

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il decreto del Ministro della salute del 28 settembre 1999, recante “Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative”;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000, concernente “Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative”;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, di definizione dei livelli essenziali di assistenza, che individua l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale tra le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale in quanto ricompresa nel livello di assistenza distrettuale;

Visto il decreto del Ministro della salute del 22 febbraio 2007, n. 43, recante “Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311”;

Visto l'art. 5, comma 1 della legge 15 marzo 2010, n. 38, recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», che prevede l'attivazione da parte del Ministero della salute di una specifica rilevazione sui presidi ospedalieri territoriali e sulle prestazioni assicurate in ciascuna regione dalle strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere l'attivazione e l'integrazione delle due reti a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale;

Visto l'art. 9, comma 1 della citata legge n. 38 del 2010, che prevede l'attivazione presso il Ministero della salute del monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, la fornitura da parte delle regioni e delle province autonome di tutte le informazioni e i dati utili all'attività di monitoraggio del Ministero, nonché l'accesso da parte delle stesse al complesso dei dati e delle informazioni in possesso del Ministero della salute;

Visto il decreto del Ministro della Salute 6 giugno 2012, recante: “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli hospice”;

Visto il decreto del Ministro della salute 12 dicembre 2007, n. 277, concernente “Regolamento di attuazione dell'art. 20, commi 2 e 3, dell'art. 181, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante: “Codice in materia di protezione dei dati personali”, volto a disciplinare il trattamento dei dati sensibili e giudiziari effettuati dal Ministero della salute”;

Rilevato, in particolare, che l'allegato C01 del citato decreto del Ministro della salute n. 277 del 2007 prevede il trattamento di dati sensibili per finalità di “Programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria (art. 85, comma 1, lettera b) del predetto Codice”, senza elementi identificativi diretti;

Visto lo schema di regolamento per il trattamento dei dati sensibili, redatto ai sensi degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, sottoposto all'Autorità garante per la protezione dei dati personali, con parere favorevole emesso in data 13 aprile 2006, volto a disciplinare il trattamento dei dati sensibili e giudiziari effettuati dalle regioni e province autonome;

Rilevato, in particolare, che la scheda 12 del suddetto schema di regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari effettuati dalle regioni e province autonome, prevede che i dati provenienti dalle aziende sanitarie siano privati degli elementi identificativi diretti subito dopo la loro acquisizione da parte della regione; ai fini della verifica della non duplicazione delle informazioni e dell'eventuale interconnessione con altre banche dati sanitarie della regione, la specifica struttura tecnica individuata dalla regione, alla quale viene esplicitamente affidata la funzione infrastrutturale, provvede ad assegnare ad ogni soggetto un codice univoco che non consente la identificazione dell'interessato durante il trattamento dei dati;

Ritenuto necessario dare attuazione a quanto previsto dal succitato decreto 6 giugno 2012, mediante l'istituzione di un flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso l'hospice;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 635 in data 30 marzo 2012 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2012/2014 con attribuzione alle nuove strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati, del bilancio di cassa per l'anno 2012, con decorrenza 1° aprile 2012 e di disposizioni applicative;

Visto il parere favorevole di legittimità rilasciato dal dirigente della Struttura sanità ospedaliera e mobilità sanitaria, ai sensi dell'art. 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22, sulla presente proposta di deliberazione;

Ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

1. di approvare l'istituzione del flusso informativo relativo all'assistenza erogata presso l'hospice ed il relativo atto di indirizzo all'Azienda USL della Valle d'Aosta, riportati nell'allegato alla presente deliberazione, di cui forma parte integrante;
2. di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa a cura della struttura competente in materia di sanità ospedaliera all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta per gli adempimenti di competenza.

ATTO DI INDIRIZZO ALL'AZIENDA USL DELLA VALLE D'AOSTA PER L'ISTITUZIONE DEL FLUSSO INFORMATIVO RELATIVO ALL'ASSISTENZA EROGATA PRESSO L'HOSPICE

1. Ambito di applicazione e definizioni

Il flusso si applica agli interventi sanitari e socio sanitari erogati presso le strutture Hospice. 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.

