RegioneEmilia-Romagna

IL DIRETTORE GENERALE ALLA SANITÀ E
ALLE POLITICHE SOCIALI

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA
PG.2010. 0067293
del 11/03/2010

CIRCOLARE N. 5/2010

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori Amministrativi
Ai Direttori del Sistema Informativo-Informatico
Ai Direttori dei Dipartimenti Cure Primarie
Ai Direttori degli Hospice
Ai Referenti Aziendali Hospice/Rete di cure palliative

delle Aziende Sanitarie
Regione Emilia Romagna

LORO SEDI

OGGETTO: **Flusso informativo Hospice - Norme per la gestione Anno 2010**

La Regione Emilia- Romagna da anni ha operato importanti scelte nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore; con il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008 – 2010 si è previsto il completamento della realizzazione degli Hospice e con la deliberazione della Giunta n. 687/2009 si è individuata, nell'ambito degli obiettivi di carattere prioritario del Piano Sanitario Nazionale, una linea progettuale di sviluppo inerente le cure palliative e la terapia del dolore.

Allo stato attuale sul territorio regionale sono operativi 20 Hospice integrati con i programmi di cure palliative domiciliari nell'ambito delle cure primarie.

In Emilia-Romagna, a partire del 1 gennaio 2002, (DGR n. 589/2002) è operativo il flusso informativo Hospice (SDHS- Scheda di dimissione Hospice) per il monitoraggio delle attività degli Hospice.

A distanza di anni e in coerenza con il decreto, in via di emanazione, del Ministero della Salute, che istituirà, nell'ambito del "Sistema Informativo per il monitoraggio degli interventi posti in essere per le non autosufficienze, un flusso informativo riguardante l'assistenza erogata presso le strutture Hospice, si ritiene opportuno aggiornare e potenziare la raccolta delle informazioni, introducendo anche elementi innovativi descritti nell'Allegato tecnico.

Tale allegato contiene le necessarie specifiche riguardanti la rilevazione regionale Hospice a partire dai dimessi del 1° gennaio 2010.

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

a uso interno: DP/ / Classif. | INDICE 3398 | LIV. 1 | LIV. 2 600 | LIV. 3 50 | LIV. 4 | LIV. 5 | ANNO 2010 | NUM 10 | SUB 1

RegioneEmilia-Romagna

Al fine di facilitare l'applicazione dei cambiamenti previsti per il 2010, si comunica fin da ora che verrà convocato un incontro illustrativo, rivolto ai referenti sanitari degli hospice e ai referenti informatici aziendali previsto per il **22 marzo 2010 h. 14,30 c/o la sala 417/c Viale Aldo Moro, 21 Bologna**.

Distinti saluti

Leonida Grisendi

All. Disciplinare tecnico

RegioneEmiliaRomagna

Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Presidi Ospedalieri

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eugenio Di Ruscio

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eleonora Verdini

Disciplinare tecnico

SPECIFICHE TECNICHE RELATIVE ALLA TRASMISSIONE E TRACCIATO DEL FLUSSO RELATIVO SCHEDA DI DIMISSIONE HOSPICE (SDHS) - ANNO 2010

ADEGUAMENTI E MODIFICHE

All'interno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è stato condotto uno studio di fattibilità per definire le caratteristiche di un sistema informativo finalizzato alla raccolta di informazioni riguardanti l'assistenza erogata presso le strutture Hospice nell'ambito del "Sistema Informativo per il monitoraggio degli interventi posti in essere per le non autosufficienze".

Lo studio di fattibilità è già stato approvato dalla Cabina di Regia NSIS il 10 febbraio scorso, ed è in corso l'iter per il decreto che normerà il flusso nazionale a partire dal 2010.

In questo contesto si è ritenuto necessario aggiornare l' ALLEGATO 1: "Scheda di dimissione Hospice" della Delibera n.589/2002.

