

IL DIRETTORE GENERALE ALLA SANITÀ E
ALLE POLITICHE SOCIALI

MARIELLA MARTINI

TIPO ANNO NUMERO

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2012. 0030075

del 06/02/2012



CIRCOLARE N.

1

Ai Direttori Generali

Ai Direttori Sanitari

Ai Direttori Amministrativi

Ai Direttori di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

Ai Responsabili Medici delle Centrali 118 e dei servizi
di Emergenza Territoriale

Ai Responsabili del Sistema Informativo-Informatico

Ai Referenti Organizzativi e Informativi

della Specialistica Ambulatoriale

delle Aziende Sanitarie e I.O.R.

Regione Emilia Romagna

LORO SEDI

OGGETTO: Flusso informativo delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza EMUR (PS e Sistema 118) – Anno 2012

In riferimento all'avvenuto aggiornamento delle specifiche tecniche ministeriali riguardanti il flusso del Pronto Soccorso/118 per l'anno 2012, si trasmette in allegato la Circolare Regionale che recepisce le modifiche per la rilevazione in oggetto e sostituisce integralmente la precedente Circolare Regionale n°11 del 30-7-2009 prot. 2009/0173429.

Ad integrazione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza, questa Regione dal 2012 intende rilevare, tramite tale flusso, anche gli accessi del cosiddetto "FAST TRACK" o "percorso veloce" a gestione infermieristica.

Tale percorso, normato da protocolli e procedure sottoscritte a livello aziendale, prevede l'invio diretto da parte dell'infermiere del triage allo specialista senza la valutazione del medico di pronto soccorso,

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

	INDICE	LIV. 1	LIV. 2	LIV. 3	LIV. 4	LIV. 5	ANNO	NUM	SUB
a uso interno: DP/	Classif. 3801	600	50				2012	11	

Inoltre, a due anni dall'istituzione del flusso del Pronto Soccorso e valutato l'ormai raggiunto grado di affidabilità e coerenza della rilevazione, si ritiene a far data dal 1° gennaio 2012 di abolire i seguenti adempimenti Aziendali:

- ✓ Trasmissione dell'attività di PS e OBI storicamente trasmessa attraverso la fonte informativa ASA (specialistica ambulatoriale per esterni).
- ✓ Compilazione del modello ministeriale HSP 24 quadro H (Accessi di Pronto soccorso) relativo alla "Rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere".

Il flusso quindi dedicato all'Emergenza Urgenza (EMUR) costituirà a tutti gli effetti l'unica fonte ufficiale dedicata alla rilevazione di tale livello assistenziale garantendo anche tutti gli scambi di mobilità sia interregionale che infraregionale.

Il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali si farà carico di compilare centralmente i modelli HSP24 desumendo le informazioni dal sistema informativo EMUR e di trasmetterli, mensilmente, al NSIS.

Per quanto riguarda i dati del 118, si conferma il ruolo della Centrale Operativa di Bologna, che rappresenta il punto unico di raccolta dei dati di tutte le Centrali Operative della Regione, e che le trasmette mensilmente al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

Si rimanda al disciplinare tecnico allegato per le specifiche delle informazioni oggetto della rilevazione e le modalità di trasmissione delle stesse.

Distinti saluti

Mariella Martini


Servizio Presidi Ospedalieri

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Il Dirigente responsabile del Servizio

Eugenio Di Ruscio

Eleonora Verdini

Disciplinare tecnico

Specifiche tecniche relative al sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria in Emergenza – Urgenza: rilevazioni PS e 118 – Anno 2012

INTRODUZIONE

Le presenti modifiche tecniche apportate al flusso informativo dell'Emergenza-Urgenza, già normato con Circolare Regionale n.11 del 30/07/2009 prot. 2009/0173429, entreranno in vigore a partire dal 1° gennaio 2012.

Il presente disciplinare recepisce quanto previsto dal Decreto Ministeriale 17 Dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito della assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" . (G.U. Serie Generale n. 9 del 13 gennaio 2009) e successive specifiche tecniche- rilevazioni PS, 118 valide dal 1° gennaio 2012.

Nel presente documento vengono evidenziate in grigio le modifiche rispetto alla precedente circolare regionale n.11 del 30/07/2009. Tali modifiche entreranno in vigore dal 1° gennaio 2012.

