RegioneEmilia-Romagna
Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare
AREA INTEGRAZIONE DIGITALE

SPECIFICHE FUNZIONALI

Flusso SDHS
(scheda di dimissione HOSPICE)

Versione 2.0

SOMMARIO

1. REVISIONI 3
2. INTRODUZIONE 4
3. AMBITO DI RILEVAZIONE DEL FLUSSO 4
4. DESCRIZIONE BREVE DEL FLUSSO 4
5. DEFINIZIONI E FORMATI 6
5.1. Formato dei file 6
5.2. Definizione e standard dei campi 6
5.3. Informazioni e controlli sul formato, il dominio e la congruenza dei dati stessi 6
5.4. Legenda 7
6. DESCRIZIONE DEI TRACCIATI 8
6.1. Schema relazionale dei tracciati 8
7. TRACCIATI 9
7.1. FILE 1 – Informazioni anagrafiche 9
7.1.1. FILE 1 – Diagramma XSD 10
7.1.2. FILE 1 – Definizione campi 11
7.1.3. FILE 1 - Esempio XML 17
7.1.4. FILE 1 – Schema XSD 17
7.2. FILE 2 – Informazioni relative ai dati sanitari 18
7.2.1. FILE 2 – Diagramma XSD 20
7.2.2. FILE 2 – Definizione campi 21
7.2.3. FILE 2 – Esempio XML 29
7.2.4. FILE 2 – Schema XSD 29
8. CONTROLLI SPECIFICI 29
8.1. Controlli generalizzati sul codice identificativo dell'assistito 29
8.2. Controlli sulla residenza 29
9. TABELLE 30
9.1. Tabella codici dei messaggi di errori e segnalazioni 30
10. MODALITÀ E TEMPI DI TRASMISSIONE 30
10.1. Modalità di invio 30
10.2. Scadenze 31
11. RITORNO INFORMATIVO 31
11.1. Diagnostica fornita in validazione flusso (simulazioni) 31
11.2. Debito informativo da fornire dopo il caricamento 32
12. REFERENTI REGIONALI 33
13. Lista 1 - Segni e sintomi clinici 34
14. Lista 2 - Motivi non clinici 36

1. REVISIONI

Versione	Data Creazione/Ultimo aggiornamento	Redatto da	Approvato da	Modifiche	Note
N.D.	04/2002	Regione Emilia-Romagna	Giuseppina Lanciotti		Disciplinare tecnico allegato alla delibera di giunta 2002/589
N.D.	03/2010	Regione Emilia-Romagna	Giuseppina Lanciotti		Disciplinare tecnico allegato alla circolare 5/2010
N.D.	11/2012	Regione Emilia-Romagna	Valentina Savioli		Disciplinare tecnico allegato alla circolare 16/2012
1.0	28/11/2025	Regione Emilia-Romagna Almaviva	Brugnara Paolo	Passaggio a nuovo formato di invio file (.xml), estensione numero macroprestazioni inviabili (da 4 a 10), aggiunta codifiche per i campi struttura di provenienza e modalità di dimissione	Prima versione con nuovo formato
2.0	12/10/2026	Regione Emilia-Romagna Almaviva	Brugnara Paolo	Passaggio da codifica ICD-9-CM a ICD-10-IM Modifica controllo su comune di nascita Indicazioni per richiesta utenze	Valide per i dati a partire dalla competenza 2027

2. INTRODUZIONE

Con il decreto Ministeriale 6 giugno 2012, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) presso il Ministero della Salute è stato istituito il "sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice". In tale decreto sono definite le caratteristiche del tracciato unico nazionale finalizzato alla raccolta delle informazioni relative all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogata presso gli Hospice. Al fine del Decreto si intendono Hospice esclusivamente le strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 20 gennaio 2000. L'assistenza erogata presso le strutture Hospice è rilevata, secondo il Ministero della Salute, esclusivamente attraverso il sistema informativo Hospice, anche per quelle ubicate all'interno di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate (art.3 comma 4 del DM 6 giugno 2012).
La circolare regionale n°16/2012 (che aggiornava la circolare regionale n°5/2010: "Flusso informativo Hospice") ha introdotto alcune novità per uniformare i dati raccolti a livello regionale con quelli necessari per l'alimentazione del sistema informativo NSIS.
Facendo seguito alle indicazioni operative emerse nell'ambito dell'attuazione del PNRR, Fase 2 del sub-investimento 1.3.2.2.3 – "Rafforzamento della collezione, elaborazione e produzione di dati a livello locale", di concerto con le aziende sanitarie, per adeguare dal punto di vista tecnologico la modalità di invio del flusso e integrare ulteriormente le informazioni in esso contenute, si è ritenuto necessario aggiornare la circolare regionale e le specifiche tecniche relative.
Le principali novità riguardano:
- la modalità di invio dei file, in formato .xml (**verrà mantenuta, per il solo 2026, la possibilità di inviare in formato .txt secondo le specifiche tecniche della circolare 16/2012**);
- il numero di macroprestazioni inviabili, che passa da 4 a 10;
- l'aggiunta di codifiche per i campi "struttura di provenienza" e "modalità di dimissione".

Il presente documento di Specifiche funzionali e tecniche dei tracciati del sistema informativo HOSPICE, valido a partire **dal 1° gennaio 2026,** in linea con quanto previsto dal Decreto Ministeriale costituisce l'analisi dei flussi informativi e dei singoli campi del tracciato, le regole funzionali ed i controlli per la corretta acquisizione, verifica e validazione dei dati trasmessi.
A partire dal 1° gennaio 2027, così come stabilito dal decreto ministeriale 23 ottobre 2025, le informazioni di carattere clinico contenute nei flussi informativi sono codificate utilizzando i seguenti sistemi di classificazione e le successive modificazioni ed integrazioni, o le eventuali revisioni:

- Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, versione italiana (italian modification) della International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025;

Nella codifica ICD-10-IM il punto è parte integrante della struttura del codice e deve pertanto essere riportato nei flussi informativi.

Si è reso conseguentemente necessario l'adeguamento del sistema di classificazione anche per il Flusso Hospice.

La presente versione delle specifiche contiene l'adeguamento della lunghezza dei campi (patologie, segni e sintomi) e dei controlli sulla base delle indicazioni ministeriali. La stessa potrebbe subire variazioni dopo la pubblicazione della versione di dicembre 2026.

3. AMBITO DI RILEVAZIONE DEL FLUSSO

La rilevazione riguarda l'attività sanitaria e socio-sanitaria erogata presso i Centri Residenziali per le Cure Palliative (Hospice) sia pubblici che privati accreditati, a favore di cittadini residenti e non residenti nel territorio regionale. Sono esclusi dalla rilevazione tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da "sostegno sociale" della persona, e sono altresì escluse dalla rilevazione i ricoveri in Hospice di persone con gravissima disabilità acquisita (secondo la D.G.R. 2068/04), che rientrano in altro flusso informativo regionale specifico (GRAD).