Le principali novità riguardano:

- l'introduzione delle seguenti variabili - *Titolo di studio, Data della richiesta di ricovero, Macroprestazioni*
- modifiche di variabili esistenti – Per la *Diagnosi* vengono richieste informazione sulla patologia responsabile del quadro clinico e *Segni/sintomi clinici primari* e *secondari* gestiti nel ricovero. Inoltre c'è una variabile dedicata ai *motivi non clinici*.

INTRODUZIONE

Il presente allegato tecnico contiene le necessarie specifiche riguardanti la rilevazione regionale HOSPICE a partire dai dimessi del 1° gennaio 2010.

Le informazioni devono essere trasmesse, attraverso il portale web, dalle Aziende Sanitarie al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali dell'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna, secondo le caratteristiche e le modalità descritte nei seguenti punti:

1. Ambito di applicazione
2. Contenuti e codifica delle variabili
3. Tracciato record e controlli
4. Modalità per l'invio dei dati e scadenze
5. Controllo e validazione delle informazioni e ritorno informativo

La rilevazione ha periodicità trimestrale ed è costituita da 2 tabelle, nel rispetto della legge sulla riservatezza, Legge n. 196 del 30 giugno 2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali":

Dati anagrafici dell'assistito (Tabella A)

Dati sanitari (Tabella B)

1. AMBITO DI APPLICAZIONE

La rilevazione riguarda l'attività erogata presso i Centri Residenziali per le Cure Palliative (Hospice) sia pubblici che privati accreditati.

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.

2. CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

Di seguito si descrivono i contenuti e le codifiche delle informazioni richieste.

CODICE AZIENDA

Codice dell'Azienda sanitaria di riferimento.

Codifica: Codice a 3 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

CODICE STRUTTURA

Codice di identificazione dell'Hospice

Codifica: Codice a 6 cifre Modello Ministeriale STS11 Tipo assistenza S12 (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

NUMERO DELLA SCHEDA

Il Numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.

Codifica: le prime 2 cifre identificano l'anno di ricovero, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva all'interno dell'anno.

La numerazione progressiva **è univoca all'interno del Presidio e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno.**

ES: 1° ricovero del 2010 numero della scheda: 10000001

COGNOME

Tale informazione va fornita obbligatoriamente solo per i non residenti in Italia e per gli stranieri con codice STP.

NOME

Vedi cognome

GENERE

Codifica:

1 = maschio

2 =femmina

DATA DI NASCITA

La data di nascita va riportata, riempiendo tutti gli otto caratteri previsti, i primi due caratteri indicano il giorno, i successivi due il mese, gli ultimi quattro l'anno.

Codifica: Scrivere nella forma GGMMAAAA.

COMUNE DI NASCITA

Codifica: Codice ISTAT a 6 cifre, di cui le prime 3 indicano la provincia e le altre 3 il comune

Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri.

(file TCOMNOS -Tabella dei codici ISTAT e codici catastali dei comuni d'Italia e Stati esteri disponibile in internet nella sezione all'Hospice - Tabelle di riferimento)

Per i comuni cessati tale campo va valorizzato se esiste nel file TCOMNOS.

STATO CIVILE

Identifica lo stato civile del paziente al momento del ricovero.

Codifica:

1=celibe/nubile;

2=coniugato/a;

3=separato/a;

4=divorziato/a;

5=vedovo/a;

6=non dichiarato

TITOLO DI STUDIO

Codifica:

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

CITTADINANZA
Riportare la cittadinanza tenendo presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza.
Codifica: codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per gli apolidi codificare 999.