2. Flusso

Il flusso informativo, dettagliato nel disciplinare tecnico, fa riferimento alle informazioni relative all'erogatore e ai seguenti dati personali riferiti all'assistito:

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

Le informazioni di cui sopra devono essere raccolte e trasmesse con le modalità e i tempi previsti al successivo art. 3, a conclusione del percorso assistenziale del singolo assistito.

3. Modalità e tempi di trasmissione

Le informazioni relative all'assistenza erogata presso l'hospice dovranno essere rilevate mediante l'apposito flusso (e di conseguenza non dovranno essere più compilate le schede di dimissione ospedaliera) a partire dal 1° luglio 2012, e trasmesse ai competenti uffici di questo Assessorato con cadenza trimestrale, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono conclusi gli eventi stessi.

In via sperimentale, fino al 31 dicembre 2012, saranno utilizzate apposite transcodifiche che permetteranno di far confluire nel flusso hospice le informazioni attualmente rilevate mediante la scheda di dimissione ospedaliera, mentre dal 1° gennaio 2013 il flusso dovrà contenere tutte le informazioni previste dal disciplinare tecnico.

DISCIPLINARE TECNICO

1. Informazioni funzionali relative al tracciato

1.1 Tracciati

I contenuti informativi da trasmettere sono distinti in due tracciati di seguito indicati:

- TRACCIATO 1 - contiene le informazioni relative ai dati anagrafici dell'assistito ed alla struttura erogatrice.
- TRACCIATO 2 - contiene le informazioni relative alla presa in carico dell'assistito, alle prestazioni erogate ed alla conclusione dell'assistenza.

L'invio dei tracciati 1 e 2 deve essere contestuale e deve avvenire entro il mese successivo al trimestre di riferimento nel quale è avvenuta la dimissione. Eventuali modifiche (in uno qualsiasi dei due tracciati) o cancellazioni di record già trasmessi devono essere segnalate mediante il campo 'Tipo' nel tracciato 1.

In fase di avvio del sistema informativo per l'assistenza erogata presso gli Hospice è necessario utilizzare la classificazione ICD 9 CM versione 2007, nona revisione. Le successive versioni della classificazione saranno coerenti con quelle utilizzate dal flusso informativo per le Schede di Dimissione Ospedaliera al fine di garantire l'allineamento tra i due flussi.

2. Descrizione funzionale dei tracciati record

I file sono in formato testo e dovranno essere denominati:

hospice_AAAA_T_C.txt

dove:

AAAA = Anno

T = Trimestre (1, 2, 3 oppure 4)

C = Identificativo tracciato:

1 = tracciato 1

2 = tracciato 2

Tutti i campi indicati come obbligatori sono vincolanti per il caricamento del record.

I campi con tracciato alfanumerico (AN) vanno sempre allineati a sinistra e completati a destra per le rimanenti posizioni con il carattere 'spazio'.

I codici ICD 9 CM devono essere allineati a sinistra, eventualmente completati dal carattere 'spazio' e comprensivi di punto.

I campi con tracciato numerico (N) vanno allineati a destra e completati a sinistra per le rimanenti posizioni con il carattere 'zero'. La parte intera e quella decimale devono essere separate da una virgola e la parte decimale avrà sempre lunghezza 2, anche nei casi in cui gli importi abbiano valore intero.

I campi data (D) sono espressi nel formato AAAA-MM-GG. (se il giorno o il mese sono inferiori a 10 viene aggiunto uno zero).

Legenda	
Tipo campo	Obbligatorietà
AN: campo alfanumerico N: campo numerico D: campo data	OBB: sempre obbligatorio FAC: sempre facoltativo - se vuoto deve essere riempito con caratteri 'spazio'

2.1 Struttura del TRACCIATO 1

Il tracciato 1 contiene le informazioni relative ai dati anagrafici dell'assistito ed alla struttura erogatrice.