4. DESCRIZIONE BREVE DEL FLUSSO

Il flusso HOSPICE risponde all'esigenza di rilevare informazioni necessarie per il monitoraggio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria erogata presso i Centri Residenziali per le Cure Palliative (Hospice), registrando le informazioni per ogni assistito relative a:

- Anagrafica: dati anagrafici dell'assistito

- Presa in carico: informazioni relative al ricovero e al soggetto erogatore ovvero la struttura che eroga il trattamento;
- Erogazione: dati sull'attività erogata;
- Conclusione: data dimissione e modalità di dimissione

Oggetto della rilevazione è ciascun dimesso dagli hospice, oncologico e non, in fase avanzata di malattia, che non possa essere assistito al domicilio temporaneamente o stabilmente.
Il flusso informativo HOSPICE rileva, con **periodicità trimestrale,** le informazioni nei 2 **seguenti tracciati:**
File 1 - **dati anagrafici** dell'assistito;
File 2 - **dati sanitari.**

5. DEFINIZIONI E FORMATI

5.1. Formato dei file

L'invio dei dati è previsto in più file con tracciati in formato XML per ognuno dei quali è viene fornito il corrispondente schema di convalida XSD per la validazione.
I file devono avere estensione .XML oppure .ZIP (un file ZIP deve contenere un solo file che deve avere estensione .XML).
Per le definizioni e i controlli che riguardano i singoli tracciati occorre fare riferimento ai capitoli che seguono.

5.2. Definizione e standard dei campi

Nei paragrafi che seguono sono elencati i campi dei diversi tracciati previsti dal flusso HOSPICE con le seguenti informazioni:

- Progressivo campo e gerarchia
- Nome del campo e descrizione
- Tipologie e lunghezza

Le tipologie di campo previste sono le seguenti:

AN = Campo Alfanumerico (gli zeri a sinistra sono significativi)
N = Campo Numerico
DT = Campo Data

I campi DATA devono avere il seguente formato: **AAAA-MM-GG** (ad es. 2015-02-26 corrisponde a 26 febbraio 2015), cioè:

- ✓ GG rappresenta il giorno (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ✓ MM rappresenta il mese (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ✓ AAAA rappresenta l'anno compreso di secolo.

5.3. Informazioni e controlli sul formato, il dominio e la congruenza dei dati stessi

I tracciati sono abbinati attraverso la chiave e i record che non trovano la corrispondenza sono scartati.
Nello stesso invio non possono essere presenti due record con la stessa chiave.
I campi facoltativi possono essere non impostati, ma si assume sempre che un campo valorizzato sarà sottoposto a tutti i controlli indicati nel documento (dominio, formato, congruenza, ecc.).
Le banche dati sono annuali e i dati devono essere trasmessi con cadenza trimestrale.
Il campo Posizione contabile è riferito ai dati del ricovero in struttura nella sua completezza (anagrafica, presa in carico, erogazione e conclusione) di seguito definito 'Record': ad ogni invio trimestrale devono essere inviati i dati di tutti gli utenti dimessi dalla struttura nel periodo di riferimento come da tabella.

Posizione contabile	Obiettivo	Controlli
1	trasmissione di record nuovi o per la ritrasmissione di record scartati dal sistema di acquisizione in invii precedenti nell'anno.	Il record (identificato dai campi chiave) NON deve essere già presente nella Banca Dati Regionale.
2 o 3	trasmissione di record per aggiornamento dei record già presenti in Banca Dati, per i quali sarà effettuata la **sovrascrittura** di tutti i dati del record comprese le integrazioni dovute a nuovi eventi o correzione di quanto precedentemente trasmesso.	Il record (identificato dai campi chiave) deve essere già presente nella Banca Dati Regionale.
4	trasmissione di record per i quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione	Utilizzare esclusivamente per cancellare definitivamente i record già presenti nella Banca Dati Regionale.

I record inviati con Posizione contabile=4 sono soggetti al solo controllo di corrispondenza della chiave in banca dati; tutti i controlli sugli altri campi del tracciato sono by-passati.
Nell'invio dei dati occorre rispettare la tempistica descritta nel paragrafo Scadenze.
Se si intende variare i campi della chiave occorre operare con una cancellazione dell'intero record e inserimento del nuovo.
Tutti i controlli di dominio sono effettuati in maniera storica: ogni codice dovrà quindi essere valido nella banca dati regionale alla data di riferimento calcolata per ogni record. In generale la data di riferimento corrisponde alla data di dimissione, se valida, altrimenti viene utilizzato il 01/01 dell'anno di riferimento.
Tale data potrà essere utilizzata per accedere in maniera storica ai servizi web utilizzabili per consultare i valori di dominio dei singoli campi del tracciato record.

Esempio di accesso con data di riferimento:
https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende?dt_riferimento=01-01-2026

Esempio di consultazione della situazione corrente:
https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende

5.4. Legenda

Legenda per i paragrafi successivi:

(E)	**Errore che genera lo scarto dell'intero record**	**Errore bloccante**
(W)	**Errore che genera una segnalazione (warning).**	**Errore non bloccante**

6. DESCRIZIONE DEI TRACCIATI

Nel rispetto del "Codice in materia di protezione dei dati personali", D.Lgs. 196/2003 e ss.mm. e "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)", D.Lgs. 101/2018, la rilevazione è sempre in modo che sia garantita la separazione dei dati anagrafici dell'assistito da quelli relativi alla presa in carico.

Dati anagrafici dell'assistito (File 1).
Dati sanitari (File 2) che contiene tutte le informazioni specifiche del ricovero in struttura, tra cui i motivi dello stesso, le prestazioni erogate, la dimissione dell'assistito e la motivazione della conclusione.

I dati di file1 e file 2 devono essere abbinati attraverso i campi che identificano la chiave. Ogni singolo record anagrafico deve essere collegato a un record riguardante i dati sanitari e, viceversa, ogni singolo record riguardante i dati sanitari deve essere collegato ad un solo record anagrafico.

6.1. Schema relazionale dei tracciati

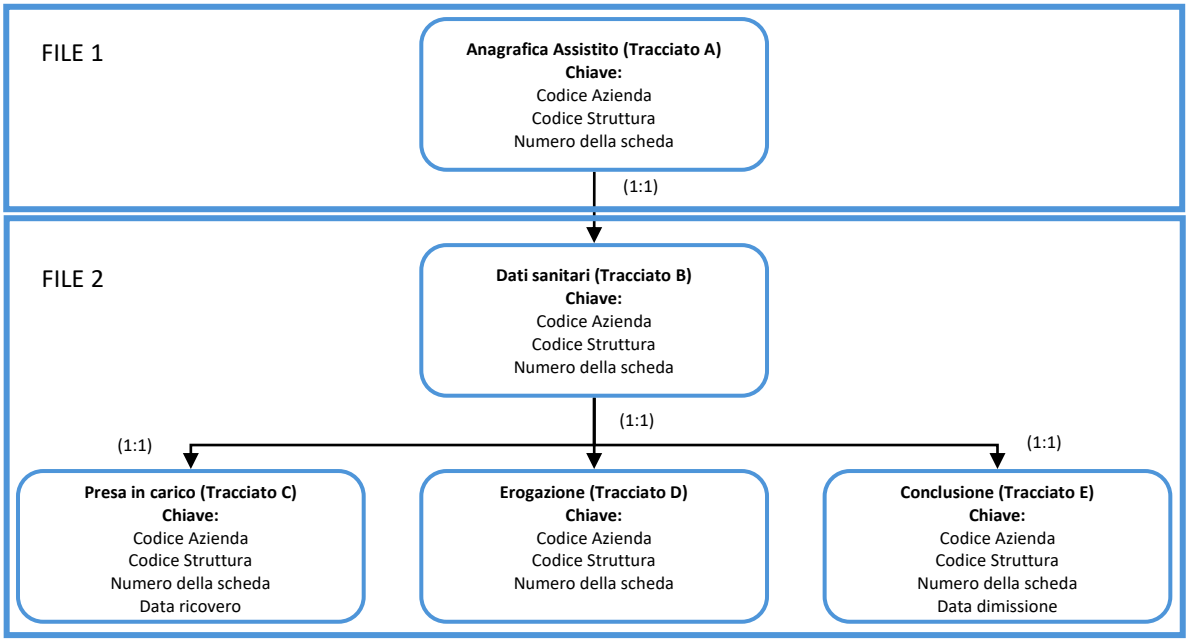


Figura 1 - Schema relazionale flusso HOSPICE

7. TRACCIATI

7.1. FILE 1 – Informazioni anagrafiche

Il **File 1** è composto dal Tracciato A - ***Anagrafica assistito****:* informazioni di carattere anagrafico dell'assistito.
Di seguito viene riportato il tracciato record del **FILE 1 - Dati Anagrafici.**
I campi della chiave sono evidenziati in grassetto sottolineato.