COMUNE DI RESIDENZA
Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente.
Codifica: Per i pazienti residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre, 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS).
Per i residenti all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri, (file TCOMNOS).
Per gli apolidi e senza fissa dimora codificare : 999999
Per gli stranieri **non residenti ma iscritti al SSN** (domiciliati in Italia) indicare il comune di domicilio ed analogamente vanno inserite le relative informazioni sulla Azienda USL e Regione di residenza.
Non devono mai essere utilizzati i codici dei comuni o stati esteri cessati

REGIONE DI RESIDENZA
La regione di residenza identifica quella a cui appartiene il comune in cui risiede il paziente.
Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con decreto del Ministero della Sanità del 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 (file TCOMNOS).
Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, va indicato il codice dello Stato estero (file TCOMNOS).
Per gli stranieri non residenti ma iscritti al SSN (domiciliati in Italia) indicare la regione di domicilio.

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI RESIDENZA
Deve essere indicata l'Azienda unità sanitaria locale che comprende il comune in cui risiede il paziente.
Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri (file TCOMNOS).
Questa variabile non si compila per i residenti all'estero.
Per gli stranieri non residenti ma iscritti al SSN (domiciliati in Italia) indicare l'Azienda USL che comprende il comune di domicilio.

CODICE FISCALE
Non deve essere mai calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici. Per i residenti in RER validazione in NAAR
Questa variabile va compilata:
- per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il *codice fiscale ufficiale*, ovvero quello attribuito dal Ministero delle Finanze (legge 412/91) ovvero quello riportato nella nuova tessera sanitaria.
- per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno con il codice regionale STP, (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri - ai sensi D.P.R. 31.8.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000, n.5. Per questa tipologia è obbligatorio anche il Cognome e Nome.

Sono accettati inoltre i codici ENI per i soli residenti in Bulgaria e Romania.

CODICE DEL MEDICO PRESCRITTORE
Costituisce l' identificativo del medico che prescrive il ricovero. Deve essere compilato con il codice fiscale (validazione in ARMP).

DATA DI AMMISSIONE
Data dell'ammissione, nel formato giorno, mese ed anno.
Codifica: Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

PROPOSTA DI RICOVERO
La proposta di ricovero identifica le modalità di accesso alla struttura al momento del ricovero.
Codifica:
2=paziente inviato all'Hospice con proposta del medico di base;
3=ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto;
4=paziente trasferito da un istituto di cura pubblico;
5=paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato e non;
6=paziente trasferito da strutture socio-sanitarie o sociali ;
8=paziente inviato da ADI
9=medico specialista ambulatoriale.

Codificare con **2** "Medico di base" quando non è attivo un programma ADI distrettuale; si usa invece la voce **8** "paziente inviato da ADI" nel caso in cui il paziente è in carico al territorio con un programma di ADI distrettuale, secondo tutte le tipologie in essere nelle aziende.

DATA DI DIMISSIONE
Riportare giorno, mese ed anno.
Codifica: Scrivere nella forma GGMMAAAA.

MODALITA' DI DIMISSIONE
Individua la destinazione del paziente dimesso dall'ospedale e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture
Codifica:
1=deceduto
2=dimissione ordinaria al domicilio del paziente
3=dimissione ordinaria presso strutture extraospedaliere – (RSA, Casa Protetta)
5=dimissione volontaria
6=trasferito ad ospedale per acuti pubblico o privato
9=dimissione protetta in ADI.
Si precisa che la modalità 9 "dimissione protetta in ADI" si riferisce a tutte le tipologie in essere nelle aziende di attivazione di un programma di assistenza domiciliare (Sia nuove attivazioni che prosecuzione).

PATOLOGIA RESPONSABILE DEL QUADRO CLINICO
Indica la patologia responsabile del quadro clinico sia di natura neoplastica che di altra natura.
Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie - modificazione clinica versione italiana 2007. (ICD 9 CM 2007). Ad esempio: 162.0 Tumore maligno della trachea
340 Sclerosi multipla

MOTIVO PREVALENTE DELLA PRESA IN CARICO
Indica il motivo prevalente per il quale è richiesta la presa in carico.
Codifica:
1. Clinico
2. Non clinico

MOTIVI NON CLINICI
Indica i motivi non clinici alla base della presa in carico.
E' possibile indicare al massimo 2 motivi non clinici
Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie - modificazione clinica versione italiana 2007. (ICD 9 CM 2007) vedi lista 2.