N.	Nome Campo	Posizione	Formato	Obbligatorietà	Lunghezza
1	Tipo	001-001	AN	OBB	1
2	Numero della scheda	002-011	AN	OBB	10
3	Struttura erogatrice	012-019	AN	OBB	8
4	Codice individuale	020-026	AN	OBB	7
5	Codice fiscale	027-042	AN	OBB	16
6	Data di nascita	043-052	D	OBB	10
7	Regione di residenza	053-055	AN	OBB	3
8	Comune di residenza	056-061	AN	OBB	6
9	Asl di residenza	062-064	AN	OBB	3
10	Stato di residenza	065-066	AN	OBB	2
11	Sesso	067-067	AN	OBB	1
12	Cittadinanza	068-069	AN	OBB	2
13	Titolo di studio	070-070	AN	OBB	1

1) Tipo

Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di record nuovi, modificati o eventualmente da cancellare.

Valori ammessi:

I= Inserimento

V= Variazione

C= Cancellazione

Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di record nuovi o per la ritrasmissione di record precedentemente scartati dal sistema di acquisizione.

Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di record per i quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione.

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

2) Numero della scheda

Corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. Il codice da utilizzare è di dieci caratteri di cui le prime quattro cifre indicano l'anno mentre le altre sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno. La numerazione progressiva è unica in modo tale che ciascun numero identifichi in modo univoco il singolo episodio di assistenza.

3) Struttura erogatrice

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

4) Codice individuale

E' costituito dal codice individuale a 7 caratteri assegnato al paziente nell'ambito dell'anagrafe degli iscritti al S.S.R. dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

5) Codice Fiscale

E' costituito dal Codice Fiscale da rilevare mediante la Tessera Sanitaria.

6) Data di nascita

Codice di data in dieci caratteri previsti nel formato AAAA-MM-GG (anno-mese-giorno).

7) Regione di residenza

Identifica la Regione in cui risiede l'assistito.

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

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

8) Comune di residenza

Identifica il Comune nella cui anagrafe è iscritto l'assistito.

Il codice da utilizzare è quello previsto dalla codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo che, all'interno di ciascuna provincia, individua il singolo Comune. Nel caso in cui l'assistito risieda all'estero va indicato il codice 999999.

9) Asl di residenza

Identifica l'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito.

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

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

10) Stato di residenza

Indica lo Stato di residenza dell'assistito.

La codifica da utilizzare è quella ISO 3166-1 alpha-2 (a due lettere) prevista dallo standard ISO 3166.

Per i residenti in Italia il campo deve essere valorizzato con IT.

Ulteriori valori ammessi:

XX = Kosovo

XX = Stato di residenza sconosciuto

ZZ = Apolide

11) Sesso

Indica il sesso dell'assistito. I valori ammessi sono

- 1 = Maschio
- 2 = Femmina

12) Cittadinanza

Identifica la cittadinanza dell'assistito.

La codifica da utilizzare è quella ISO 3166 -1 alpha-2 (a due lettere) prevista dallo standard ISO 3166.

Ulteriori valori ammessi:

- XK = Kosovo
- XX = Stato di residenza sconosciuto
- ZZ = Apolide

13) Titolo di studio

Indica il titolo di studio dell'assistito.

I valori ammessi sono:

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

2.2 Struttura del TRACCIATO 2

Il tracciato 2 contiene le informazioni relative alla presa in carico dell'assistito, alle prestazioni erogate ed alla conclusione dell'assistenza.

N.	Nome Campo	Posizione	Formato	Obbligatorietà	Lunghezza
1	Numero della scheda	001-010	AN	OBB	10
2	Regione sede della struttura	011-013	AN	OBB	3
3	ASL inviante	014-016	AN	OBB	3
4	Struttura erogatrice	017-024	AN	OBB	8
5	Data di ricovero	025-034	D	OBB	10
6	Tariffa giornaliera	035-043	N	FAC	9
7	Tipo struttura di provenienza	044-044	AN	OBB	1
8	Data richiesta ricovero	045-054	D	OBB	10
9	Data ricezione richiesta ricovero	055-064	D	OBB	10
10	Patologia responsabile	065-067	AN	OBB	3
11	Motivo prevalente ricovero	068-068	AN	OBB	1
12	Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile - SS1	069-074	AN	OBB	6
13	Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile -	075-080	AN	FAC	6