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
Anagrafica	**CODICE DELL'AZIENDA**
Struttura	**CODICE DELLA STRUTTURA**
Assistito	**NUMERO SCHEDA**
	Cognome
	Nome
	Codice fiscale
	Genere
	Stato civile
	Comune di nascita
	Data di nascita
	Regione di residenza
	Comune di residenza
	Azienda di residenza
	Cittadinanza
	Titolo di studio

7.1.1. FILE 1 – Diagramma XSD

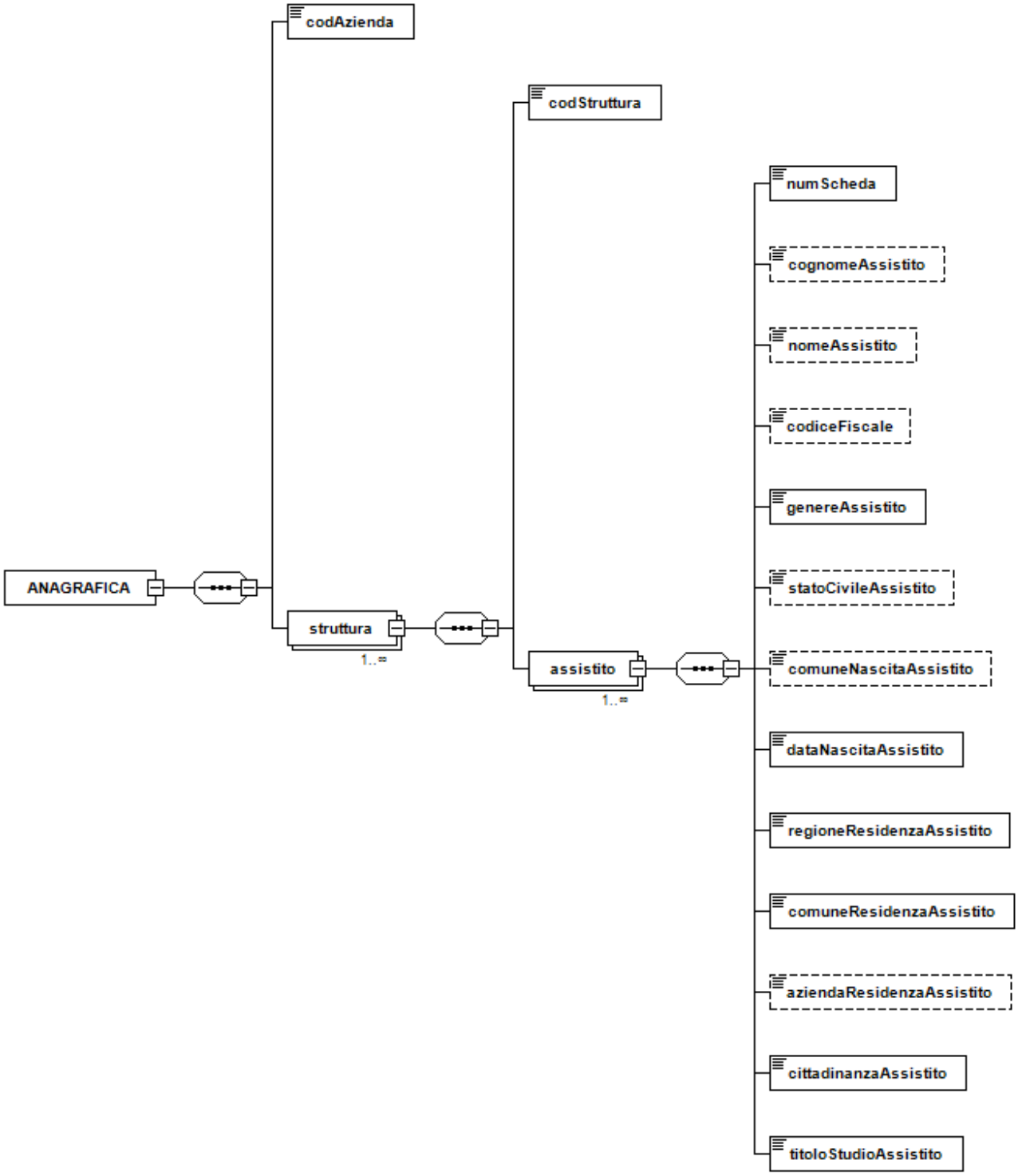


Figura 2 – FILE 1 – Anagrafica

7.1.2. *FILE 1 – Definizione campi*

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A001	Anagrafica	**codAzienda**	Codice dell'azienda USL a cui afferisce la struttura presso la quale il soggetto è stato ricoverato	AN	3	**CAMPO CHIAVE** **OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** NNN **DOMINIO:** codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n° 36 Anno 1994 e successive modifiche (E). I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende **ALTRI CONTROLLI:** - deve essere congruente con il codice azienda che ha inviato i file (E).
	Anagrafica	**Struttura**	**Nodo Struttura**			
A002	Struttura	**codStruttura**	Codice della struttura	AN	6	**CAMPO CHIAVE** **OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E). **FORMATO**: AAAAAA **DOMINIO**: codice esistente in Anagrafe Regionale Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie autorizzate e/o accreditate e valido alla data di dimissione (E). I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/struttureflusso/?CODICE_FLUSSO=SDHS **ALTRI CONTROLLI:** - deve essere congruente con il codice azienda (E) **NOTE:** Devono essere inviati i dati di tutti gli assistiti inseriti nelle strutture che hanno sede sul territorio dell'AUSL che invia i dati (= CodAzienda), anche se residenti fuori AUSL.
	Struttura	**Assistito**	**Nodo Assistito**			

A003	Assistito	**numScheda**	numero identificativo della cartella clinica.	N	8	**CAMPO CHIAVE** **OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** NNNNNNNN Le prime 2 cifre identificano l'anno di ricovero, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno. **ALTRI CONTROLLI**: deve essere univoco nella struttura (E)
A004	Assistito	cognomeAssistito	Cognome dell'assistito	AN	40	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio per i non residenti in Italia (E). **ALTRI CONTROLLI:**
A005	Assistito	nomeAssistito	Nome dell'assistito	AN	40	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio per i non residenti in Italia (E). **ALTRI CONTROLLI:**
A006	Assistito	codiceFiscale	Codice fiscale dell'assistito	AN	16	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio eccetto per i non residenti in Italia (E). **FORMATO/DOMINIO:** Deve essere valido secondo le indicazioni riportate nel paragrafo Controlli generalizzati sul codice identificativo dell'assistito (E). **ALTRI CONTROLLI:** - - Se codiceIdentificativoAss è di tipo ENI, comune di residenza deve essere 999209 o 999235 e la data di presa in carico deve essere successiva od uguale al 27 aprile 2009 (E) - Se codiceIdentificativoAss è di tipo STP, comune di residenza deve essere uno stato estero (E)