DATA DELLA RICHIESTA DI RICOVERO
Indica la data presente sulla ricetta del medico che propone il ricovero del paziente (prima segnalazione).

DATA RICEZIONE DELLA RICHIESTA DI RICOVERO
Data valutazione dei criteri di eleggibilità: si intende la data in cui l'Hospice riceve la richiesta di ricovero

SEGNI/SINTOMI CLINICI PRIMARI
Indica i segni/sintomi la cui gestione ha comportato il maggior impegno di risorse da parte della struttura.
E' possibile indicare al massimo 2 segni/sintomi clinici primari.
Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie - modificazione clinica versione italiana 2007. (ICD 9 CM 2007) vedi lista 1.

SEGNI/SINTOMI CLINICI SECONDARI
Indica altri segni/sintomi gestiti da parte della struttura.
E' possibile indicare al massimo 2 segni/sintomi clinici secondari.
Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie - modificazione clinica versione italiana 2007. (ICD 9 CM 2007) vedi lista 1.

IMPORTO IN EURO
PARTE INTERA
Importo del ricovero espresso in EURO (cifre intere) calcolato secondo la Normativa regionale vigente o da contratti interaziendali.
Codifica : NNNNNNN; dove N = carattere numerico

PARTE DECIMALE
Cifre decimali
Codifica : NN; dove N = carattere numerico

POSIZIONE CONTABILE

Questo campo viene utilizzato per indicare la posizione delle schede.

Codifica :

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)

MACROPRESTAZIONI

Indica le macroprestazioni che maggiormente caratterizzano l'assistenza erogata.

Codifica :

1. Controllo 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, etc.)
8. Ascolto/supporto al paziente/famiglia
9. Accudimento del paziente (con autonomia ridotta o assente)

E' possibile indicare al massimo 4 macroprestazioni

3. TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

I dati anagrafici dell'utente devono essere trasmessi separatamente da quelli sanitari e pertanto sono previsti due tracciati record per ogni caso:

- il primo (**Tabella A**), contiene i dati anagrafici di riconoscimento del paziente,
- il secondo (**Tabella B**) quelli a valenza sanitaria (diagnosi etc.)

I due record sono collegati da una chiave univoca rappresentata dai seguenti campi:
codice Azienda, codice Struttura e n° della scheda.
Di seguito sono riportati, in forma tabellare, i campi che costituiscono i tracciati record.
I contenuti delle colonne sono:

Nome Campo
Termine ufficiale che identifica il campo

Posizione
Posizione del primo carattere e dell'ultimo carattere del campo nell'ambito del tracciato

Tipo
Definisce il formato del campo:
AN = alfanumerico
N = numerico
I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".
I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero"; le posizioni non utilizzate devono comunque essere impostate con il valore "zero".

Lunghezza
Numero dei caratteri del campo

Grado di obbligatorietà
Codice che identifica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBB V: campo obbligatorio e vincolante. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato il record viene scartato.
OBB: campo obbligatorio in determinate circostanze. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato.
FAC: campo facoltativo. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato.

Controlli logico formali
Controlli a cui le informazioni sono sottoposte prima di entrare in banca dati. I controlli sono di 1° livello (scarto) e di 2° livello (segnalazioni).

Ogni singolo record anagrafico deve essere collegato a un record riguardante dati di ricovero e, viceversa, ogni singolo record riguardante dati di ricovero deve essere collegato ad un solo record anagrafico.

Codice errore
Codice che identifica l'errore riscontrato dopo che la scheda è stata sottoposta al programma dei controlli logico formali.

