinciali)	N
56	GG_DEG	Giornate di degenza (calcolate da SIAG: Data dimissione – Data ricovero – Giornate di assenza temporanea) – se Data dimissione = Data ricovero, convenzionalmente GG_DEG = 1	N