A007	Assistito	genereAssistito	Sesso dell'assistito alla nascita	AN	1	**OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** A **DOMINIO:** Valori ammessi (E): 1 = maschio 2 = femmina I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDHS&CODICE_TIPO=REMH **ALTRI CONTROLLI**: - deve essere congruente con il sesso ricavato dal Codice Fiscale (W)
A008	Assistito	statoCivileAssistito	Stato civile dell'assistito al momento dell'ingresso in struttura	AN	1	**OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** AA **DOMINIO:** Valori ammessi (E): 1 = celibe/nubile 2 = coniugato/a 3 = separato/a 4 = divorziato/a 5 = vedovo/a 6 = non dichiarato I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDHS&CODICE_TIPO=STC_

A009	Assistito	comuneNascitaAssistito	Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale l'assistito risulta essere nato	AN	6	**OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio tranne per i comuni/stato estero cessati e privi di codice ISTAT (E). **FORMATO:** NNNNNN **DOMINIO:** I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni - se è valorizzato, deve contenere un codice ISTAT esistente (TCOMNOS) anche cessato (W). **ALTRI CONTROLLI**: Se valorizzato: - deve essere congruente con il codice ISTAT del comune di nascita ricavato dal Codice Fiscale (W)
A010	Assistito	dataNascita	Data di nascita dell'assistito	DT	10	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** AAAA-MM-GG **ALTRI CONTROLLI**: - l'età non deve superare i 124 anni alla data di ricovero (E) - deve essere congruente con la data di nascita ricavata dal Codice Fiscale (W) - deve essere uguale o minore della data di dimissione e della data di ricovero
A011	Assistito	regioneResidenzaAssistito	Regione di residenza dell'assistito	AN	3	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** NNN **ALTRI CONTROLLI**: - deve essere corrispondente alla regione ricavabile dal comune di residenza (E)
A012	Assistito	comuneResidenzaAssistito	Comune di residenza dell'assistito rilevata al momento dell'ingresso in struttura	AN	6	**OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** NNNNNN **DOMINIO:** I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni **ALTRI CONTROLLI**: - deve essere valido secondo le indicazioni riportate nel paragrafo Controlli sulla residenza (E).

A013	Assisitto	aziendaResidenzaAssistito	L'Azienda unità sanitaria locale che comprende il comune in cui risiede il paziente	AN	3	**OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio se l'assistito è residente in Italia (E). Per gli stranieri non residenti ma iscritti al SSN (domiciliati in Italia) indicare l'Azienda USL che comprende il comune di domicilio. **FORMATO:** NNN **DOMINIO:** I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende **ALTRI CONTROLLI:** -se Regione di residenza = '080' deve corrispondere a Usl ricavabile dal comune di residenza (E) - se Regione di residenza <> '080' deve corrispondere a Usl ricavabile dal comune di residenza (E)
A014	Assistito	cittadinanzaAssistito	Cittadinanza dell'assistito	AN	2	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** NNN **DOMINIO:** Per gli assistiti con cittadinanza italiana utilizzare il codice '100', mentre per gli assistiti con cittadinanza straniera compilare con il codice a tre caratteri dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT. Per gli apolidi utilizzare il codice '999'. I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/cittadinanze **ALTRI CONTROLLI**: - se il codice identificativo dell'assistito è di tipo STP o ENI o PSU o AS, la cittadinanza non può essere '100' (Italia) (E).

A015	Assistito	titoloStudioAssistito	Titolo di studio in possesso del soggetto al momento dell'ingresso in struttura	AN	1	**OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** AA **DOMINIO:** Valori ammessi (E): 1 = Senza titolo 2 = Scuola elementare 3 = Scuola media inferiore 4 = Scuola media superiore (5 = Diploma universitario 6 = Laurea 9 = Non conosciuto I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDHS&CODICE_TIPO=SM1

7.1.3. *FILE 1 - Esempio XML*

Per prendere visione di un esempio del **FILE1** in formato XML fare riferimento al seguente link:
https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/hospice/documentazione/normativa-hospice
file: SDHS_specifiche_Funzionali_V2.0_Anagrafica_Esempio.xml

7.1.4. *FILE 1 – Schema XSD*

Per prendere visione dello schema XSD del **FILE 1** fare riferimento al seguente link:
https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/hospice/documentazione/normativa-hospice
file: SDHS_specifiche_Funzionali_V2.0_Anagrafica.xsd
Per prendere visione dello schema XSD comune al FILE 1 e FILE 2 fare riferimento al seguente link:
https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/hospice/documentazione/normativa-hospice
file: SDHS_specifiche_Funzionali_V2.0_common.xsd

7.2. FILE 2 – Informazioni relative ai dati sanitari

Il **File 2** è così composto:

Tracciato B - Dati sanitari: informazioni generali relative al ricovero dell'assistito

Tracciato C - Presa in carico: informazioni relative alla richiesta e alle motivazioni del ricovero .

Tracciato D - Erogazione: informazioni relative ai trattamenti erogati.

Tracciato E - Conclusione: informazioni relative alla conclusione del ricovero con dimissione dell'assistito.

Di seguito vengono riportati i tracciati record del **FILE 2 – Dati Sanitari**.

I campi della chiave sono evidenziati in grassetto sottolineato.

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
Dati sanitari	**CODICE DELL'AZIENDA**
Struttura	**CODICE DELLA STRUTTURA**
Presa in carico	**NUMERO SCHEDA**
	Tipo struttura di provenienza
	Identificativo medico
	Data ricovero
	Proposta di ricovero
	Patologia
	Motivo presa in carico
	Importo
	Posizione contabile
	Segni sintomi clinici non diversamente classificabili 1
	Segni sintomi clinici non diversamente classificabili 2
	Motivo non clinico 1
	Motivo non clinico 2
	Data richiesta di ricovero
	Data Ricezione
Erogazione	Segni sintomi primari 1
	Segni sintomi primari 2
	Segni sintomi secondari 1
	Segni sintomi secondari 2
	Macroprestazioni 1
	Macroprestazioni 2
	Macroprestazioni 3
	Macroprestazioni 4
	Macroprestazioni 5

	Macroprestazioni 6
	Macroprestazioni 7
	Macroprestazioni 8
	Macroprestazioni 9
	Macroprestazioni 10
Conclusione	**DATA DIMISSIONE**
	Modalità di dimissione