La Tabella ERRORI (Scarti e segnalazioni) è disponibile in internet nella sezione Hospice – Tabelle di riferimento

Tracciato record contenente le informazioni anagrafiche – Tabella A

NOME CAMPO	POSIZ.	TIPO	LUN	GRADO DI OBB	CONTROLLI LOGICO FORMALI	CODICE ERRORE
Codice Azienda	001-003	AN	3	OBB V	Valorizzato Valido	900 800
Codice Struttura	004-009	N	6	OBB V	Valorizzato Numerico Valido alla data dimissione e congruente con Codice Azienda	902 802 600
Filler	*010-011*	*AN*	*2*		*Impostare a spazi*	
Numero della scheda	012-019	N	8	OBB V	Valorizzato Numerico e diverso da zero Anno scheda = anno ricovero Univoco nella struttura	904 804 609 634
Codice fiscale	020-035	AN	16	OBB	• RESIDENTI/DOMICILIATI IN ITALIA (italiani e stranieri): valorizzato valido congruente con comune di nascita congruente con data nascita/sesso • STRANIERI NON IN REGOLA Valorizzato codice regionale STP Valido codice regionale STP Valorizzato Cognome e nome	 960 889 604 915 927 929 961
Genere	036-036	N	1	OBB V	Valido Congruente con codice fiscale	908 808 915
Stato civile	037-037	N	1	FAC	Se valorizzato Valido	 810
Comune di nascita	038-043	N	6	OBB V	Valorizzato Se cessato impostare con codice ISTAT della Tab.TCOMNOS, qualora non fosse presente il codice ISTAT mettere 000000 Se impostato valido Congruente con codice fiscale	913 919 ,894 604
Data di nascita	044-051	N	8	OBB V	Formato GGMMAAAA Valorizzato Formalmente valido Non posteriore a data ricovero Non posteriore a data dimissione Congruente con codice fiscale Età massima 124 anni alla data ricovero	 914 700 620 616 915 216
Comune di residenza	052-057	N	6	OBB V	Valorizzato Valido Non cessato	916 886 , 887 891 ,892
Regione di residenza	058-060	N	3	OBB V	Valorizzato Valido	948 787
Azienda di residenza	061-063	N	3	OBB V	Valorizzato Valido	949 788
Cittadinanza	064-066	N	3	FAC	Se valorizzato Valido	 897
Cognome	067-096	AN	30	OBB	• RESIDENTI/DOMICILIATI IN ITALIA Facoltativo • STRANIERI NON IN REGOLA Valorizzato	 961
Nome	097-116	AN	20	OBB	Vedi Cognome	
Filler	*117-117*	*AN*	*1*			
Titolo di studio	118-118	N	1	FAC	Se valorizzato Valido	 992

Filler	*119-130*	*AN*	*12*		*Impostare a spazi*	

Tracciato record contenente le altre informazioni riguardanti il ricovero – Tabella B