	SS2				
14	Motivo non clinico - MNC1	081-086	AN	OBB	6
15	Motivo non clinico - MNC2	087-092	AN	OBB	6
16	Segno/sintomo clinico primario - SSP1	093-098	AN	OBB	6
17	Segno/sintomo clinico primario - SSP2	099-104	AN	FAC	6
18	Segno/sintomo clinico secondario - SSS1	105-110	AN	FAC	6
19	Segno/sintomo clinico secondario- SSS2	111-116	AN	FAC	6
20	Macroprestazione 1	117-118	AN	OBB	2
21	Macroprestazione 2	119-120	AN	FAC	2
22	Macroprestazione 3	121-122	AN	FAC	2
23	Macroprestazione 4	123-124	AN	FAC	2
24	Macroprestazione 5	125-126	AN	FAC	2
25	Macroprestazione 6	127-128	AN	FAC	2
26	Macroprestazione 7	129-130	AN	FAC	2
27	Macroprestazione 8	131-132	AN	FAC	2
28	Macroprestazione 9	133-134	AN	FAC	2
29	Macroprestazione 10	135-136	AN	FAC	2
30	Data di dimissione	137-146	D	OBB	10
31	Modalità di dimissione	147-147	AN	OBB	1

1) Numero della scheda

Corrisponde al numero identificativo della cartella clinica. Il codice da utilizzare è di dieci caratteri di cui le prime quattro cifre indicano l'anno mentre le altre sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno. La numerazione progressiva è unica, in modo tale che ciascun numero identifichi in modo univoco il singolo episodio di assistenza

2) Regione sede della struttura

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

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

3) ASL inviante

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

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri usato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali (codici di cui al D.M. 05/12/2006 e successive modifiche).

4) Struttura erogatrice

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

5) Data di ricovero

Indica la data di ricovero. Il codice da utilizzare è nel formato AAAA-MM-GG.

6) Tariffa giornaliera

Indica la tariffa applicata a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Tale tariffa verrà determinata con successivo atto deliberativo.

Valore numerico compreso tra 0,01 e 999999,99.

7) Tipo struttura di provenienza

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

I valori ammessi sono:

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

2 = domicilio dell'assistito con cure palliative domiciliari attive

3 = struttura socio-sanitaria residenziale

4 = struttura sociale

5 = struttura ospedaliera

6 = struttura di riabilitazione

9 = altro

8) Data richiesta ricovero

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

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

9) Data ricezione richiesta ricovero

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

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

10) Patologia responsabile

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

Utilizzare la codifica ICD 9 CM, limitatamente ai primi tre caratteri che individuano la categoria.

11) Motivo prevalente ricovero

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

I valori ammessi sono:

1 = Clinico

2 = Non clinico

12) Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile - SS1

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

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

Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella Tabella 1.

13) Segno/sintomo clinico non diversamente controllabile - SS2

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

Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella Tabella 1.

14) Motivo non clinico - MNC1

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

Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi non clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella Tabella 2.

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

15) Motivo non clinico - MNC2

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

Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi non clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella Tabella 2.

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

16) Segno/sintomo clinico primario - SSP1

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

Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella Tabella 1.

17) Segno/sintomo clinico primario - SSP2

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

Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella Tabella 1.

18) Segno/sintomo clinico secondario - SSS1

Indica altro segno/sintomo gestito della struttura.

Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella Tabella 1.

19) Segno/sintomo clinico secondario- SSS2

Indica un ulteriore altro segno/sintomo gestito dalla struttura.

Utilizzare codifica ICD 9 CM, pertanto sono accettate le lunghezze che tali codici prevedono. Si rimanda ad un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice come indicato nella Tabella 1.

20-29) Macroprestazioni

Indica le macroprestazioni che caratterizzano l'assistenza erogata.