7.2.1. *FILE 2 – Diagramma XSD*

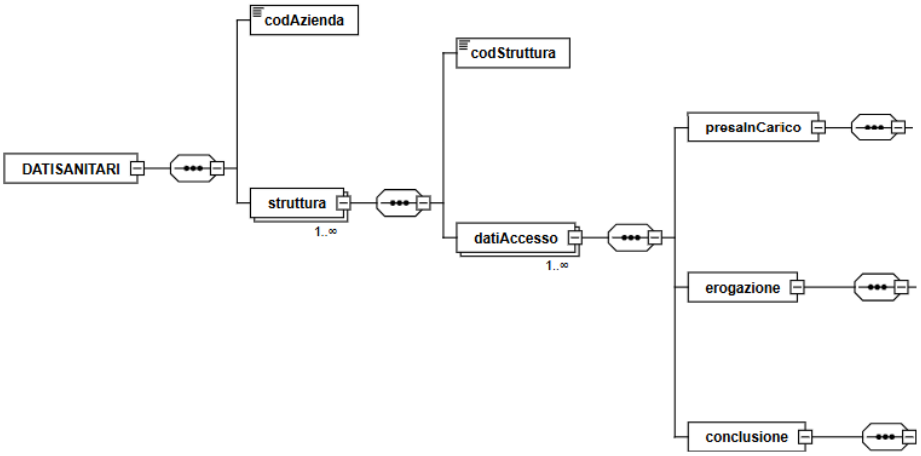




Figura 3 – FILE 2 – Dati sanitari

7.2.2. FILE 2 – Definizione campi

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B001	DATISANITARI	**codAzienda**	Codice dell'azienda USL a cui afferisce la struttura presso la quale il soggetto è stato ricoverato	AN	3	**CAMPO CHIAVE** Vedere File1
	DATISANITARI	Struttura	Nodo Struttura			
B002	Struttura	**codStruttura**	Codice della struttura	AN	6	**CAMPO CHIAVE** Vedere File1
	Struttura	datiAccesso	Nodo datiAccesso			
	datiAccesso	presaInCarico	Nodo presaInCarico			
B003	presaInCarico	**numScheda**	numero identificativo della cartella clinica.	N	8	**CAMPO CHIAVE** Vedere File 1
B004	presaInCarico	tipoStrutturaProvenienza	la struttura o il luogo di provenienza dell'assistito al momento del ricovero	AN	1	**OBBLIGATORIETÀ:** Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** N **DOMINIO:** Valori ammessi (E): 1= domicilio dell'assistito senza Cure Domiciliari attive; 2= domicilio dell'assistito con Cure Palliative Domiciliari attive; 3= struttura sociosanitaria residenziale; 4= struttura sociale; 5= struttura ospedaliera; 6= struttura di riabilitazione; 7= domicilio dell'assistito con Cure Palliative Ambulatoriali attive; 8= domicilio dell'assistito con Cure Domiciliari (ADI) attive; 9= altro I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDHS&CODICE_TIPO=STRP

B005	presaInCarico	identificativoMedico	Identificativo del medico che prescrive il ricovero	AN	16	**OBBLIGATORIETÀ:** Dato facoltativo. **FORMATO:** AAAAAANNANNANNNA **DOMINIO:** compilare con il codice fiscale del medico
B006	presaInCarico	dataRicovero	Data dell'ammissione in Hospice	DT	10	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** AAAA-MM-GG **ALTRI CONTROLLI**: - deve essere maggiore o uguale alla data di nascita (E)
B007	presaInCarico	propostaRicovero	Identifica il soggetto o l'unità organizzativa proponente il ricovero in hospice	N	1	**OBBLIGATORIETÀ:** Dato facoltativo. **FORMATO:** N **DOMINIO:** Valori ammessi: 1= Rete delle cure palliative; 2= Medico di medicina generale (non collegato alla Rete delle cure palliative); 7= Medico specialistica ospedaliero; 9= Medico specialista ambulatoriale I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDHS&CODICE_TIPO=PRPR
B008	presaInCarico	patologia	Indica la patologia responsabile del quadro clinico sia di natura neoplastica che di altra natura	AN	7	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** AAA.AAA **DOMINIO:** Codici di diagnosi versione italiana (italian modification) della International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025. I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/catalogoIcd10im **ALTRI CONTROLLI:** - codice utilizzabile in diagnosi principale (E) - codice non rilevato come segno/sintomo (E) - compatibile con sesso maschile o femminile (E)

B009	presaInCarico	motivoPresaInCarico	Indica il motivo prevalente per il quale è richiesta la presa in carico	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E). **FORMATO:** N **DOMINIO:** Valori ammessi: 1. Clinico 2. Non clinico I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDHS&CODICE_TIPO=MOTP
B010	presaInCarico	importo	Importo del ricovero espresso in EURO calcolato secondo la Normativa regionale vigente o da contratti interaziendali	N	10	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** NNNNNNN.NN **ALTRI CONTROLLI**: - se valorizzato deve essere maggiore di zero (E) - se valorizzato l'importo giornaliero deve essere inferiore o uguale all'importo teorico della tariffa giornaliera da D.G.R. 613 del 03/05/2021 e s.m.i. (S)
B011	presaInCarico	posizioneContabile	Indica la posizione della scheda	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E) **FORMATO:** N **DOMINIO:** Valori ammessi: 1= scheda appartenente al trimestre di competenza 2= scheda recuperata dal trimestre precedente non ancora inviata o inviata nel trimestre di competenza e non entrata in banca dati perché scartata (controlli di 1° livello) 3= scheda già entrata in banca dati ma che si vuole modificare (entro l'anno) 4= scheda già entrata in banca dati ma che si vuole eliminare definitivamente (entro l'anno) I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDHS&CODICE_TIPO=PCT **ALTRI CONTROLLI:** Se = 1 - data dimissione compresa nel trimestre di elaborazione (E) - non deve esistere la scheda in banca dati (E) se = 2 - non deve esistere la scheda in banca dati (E)

						- data dimissione compresa nel trimestre/semestre precedente a quello di elaborazione (E) se = 3 - la scheda deve esistere in banca dati (E) - deve riferirsi allo stesso anno di competenza (E) se =4 - la scheda deve esistere in banca dati (E) - deve riferirsi allo stesso anno di competenza (E) - rispetto alla scheda già caricata non possono essere diversi i seguenti dati: codice fiscale paziente, cognome/nome, sesso, data nascita, comune nascita, comune residenza (E)
B012	presaInCarico	segniSintomiNDC1	Indica il segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico	AN	7	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** AAA.AAA **DOMINIO:** Codici di diagnosi versione italiana (italian modification) della International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025, vedi lista 1 **ALTRI CONTROLLI:** - deve essere utilizzabile come motivo non diversamente controllabile (flag ss clinico ='S'): lista 1 (S) - deve essere diverso da segniSintomiNDC2, se valorizzato
B013	presaInCarico	segniSintomiNDC2	Indica il segno/sintomo clinico non diversamente controllabile alla base della richiesta di presa in carico	AN	7	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** AAA.AAA **DOMINIO:** Codici di diagnosi versione italiana (italian modification) della International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025, vedi lista 1 **ALTRI CONTROLLI:** - deve essere utilizzabile come motivo non diversamente controllabile (flag ss clinici ='S'): lista 1 (S) - deve essere diverso da segniSintomiNDC1, se valorizzato
B014	presaInCarico	motivoNonClinico1	Indica i motivi non clinici alla base della presa in carico	AN	7	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** AAA.AAA **DOMINIO:** Codici di diagnosi versione italiana (italian modification) della International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025, vedi lista 2. **ALTRI CONTROLLI:** - deve essere utilizzabile come motivo non clinico (flag motivo non clinico ='S'): lista 2 (S) - deve essere diverso da motivoNonClinico2, se valorizzato