NOME CAMPO	POS	TIPO	LUN.	GRADO DI OBB	CONTROLLI LOGICO FORMALI	CODICE ERRORE
Codice Azienda	001– 003	AN	3	OBB V	Valorizzato Valido	900 800
Codice Struttura	004– 009	N	6	OBB V	Valorizzato Numerico Valido alla data dimissione e Congruente con Codice Azienda	902 802 600
Filler	*010–011*	*AN*	*2*		*Impostare a spazi*	
Numero della scheda	012–019	N	8	OBB V	Valorizzato Numerico e diverso da zero Anno scheda = anno ricovero Univoco nella struttura	904 804 609 634
Filler	*020–020*	*AN*	*1*		*Impostare a spazi*	
Identificativo medico	021–036	AN	16	FAC	Se valorizzato Valido	 898
Filler	*037–039*	*AN*	*3*		*Impostare a spazi*	
Data di ricovero	040–047	N	8	OBB V	Formato GGMMAAAA Valorizzato Formalmente valido Anno del ricovero = alle prime due cifre del campo "numero della scheda" Non posteriore a data dimissione Non anteriore a data nascita paziente	 924 710 609 628 620
Filler	*048–052*	*AN*	*5*		*Impostare a spazi*	
Proposta di ricovero	053–053	N	1	OBB V	Valorizzato Valido	930 824
Filler	*054-138*	*AN*	*85*		*Impostare a spazi*	
Modalità di dimissione	139–139	N	1	OBB V	Valorizzato Valido alla data dimissione	934 842
Filler	*140–140*	*AN*	*1*		*Impostare a spazi*	
Patologia	141-145	AN	5	OBB V	ICD9 CM 2007	
Motivo presa in carico	146-146	N	1	OBB V	Valorizzato Valido	242 243
Motivo non clinico 1	147-151	AN	5	OBB	ICD9 CM 2007 (vedi lista 2)	244 245 246 247(SEG)
Motivo non clinico 2	152-156	AN	5	OBB	ICD9 CM 2007 (vedi lista 2)	245 246 247(SEG)
Segni/Sintomi primari 1	157-161	AN	5	OBB V	ICD9 CM 2007 (vedi lista 1)	248 249 250 251(SEG)
Filler	*162–163*	*AN*	*2*		*Impostare a spazi*	
Data di dimissione	164–171	N	8	OBB V	Formato GGMMAAAA Valorizzato Valida Anno dimissione = anno competenza Non anteriore a data ricovero Non anteriore a data nascita paziente	 938 790 999 628 616
Filler	*172–184*	*AN*	*13*		*Impostare a spazi*	
Importo intero	185–191	N	7	FAC	Importo in Euro parte intera Se valorizzato, numerico	 849
Importo decimale	192–193	N	2	FAC	Importo in Euro parte decimale Se valorizzato, numerico	 849

Posizione contabile	194–194	AN	1	OBB V	Valorizzato Valido Congruente con trimestre che si elabora Se = 1 - data dimissione compresa nel trimestre di elaborazione - non deve esistere la scheda in banca dati ; se = 2 - non deve esistere la scheda in banca dati - data dimissione compresa nel trimestre/semestre precedente a quello di elaborazione se = 3 - la scheda deve esistere in banca dati - deve riferirsi allo stesso anno di competenza se =4 - la scheda deve esistere in banca dati - deve riferirsi allo stesso anno di competenza - rispetto alla scheda già caricata non possono essere diversi i seguenti dati : codice fiscale paziente, cognome/nome, sesso, data nascita, comune nascita, comune residenza.	966 890, 697 618 619 698 698 696 699 998 699 998 638
Filler	*195–210*	*AN*	*16*		*Impostare a spazi*	
Data della richiesta di ricovero	211-218	N	8	FAC	Se valorizzato Formato GGMMAAAA valido non posteriore alla data ricovero	 235 236
Data di ricezione della richiesta di ricovero	219–226	N	8	OBB V	Formato GGMMAAAA valorizzato valido non posteriore alla data ricovero	 237 238 239 991(SEG)
Segni/Sintomi primari 2	227-231	AN	5	FAC	ICD9 CM 2007 (vedi lista 1)	249 250 251(SEG)
Segni/Sintomi secondari 1	232-236	AN	5	FAC	ICD9 CM 2007 (vedi lista 1)	252 253 254(SEG)
Segni/Sintomi secondari 2	237-241	AN	5	FAC	ICD9 CM 2007 (vedi lista 1)	252 253 254(SEG)
Macroprestazioni 1	242-242	AN	1	OBBV	Valorizzato Valido	240 241
Macroprestazioni 2	243-243	AN	1	FAC	Se valorizzato valido	241
Macroprestazioni 3	244-244	AN	1	FAC	Se valorizzato valido	241
Macroprestazioni 4	245-245	AN	1	FAC	Se valorizzato valido	241
Filler	*246–250*	*AN*	*5*		*Impostare a spazi*	