(NB: devono essere obbligatoriamente inserite tutte le macroprestazioni erogate nel corso dell'assistenza fino ad un massimo di 10).

I valori ammessi sono:

- 01 = controllo dolore
- 02 = controllo dispnea
- 03 = controllo sintomi gastro-enterici (nausea, vomito, ecc.)
- 04 = controllo sintomi psico-comportamentali (ansia, angoscia, agitazione, delirium, ecc.)
- 05 = medicazioni complesse
- 06 = sedazione terminale/palliativa
- 07 = gestione di quadri clinici complessi (fistole, masse ulcerate, stomie, drenaggi, vaste lesioni cutanee, etc.)
- 08 = ascolto/supporto al paziente/famiglia
- 09 = accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente)
- 99= altra macroprestazione.

30) Data di dimissione

Indica la data di dimissione.

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

31) Modalità di dimissione

Indica la motivazione per cui viene conclusa l'assistenza.

I valori ammessi sono:

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

3. Allegati

3.1 Tabella 1: Segni/Sintomi Clinici più frequenti

Si riporta di seguito un elenco dei segni/sintomi clinici più frequenti, nell'ambito degli Hospice:

Segno/Sintomo	Codifica ICD 9 CM
Affezioni pruriginose non specificate (prurito SAI)	698.9
Alterazione (o perdita) temporanea della coscienza (confusione)	780.02
Altra e specificata ritenzione urinaria	788.29
Altra incontinenza urinaria	788.39
Altra stipsi	564.09
Altre alterazioni della coscienza (sonnolenza, sopore, stupore)	780.09

Altre dispnee e anomalie respiratorie	786.09
Altro dolore toracico	786.59
Altro intasamento dell'intestino (subocclusione/occlusione intestinale)	560.39
Altro malessere ed affaticamento (astenia SAI)	780.79
Anoressia (perdita di appetito)	783.0
Ascite	789.5
Cachessia	799.4
Cefalea	784.0
Cervicalgia (dolore capo-collo)	723.1
Cianosi	782.5
Coma	780.01
Cure palliative	V66.7
Delirium da condizioni patologiche classificate altrove	293.0
Diarrea	787.91
Difficoltà dell'alimentazione ed errori nella somministrazione degli alimenti	783.3
Dimagrimento anomalo	783.21
Disfagia	787.2
Dispepsia e altri disturbi specificati della funzione gastrica	536.8
Disturbi del sonno non specificati	780.50
Disturbi della secrezione salivare (xerostomia-scialorrea)	527.7
Disturbi della sensibilità cutanea	782.0
Disturbo distimico (depressione reattiva, scadimento di umore)	300.4
Dolore addome di altre sedi specificate	789.09
Dolore correlato a neoplasia (acuto, cronico)	338.3
Dolore degli arti	729.5
Dolore generalizzato	780.96
Ecchimosi spontanee	782.7
Edema (cute)	782.3
Ematemesi	578.0
Emoftoe	786.3
Emorragia del retto e dell'ano	569.3
Emorragia non specificata	459.0
Incontinenza fecale	787.6
Insonnia non specificata	780.52
Iperidrosi generalizzata (sudorazione eccessiva)	780.8
Ittero non specificato	782.4
Melena e rettorragia	578.1
Movimenti involontari anormali (tremori)	781.0
Nausea (solo)	787.02
Oliguria, anuria	788.5
Rachialgia dorsale (dolore rachide)	724.1
Singhiozzo	786.8
Stati di ansia non specificato (ansia)	300.00
Stordimento e capogiro (vertigini)	780.4
Tosse	786.2
Ulcerazione da decubito (altri siti)	707.09

Vomito (solo)	787.03
Vomito con nausea	787.01
Atri segni o sintomi	ICD 9 CM

3.2 Tabella 2: Segni/Sintomi non Clinici più frequenti

Si riporta di seguito un elenco dei segni/sintomi non clinici più frequenti, che correlati alle patologie, determinano il ricovero del paziente nell'ambito degli Hospice, come previsto dal comma 3, articolo 1 della legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore":

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