B015	presaInCarico	motivoNonClinico2	Indica i motivi non clinici alla base della presa in carico	AN	7	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** AAA.AAA **DOMINIO:** Codici di diagnosi versione italiana (italian modification) della International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025, vedi lista 2. **ALTRI CONTROLLI:** - deve essere utilizzabile come motivo non clinico (flag motivo non clinico ='S'): lista 2 (S) - deve essere diverso da motivoNonClinico1, se valorizzato
B016	presaInCarico	dataRichiestaRicovero	Indica la data presente sulla ricetta del medico che propone il ricovero del paziente (prima segnalazione)	DT	10	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** AAAA-MM-GG **ALTRI CONTROLLI**: - deve essere minore o uguale alla data di ricovero (E) - deve essere maggiore o uguale al 01/01/2013 (E)- - se i tempi di attesa (Data richiesta – Data ricovero) sono compresi fra 2 e 3 mesi (S) - se i tempi di attesa (Data richiesta – Data ricovero) sono maggiori o uguali a 120 giorni (S)
B017	presaInCarico	dataRicezione	Indica la data in cui l'Hospice riceve la richiesta di ricovero (data valutazione dei criteri di eleggibilità)	DT	10	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** AAAA-MM-GG **ALTRI CONTROLLI**: - deve essere minore o uguale alla data di ricovero (E) - deve essere maggiore o uguale al 01/01/2013 (E) - deve essere maggiore o uguale alla data richiesta ricovero, se valorizzata (E) - se i tempi di attesa (Data ricezione – Data ricovero) sono compresi fra 2 e 3 mesi (S) - se i tempi di attesa (Data ricezione – Data ricovero) sono maggiori o uguali a 120 giorni (S)
	datiAccesso	erogazione	Nodo erogazione			
B018	erogazione	segniSintomiPrimari1	Indica i segni/sintomi la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.	AN	7	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E) **FORMATO:** AAA.AAA **DOMINIO:** Codici di diagnosi versione italiana (italian modification) della International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025, vedi lista 1 **ALTRI CONTROLLI:** - deve essere utilizzabile come segno/sintomo clinico (flag ss clinici ='S'): lista 1 (S) - deve essere diverso da segniSintomiPrimari2, se valorizzato

B019	erogazione	segniSintomiPrimari2	Indica i segni/sintomi la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.	AN	7	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** AAA.AAA **DOMINIO:** Codici di diagnosi versione italiana (italian modification) della International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025, vedi lista 1 **ALTRI CONTROLLI:** - deve essere utilizzabile come segno/sintomo clinico (flag ss clinici ='S'): lista 1 (S) - deve essere diverso da segniSintomiPrimari1, se valorizzato
B020	erogazione	segniSintomiSecondari1	Indica altri segni/sintomi gestiti da parte della struttura	AN	7	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** AAA.AAA **DOMINIO:** Codici di diagnosi versione italiana (italian modification) della International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025, vedi lista 1 **ALTRI CONTROLLI:** - deve essere utilizzabile come segno/sintomo clinico (flag ss clinici ='S'): lista 1 (S) - deve essere diverso da segniSintomiSecondari2, se valorizzato
B021	erogazione	segniSintomiSecondari2	Indica altri segni/sintomi gestiti da parte della struttura	AN	7	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** AAA.AAA **DOMINIO:** Codici di diagnosi versione italiana (italian modification) della International Classification of Diseases - 10th revision (ICD-10-IM), versione 2025, vedi lista 1 **ALTRI CONTROLLI:** - deve essere utilizzabile come segno/sintomo clinico (flag ss clinici ='S'): lista 1 (S) - deve essere diverso da segniSintomiSecondari2, se valorizzato
B022	erogazione	macroPrestazioni1	Indica le macroprestazioni che maggiormente caratterizzano l'assistenza erogata	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E) **FORMATO:** N **DOMINIO:** Valori ammessi: 1= Controllo del dolore 2= Controllo dispnea 3= Controllo sintomi gastro-enterici (nausea, vomito, ecc.) 4= Controllo sintomi psico-comportamentali (ansia, angoscia, agitazione, delirium ecc.) 5= Medicazioni complesse 6= Sedazione terminale/palliativa 7= Gestione di quadri clinici complessi (fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee, ecc.) 8= Ascolto/supporto al paziente/famiglia 9= Accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente)

						I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDHS&CODICE_TIPO=MACP
B023	erogazione	macroPrestazioni2	vedi macroPrestazioni1	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** N **DOMINIO:** vedi macroPrestazioni1
B024	erogazione	macroPrestazioni3	vedi macroPrestazioni1	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** N **DOMINIO:** vedi macroPrestazioni1
B025	erogazione	macroPrestazioni4	vedi macroPrestazioni1	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** N **DOMINIO:** vedi macroPrestazioni1
B026	erogazione	macroPrestazioni5	vedi macroPrestazioni1	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** N **DOMINIO:** vedi macroPrestazioni1
B027	erogazione	macroPrestazioni6	vedi macroPrestazioni1	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** N **DOMINIO:** vedi macroPrestazioni1
B028	erogazione	macroPrestazioni7	vedi macroPrestazioni1	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** N **DOMINIO:** vedi macroPrestazioni1
B029	erogazione	macroPrestazioni8	vedi macroPrestazioni1	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** N **DOMINIO:** vedi macroPrestazioni1
B030	erogazione	macroPrestazioni9	vedi macroPrestazioni1	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** N **DOMINIO:** vedi macroPrestazioni1
B031	erogazione	macroPrestazioni10	vedi macroPrestazioni1	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato facoltativo **FORMATO:** N **DOMINIO:** vedi macroPrestazioni1
	datiAccesso	conclusione	Nodo conclusione			

B032	conclusione	dataDimissione	Indica la data di dimissione	DT	10	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E) **FORMATO:** AAAA-MM-GG **ALTRI CONTROLLI**: - deve essere maggiore o uguale alla data di nascita - deve essere maggiore o uguale alla data di ricovero - l'anno di dimissione deve essere uguale all'anno di competenza
B033	conclusione	modalitaDimissione	Individua la destinazione del paziente dimesso dall'ospedale e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture	N	1	**OBBLIGATORIETÀ**: Dato obbligatorio (E) **FORMATO:** N **DOMINIO:** Valori ammessi: 1= deceduto 2= dimissione ordinaria al domicilio del paziente 3= dimissione presso strutture extraospedaliere (esempio: CRA) 4= dimissione protetta con cure palliative domiciliari; 5= dimissione volontaria 6= dimissione con invio ad ospedale per acuti pubblico o privato 7=dimissione protetta con cure palliative ambulatoriali 9= dimissione protetta con attivazione Cure Domiciliari (ADI). Si precisa che la modalità 9 "dimissione protetta con attivazione Cure Domiciliari (ADI)" si riferisce a tutte le tipologie di Cure Domiciliari (anche se prosecuzione di presa in carico già attivata), con esclusione delle Cure Palliative domiciliari, da valorizzare con modalità 4. I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDHS&CODICE_TIPO=MODD

7.2.3. FILE 2 – Esempio XML

Per prendere visione di un esempio del **FILE1** in formato XML fare riferimento al seguente link:
https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/hospice/documentazione/normativa-hospice
file: SDHS_specifiche_Funzionali_V2.0_DatiSanitari_Esempio.xml

7.2.4. FILE 2 – Schema XSD

Per prendere visione dello schema XSD del **FILE 2** fare riferimento al seguente link:
https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/hospice/documentazione/normativa-hospice
file: SDHS_specifiche_Funzionali_V2.0_DatiSanitari.xsd

Per prendere visione dello schema XSD comune al FILE 1 e FILE 2 fare riferimento al seguente link:
https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/hospice/documentazione/normativa-hospice
file: SDHS_specifiche_Funzionali_V2.0_common.xsd

8. CONTROLLI SPECIFICI

8.1. Controlli generalizzati sul codice identificativo dell'assistito

Il campo dell'identificativo del soggetto prevede Codici fiscali, STP, ENI e identificativo provvisorio numerico.

Il codice fiscale non deve essere mai calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici.