4. MODALITA' PER L'INVIO DATI E SCADENZE

Per trasmettere i dati al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, tramite il portale, le Aziende Sanitarie, devono essere in possesso di un'utenza EXTRARER abilitata alla gestione del flusso e attribuita dalla Regione Emilia-Romagna (2 utenze per ogni Azienda). Ogni azienda sanitaria può inviare i file (INVIO FILE) da sottomettere al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE), verificare l'esito dell'elaborazione, correggere gli eventuali errori e segnalazioni e successivamente inviare i dati definitivi (CONSOLIDAMENTO).
Tale modalità è accessibile solo alle Aziende Sanitarie; pertanto le **Strutture private accreditate** *dovranno inviare i dati su* ***due dischetti*** (tracciato dati anagrafici e tracciato dati sanitari) compressi e protetti da password di apertura all'Azienda USL di riferimento **con le seguenti modalità:**

Caratteristiche fisiche del supporto

Dischetti per PC (3.50 72OKB/1.44MB)
Formattazione MS-DOS
Codifica ASCII
Records a lunghezza fissa
Records separati da CR-LF (uno solo)

L'invio dei dati per le strutture private accreditate è anticipato di **10 giorni** rispetto alle scadenze sotto riportate.

La trasmissione deve avvenire nel 2010 con periodicità trimestrale rispettando le scadenze di seguito riportate:

N° invio	Scadenze	Dati	Posizione contabile
1° invio	Entro il 30 Aprile	Dati del primo trimestre	1
2° invio	Entro il 31 Luglio	Dati del secondo trimestre, integrazioni (schede mai inviate o scartate del primo trimestre) ed aggiornamento (modifiche di schede già entrate in banca dati nel trimestre precedente)	1, 2, 3
3° invio	Entro il 31 Ottobre	Dati del terzo trimestre, integrazioni (schede mai inviate o scartate del secondo trimestre) ed aggiornamento (modifiche di schede già entrate in banca dati nei trimestri precedenti).	1, 2, 3
4° invio	Entro il 15 Febbraio	Dati del quarto trimestre, integrazioni (schede mai inviate o scartate del terzo trimestre) ed aggiornamento (modifiche di schede già entrate in banca dati nei trimestri precedenti).	1, 2, 3
5° invio	Entro il 15 Aprile	Modifiche di schede già entrate in banca dati nei trimestri precedenti	3

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

5. CONTROLLO E VALIDAZIONE DELLE INFORMAZIONI E RITORNO INFORMATIVO

Per garantire elevati standard di qualità al flusso informativo SDHS, la gestione del flusso si articola in due fasi fondamentali: Elaborazione file e Ritorno informativo.

Attraverso le procedure informatiche adottate dalla Regione per il controllo e la validazione dei dati, vengono garantiti i requisiti minimi di qualità delle informazioni contenute su ogni singolo record. Il processo di validazione effettuato su ogni file trasmesso trimestralmente dalle Aziende sanitarie, verte fondamentalmente su una serie di controlli di tipo logico-formale e riguarda le informazioni anagrafiche e sanitarie dichiarate dalle strutture erogatrici.

L'assenza dei requisiti di qualità determina il mancato inserimento nell'archivio regionale del record relativo al ricovero errato.

SIMULAZIONE

Attraverso tale funzionalità ogni Azienda può verificare on-line il risultato del caricamento simulato e provvedere alle eventuali correzioni. E' cioè possibile in maniera autonoma simulare il risultato della procedura regionale di controllo dei dati per poi inviare i dati definitivi al portale regionale. Al termine del processo di simulazione vengono restituiti all'Azienda i seguenti file:

Statistiche elaborative e n° di record elaborati

Scarti

Segnalazioni

Tracciato Scarti

NOME CAMPO	POSIZIONE	TIPO	LUN	DESCRIZIONE
Codice regione	1-3	AN	3	
Codice AUSL/AOSP	4-9	AN	6	
Tipo Azienda	10-13	AN	4	
Codice presidio	14-19	AN	6	
Filler	20-32	AN	13	
Numero della scheda	33-40	AN	8	
Anno competenza	41-44	AN	4	Anno in cui viene elaborata la scheda
Trimestre di invio	45-47	AN	3	
Codice errore	48-50	AN	3	
Descrizione errore	51-110	AN	60	
Stato scheda	111-111	AN	1	C= Scheda controllata e scartata
Filler	112-117	AN	6	
Posizione contabile	118-118	AN	1	
Filler	119-120	AN	2	

Il tracciato delle Segnalazione è uguale a quello degli scarti

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

REFERENTI REGIONALI

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali	
Servizio Presidi Ospedalieri	Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
Elena Marri tel. 051.527.7266	Giuseppina Lanciotti tel. 051.527.7428
emarri@regione.emilia-romagna.it	glanciotti@regione.emilia-romagna.it

Servizio Presidi Ospedalieri
Eugenio Di Ruscio

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
Eleonora Verdini

Lista 1 *Segni e sintomi clinici*

Segno/Sintomo	Codifica ICD 9 CM	Segno/Sintomo	Codifica ICD 9 CM
Affezioni pruriginose non specificate (Prurito SAI)	698.9	Dolore Addome di altre sedi specificate	789.09
Alterazione (o perdita) temporanea della coscienza (Confusione)	780.02	Dolore correlato a neoplasia (acuto, cronico)	338.3
Altra e specificata ritenzione urinaria	788.29	Dolore degli arti	729.5
Altra incontinenza urinaria	788.39	Dolore Generalizzato	780.96
Altra Stipsi	564.09	Ecchimosi spontanee	782.7
Altre alterazioni della coscienza (Sonnolenza, sopore, stupore)	780.09	Edema (cute)	782.3
Altre dispnee e anomalie respiratorie	786.09	Ematemesi	578.0
Altro dolore Toracico	786.59	Emoftoe	786.3
Altro intasamento dell'intestino (Subocclusione/Occlusione intestinale)	560.39	Emorragia del retto e dell'ano	569.3
Altro malessere ed affaticamento (Astenia SAI)	780.79	Emorragia non specificata	459.0
Anoressia (Perdita di appetito)	783.0	Incontinenza fecale	787.6
Ascite	789.5	Insonnia non specificata	780.52
Cachessia	799.4	Iperidrosi generalizzata (Sudorazione eccessiva)	780.8
Cefalea	784.0	Ittero non specificato	782.4
Cervicalgia (Dolore Capo-Collo)	723.1	Melena e rettorragia	578.1
Cianosi	782.5	Movimenti involontari anormali (Tremori)	781.0
Coma	780.01	Nausea (solo)	787.02
Cure palliative	V66.7	Oliguria, anuria	788.5
Delirium da condizioni patologiche classificate altrove	293.0	Rachialgia dorsale (Dolore Rachide)	724.1
Diarrea	787.91	Singhiozzo	786.8
Difficoltà dell'alimentazione ed errori nella somministrazione degli alimenti	783.3	Stati di ansia non specificato (Ansia)	300.00
Dimagrimento anomalo	783.21	Stordimento e capogiro (Vertigini)	780.4
Disfagia	787.2	Tosse	786.2
Dispepsia e altri disturbi specificati della funzione gastrica	536.8	Ulcerazione da decubito (altri siti)	707.09
Disturbi del sonno non specificati	780.50	Vomito (solo)	787.03
Disturbi della secrezione salivare (Xerostomia-Scialorrea)	527.7	Vomito con nausea	787.01
Disturbi della sensibilità cutanea	782.0	Atri segni o sintomi	Codificare
Disturbo distimico (depressione reattiva, scadimento di umore)	300.4		

Lista 2 Motivi non clinici

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 da solo	V60.3
Problema psicosociale non specificato (sofferenza psicoesistenziale)	V62.9
Ricovero di sollievo temporaneo (famiglia)	V60.5
Altri motivi non clinici	Codificare