Prima inviare il dato Hospice in banca dati regionale, il codice fiscale dell'assistito e l'identificativo provvisorio numerico devono essere controllati nel sistema Tessera Sanitaria e, se non presente, la scheda verrà scartata. È stato messo a disposizione un applicativo Codici Identificativi - CI al seguente indirizzo https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/applicazioni/codici-identificativi (è un flusso per la verifica notturna sul Sistema TS di Sogei dei codici fiscali dai flussi sanitari e socio-sanitari).
Il Codice Identificativo deve essere compilato come segue:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il Codice Fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (DLgs 326/2003 art.50), cioè quello riportato nella tessera sanitaria;
- per gli stranieri temporaneamente presenti con il codice STP, (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri, ai sensi del D.P.R. 31/8/1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24/4/2000, n.5;
- per i cittadini neocomunitari residenti in Bulgaria e Romania privi di copertura sanitaria nel paese di provenienza con il codice ENI (Europei non iscritti). Questo codice è di 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con ENI – vedi note Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2009/96745 del 27.04.2009 – e PG/2008/50529 del 20/02/2008;
- con il codice provvisorio numerico a 11.

L'amministrazione finanziaria può attribuire alle persone fisiche un numero di codice fiscale provvisorio. Il numero di codice fiscale provvisorio delle persone fisiche è costituito ***da una espressione numerica di undici cifre***. Le prime sette cifre rappresentano il numero di matricola del soggetto; le cifre dall'ottava alla decima identificano l'ufficio che attribuisce il numero di codice fiscale provvisorio e l'undicesimo è il carattere numerico di controllo.

8.2. Controlli sulla residenza

Il Codice Comune di residenza identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il soggetto risulta legalmente residente.
In questo campo non devono mai essere utilizzati i codici dei comuni/stati cessati e deve essere compilato come segue:

- Per i residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre, 3 per la provincia e 3 per il comune.
- Per i residenti all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dello stato estero.

- Per gli irreperibili codificare: 999999
- Per i neonati si ricorda che il comune di residenza è quello della madre fatto salvo quanto previsto dalla legge n.127 del 15 maggio 1997.
- Per gli stranieri extracomunitari non residenti, ma iscritti al SSN, indicare il comune di effettiva dimora (domicilio).

9. TABELLE

Le tabelle di rifermento sono consultabili nella sezione "Tabelle di riferimento" del flusso Hospice nel portale del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali oppure attraverso i servizi web la cui consultazione è libera.
I servizi WEB esposti sono suddivisi in due macro-categorie:

- servizi dell'Anagrafe Strutture: consentono di ottenere informazioni anagrafiche relative alle strutture fisiche, alle strutture erogatrici ed agli enti (titolari e gestori) che sono archiviati nella banca dati dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- servizi di decodifica: consentono di visualizzare le informazioni relative alle decodifiche (dizionari) che sono archiviate nel database regionale delle tabelle di riferimento (metadati).

La tecnologia adottata è basata sull'architettura a servizi REST[REST] sviluppati secondo lo standard del linguaggio XML[XML] / JSon[JSON] / CSV[CSV] per la rappresentazione dei dati.
Per accedere ai diversi formati specificare al termine del path l'estensione relativa al formato che si desidera ottenere, ad esempio:

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=SDHS
per ottenere i dati in formato XML

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso.json?CODICE_FLUSSO=SDHS
per ottenere i medesimi dati in formato JSON

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso.csv?CODICE_FLUSSO=SDHS
per ottenere i dati in formato CSV

9.1. Tabella codici dei messaggi di errori e segnalazioni

I messaggi di errore/segnalazione sono consultabili attraverso il seguente link:
https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/errori_flusso.xml?codice_flusso=SDHS

10. MODALITÀ E TEMPI DI TRASMISSIONE

10.1. Modalità di invio

Tutte le Aziende USL/OSP dovranno trasmettere i file tramite l'opportuno applicativo web presente nel portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali cliccando "Assistenza erogata presso Hospice - Gestione Flusso Informativo Hospice".

La gestione del flusso si articola in due fasi fondamentali: ELABORAZIONE FILE e RITORNO INFORMATIVO.
Ogni soggetto inviante trasmette i file (INVIO FILE) da sottomettere al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE), verifica l'esito dell'elaborazione, corregge gli eventuali errori e segnalazioni e, successivamente, invia i dati definitivi (CONSOLIDAMENTO).

Ogni Azienda può richiedere la creazione/profilazione delle utenze da abilitare alla gestione del flusso informativo (indicativamente due utenze). L'utenza deve essere nominativa, cioè ad essa deve essere collegata una specifica persona, con la propria e-mail individuale e non può, in nessun caso, corrispondere ad una funzione (Regolamento UE 2016/679). In

caso di gestione del flusso mediante servizi web, è ammesso l'utilizzo di un'utenza impersonale. Si osservi, a tale proposito, che ad oggi la gestione mediante servizi web supporta ancora l'utenza nominativa ma questa possibilità è in via di dismissione e l'utenza impersonale rimarrà l'unica utilizzabile in tale modalità.
La richiesta di creazione/profilazione delle utenze per la gestione del flusso Hospice deve provenire da uno dei referenti unici per i sistemi informativi individuati presso ciascuna Azienda. Tale richiesta va indirizzata a ServiceDesk@Regione.Emilia-Romagna.it e, per conoscenza, ai referenti del flusso Hospice (flusso.hospice@Regione.Emilia-Romagna.it) e deve riportare nome, cognome, codice fiscale, e-mail istituzionale e numero di telefono di ciascun utente individuato per la gestione del flusso informativo.
Sono disponibili dei **servizi WEB** che consentono le operazioni di:

- invio file
- simulazione file
- recupero della diagnostica post simulazione
- consolidamento
- recupero dei dati del ritorno informativo

La documentazione relativa è resa disponibile al link: https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/hospice/documentazione/normativa-hospice

10.2. Scadenze

La trasmissione deve avvenire con periodicità trimestrale rispettando le scadenze di seguito riportate:

N. Invio	Scadenze	Dati	Posizioni contabili ammesse
1° invio	entro il 20 aprile dell'anno di riferimento	Primo trimestre	1
2° invio	entro il 20 luglio dell'anno di riferimento	Primo e secondo trimestre	1,2,3,4
3° invio	entro il 20 ottobre dell'anno di riferimento	Primo, secondo e terzo trimestre	1,2,3,4
4° invio	entro il 20 gennaio dell'anno successivo all'anno di riferimento	Tutto l'anno	1,2,3,4
5° invio	entro il 20 marzo dell'anno successivo all'anno di riferimento	Tutto l'anno	2,3,4

N.B.: La posizione contabile 4 deve essere utilizzata esclusivamente se si vuole cancellare definitivamente una scheda già entrata in banca dati.

11. RITORNO INFORMATIVO

11.1. Diagnostica fornita in validazione flusso (simulazioni)

Ogni Azienda può verificare on-line il risultato della simulazione dell'invio effettuato e provvedere alle eventuali correzioni. È infatti possibile verificare, in maniera automatica, il risultato della procedura regionale di controllo dei dati.
Al termine del processo di simulazione, oltre al *report riepilogativo* dei risultati dell'elaborazione, vengono restituiti all'inviante i seguenti file disponibili nei formati XML, TXT, CSV:

- Scarti
- Segnalazioni

Scarti (E)

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
Codice regione	3	
Codice AUSL/AOSP	6	
Tipo Azienda	4	

Codice presidio	6	
Numero della scheda	8	
Anno competenza	4	Anno in cui viene elaborata la scheda
Trimestre di invio	3	
Codice errore	3	
Descrizione errore	60	
Stato scheda	1	C= Scheda controllata e scartata
Posizione contabile	1	
Posizione campo	3	
TipoFile	1	Tabella (A, B)

Il file degli scarti/segnalazioni sarà disponibile anche in formato XML con gli stessi nomi tag presenti nel file XSD del tracciato e lo stesso ordine dei campi presenti nel file .csv.
Esempio:

```
<root xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
    <record>
        <codiceRegione>080</codiceRegione>
        <codAzienda>104</codAzienda>
        <tipoAzienda>3010</tipoAzienda>
        <codStruttura>080528</codStruttura>
        <numScheda>25037167</numScheda>
        <annoCompetenza>2025</annoCompetenza>
        <trimestreInvio>3</trimestreInvio>
        <codiceErrore>234</codiceErrore>
        <descrizioneErrore>DATA RICHIESTA RICOVERO > DATA RICEZIONE RICHIESTA</descrizioneErrore>
        <statoScheda>C</statoScheda>
        <posizioneContabile>1</posizioneContabile>
        <posizioneCampo>219</posizioneCampo>
        <tipoFile>B</tipoFile>
    </record>
    <record> ... </record>
</root>
```

Successivamente al consolidamento effettuato dall'Azienda, vengono messi a disposizione trimestralmente sul portale la stessa tipologia di file della SIMULAZIONE

Sono inoltre disponibili i tracciati **completi** dei record scartati e dei validi.

Segnalazioni (W)
Il file contiene le chiavi dei record che hanno prodotto segnalazioni non scartanti negli stessi formati previsti per il file Scarti (E) e con le stesse caratteristiche.

11.2. Debito informativo da fornire dopo il caricamento

Ad ogni invio, dopo il consolidamento effettuato dall'Azienda e il caricamento dei dati **validi** nella banca dati regionale, vengono messi a disposizione degli utenti abilitati i file di ritorno informativo.
I dati potranno essere ottenuti attraverso opportune funzioni presenti sul portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali cliccando Assistenza erogata presso Hospice - Gestione Flusso Informativo Hospice e la voce RITORNO INFORMATIVO, oppure attraverso dei *servizi web*.
L'utente potrà selezionare la tipologia di file che intende scaricare, il periodo di riferimento, e il formato del file che vuole ottenere (i formati previsti sono: XML, TXT, CSV)
I file prodotti riproporranno sempre **l'ultima situazione della banca dati regionale** rispetto ai dati di competenza dell'utente. Le tipologie di file che si possono richiedere sono le seguenti:

--- *Per anno e trimestre* (**dati dell'invio n, non cumulativi**)

- Riepilogo dell'elaborazione
- Scarti
- Segnalazioni

Riepilogo dell'elaborazione
Questo file ripropone il report riepilogativo dei risultati del consolidamento.

Scarti
Tracciato: (vedere tracciato delle simulazioni)
Il file contenente i singoli record scartati per il mancato superamento dei controlli, viene fornito trimestralmente alle singole Aziende sanitarie che dovranno provvedere alla correzione e all'invio nei periodi successivi.

Segnalazioni
Tracciato: (vedere tracciato delle simulazioni)
Il file contenente i singoli record validati ma con segnalazioni, viene fornito mensilmente alle singole Aziende sanitarie

12. REFERENTI REGIONALI

Area ICT e transizione digitale dei servizi al cittadino	**Area assistenza primaria, case della comunità e cure di prossimità**
Paolo Brugnara	Laura Tedaldi
Tel. 051 527 7868	Tel. 051 527 8661
Flusso.Hospice@regione.emilia-romagna.it	

13. Lista 1 - Segni e sintomi clinici

Segno/Sintomo o Motivo	Codifica ICD-10-IM
Prurito, non specificato	L29.9
Perdita di coscienza S.A.I.	R40.20
Alterazioni della coscienza, altro specificato	R41.87
Ritenzione urinaria	R33
Altra incontinenza urinaria specificata	N39.4
Sindrome dell'intestino irritabile con stipsi predominante [IBS-C]	K58.2
Stipsi	K59.0
Sonnolenza	R40.0
Stupor	R40.1
Sintomi e segni che interessano le funzioni cognitive e lo stato di coscienza, altro specificato	R41.88
Dispnea	R06.0
Anormalità del respiro, altro specificato e non specificato	R06.88
Altro dolore toracico	R07.3
Altro intasamento intestinale	K56.4
Malessere e affaticamento	R53
Anoressia	R63.0
Ascite	R18
Cachessia	R64
Cefalea	R51
Cervicalgia	M54.2
Cianosi	R23.0
Coma, grado/stadio specificato e non specificato	R40.29
Cure palliative	Z51.5
Delirium non sovrapposto a demenza	F05.0
Altro delirium	F05.8
Delirium, non specificato	F05.9
Diarrea funzionale	K59.1
Diarrea, S.A.I.	R19.40
Dolore localizzato all’addome superiore	R10.1
Dolore pelvico e perineale	R10.2
Dolore localizzato ad altre parti inferiori dell’addome	R10.3
Dolore acuto, altro specificato	R52.08
Dolore cronico correlato a tumore primitivo o metastasi	R52.200
Dolore cronico post-trattamento di tumore primitivo o metastasi	R52.201
Altro dolore cronico specificato	R52.28
Altro dolore cronico, non specificato	R52.29
Algia degli arti	M79.6
Dolore generalizzato S.A.I.	R52.90
Dolore, non specificato, S.A.I.	R52.99
Ecchimosi spontanee	R23.3
Edema localizzato	R60.0

Edema generalizzato	R60.1
Edema, non specificato	R60.9
Ematemesi	K92.0
Emottisi	R04.2
Emorragia da altre sedi delle vie respiratorie	R04.8
Emorragia dalle vie respiratorie, non specificata	R04.9
Emorragia anale e rettale	K62.5
Emorragia, non classificata altrove	R58
Incontinenza fecale	R15
Insonnie	G47.0
Iperidrosi generalizzata	R61.1
Iperbilirubinemia con menzione di ittero	R17.0
Iperbilirubinemia senza menzione di ittero	R17.9
Melena	K92.1
Movimenti anormali della testa	R25.0
Tremore, non specificato	R25.1
Fascicolazione	R25.3
Altri movimenti involontari anormali	R25.8
Nausea	R11.0
Vomito	R11.1
Nausea e vomito, S.A.I.	R11.9
Anuria e oliguria	R34
Dolore alla colonna toracica	M54.6
Singhiozzo	R06.6
Difficoltà d'alimentazione	R63.3
Insufficiente assunzione di cibo e acqua	R63.6
Perdita di peso anormale	R63.4
Disfagia	R13.0
Dispepsia funzionale	K30
Disturbo del sonno, non specificato	G47.9
Disturbi della secrezione salivare	K11.7
Secchezza della bocca	R68.2
Anestesia cutanea	R20.0
Ipoestesia cutanea	R20.1
Parestesia cutanea	R20.2
Iperestesia	R20.3
Altri disturbi della sensibilità cutanea	R20.8
Distimia	F34.1
Disturbo misto ansioso-depressivo	F41.2
Disturbo ansioso, non specificato	F41.9
Vertigine	R42
Tosse	R05
Ulcera da decubito stadio I	L89.0
Ulcera da decubito stadio II	L89.1

Ulcera da decubito stadio III	L89.2
Ulcera da decubito stadio IV	L89.3
Ulcera da decubito non specificata	L89.9

14. Lista 2 - Motivi non clinici

Motivo non clinico	Codifica ICD-10-IM
Abitazione inadeguata	Z59.1
Altre ragioni per entrare in contatto con i servizi (Scelta del malato come luogo di assistenza)	Z76.88
Assenza del care-giver	Z74.2
Persona che vive da solo	Z60.2
Problema psicosociale non specificato (sofferenza psicoesistenziale)	Z65.9
Ricovero di sollievo temporaneo (famiglia)	Z75.5