Il flusso informativo per le prestazioni di emergenza-urgenza , dettagliato di seguito, fa riferimento alle seguenti informazioni:

per il sistema 118

- ✓ Identificazione della centrale operativa del 118
- ✓ Dati relativi alla chiamata telefonica al numero 118
- ✓ Dati relativi alla missione di soccorso attivata dalla C.O. del 118
- ✓ Identificazione dell'assistito
- ✓ Dati relativi alle prestazioni erogate nell'ambito della missione di soccorso
- ✓ Dati relativi all'esito dell'intervento

per il Pronto Soccorso

- ✓ Identificazione della struttura erogatrice
- ✓ Dati relativi all'accesso ed alla dimissione
- ✓ Identificazione dell'assistito
- ✓ Dati relativi alla diagnosi ed alle prestazioni erogate
- ✓ Dati relativi alla valorizzazione economica dell'accesso

Ad integrazione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza, questa Regione dal 2012 intende rilevare, tramite tale flusso, anche gli accessi del cosiddetto "**FAST TRACK**" o "percorso veloce" a gestione infermieristica. Tale percorso, normato da protocolli e procedure sottoscritte a livello aziendale, prevede l'invio diretto da parte dell'infermiere del triage allo specialista senza la valutazione del medico di pronto soccorso,

Inoltre, a due anni dall'istituzione del flusso del Pronto Soccorso e valutato l'ormai raggiunto grado di affidabilità e coerenza della rilevazione, si ritiene a far data dal 1° gennaio 2012 di abolire i seguenti adempimenti Aziendali:

- ✓ Trasmissione dell'attività di PS e OBI storicamente trasmessa attraverso la fonte informativa ASA (specialistica ambulatoriale per esterni).
- ✓ Compilazione del modello ministeriale HSP 24 quadro H- (Accessi di Pronto soccorso) relativo alla "Rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere".

Il flusso quindi dedicato all'Emergenza Urgenza (EMUR) costituirà a tutti gli effetti l'unica fonte ufficiale dedicata alla rilevazione di tale livello assistenziale garantendo anche tutti gli scambi di mobilità sia interregionale che infraregionale.

Il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali si farà carico di compilare centralmente i modelli HSP24 desumendo le informazioni dal sistema informativo EMUR e di trasmetterli, mensilmente, al livello centrale (NSIS).

Per quanto riguarda i dati del 118, si conferma il ruolo della Centrale Operativa di Bologna, che rappresenta il punto unico di raccolta dei dati di tutte le Centrali Operative della Regione, e che le trasmette mensilmente al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

Tutte le tabelle, i documenti e gli aggiornamenti relativi ai flussi sono disponibili nelle pagine Web del Sistema informativo (sezione dedicata all'assistenza emergenza-urgenza): <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>.

1. FLUSSO PRONTO SOCCORSO

1.1 INTRODUZIONE

L'ambito di rilevazione del flusso informativo del **Pronto Soccorso** è rappresentato da un set di informazioni legate all'evento "**Accesso** " nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza con riferimento alle attività del pronto soccorso o dei punti di primo intervento (PPI).

Nello specifico, le informazioni relative all'evento includono i dati relativi alla struttura di accoglienza, alle modalità di arrivo e tutte quelle informazioni che permettono di monitorare e classificare univocamente le informazioni relative all'accesso in pronto soccorso e Punti di Primo Intervento (PPI). L'attività in osservazione breve intensiva (OBI) è parte integrante di questa rilevazione.

Dai dati del flusso informativo per il Pronto Soccorso sarà possibile descrivere, in modo omogeneo a livello regionale e nazionale, le attività di PS al fine di valutare l'assistenza prestata alla popolazione e le modalità della sua erogazione; raccogliere informazioni utili per valutare lo stato di salute della popolazione e la programmazione sanitaria a livello regionale; monitorare la spesa relativa alle prestazioni di PS.

Le informazioni contenute nella scheda di pronto soccorso riguardano essenzialmente le seguenti dimensioni:

- ✓ **identificazione della struttura erogatrice**
- ✓ **modalità di invio e di arrivo al PS**
- ✓ **dati relativi all'accesso ed alla dimissione**
- ✓ **identificazione dell'assistito**
- ✓ **informazioni sulle diagnosi e prestazioni erogate**
- ✓ **dati relativi alla valorizzazione economica dell'accesso**

Le informazioni indicate riguardano tutte le principali fasi relative ad un accesso in PS e possono sinteticamente essere schematizzate come segue:

FASE	SET INFORMATIVO
✓ Accoglienza	✓ Registrazione dei dati identificativi dell'accesso in PS, dell'assistito e della modalità di arrivo in PS.
✓ Assegnazione della priorità di accesso (triage)	✓ Registrazione delle condizioni cliniche all'entrata e del codice colore priorità
✓ Presa in carico e trattamento sanitario dell'assistito	✓ Registrazione delle prestazioni erogate (visite, esami di laboratorio/ strumentali, consulenze) e della diagnosi formulata
✓ Esito dell'accesso	✓ Registrazione dei dati relativi all'esito dell'assistenza in PS, alla destinazione in caso di ricovero/ trasferimento ed alla gravità del paziente
✓ Valorizzazione dell'accesso ed eventuale applicazione del ticket se si presentano le condizioni per cui è previsto	✓ Registrazione dell'importo dell'accesso, dell'eventuale compartecipazione alla spesa e degli eventuali motivi di esenzione

La rilevazione è caratterizzata dalla **periodicità mensile** e per motivi di riservatezza legati alla legge n.196 del 30 giugno 2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", è costituita da 3 tabelle :

- Dati dell'assistito** (Tabella A)
- Dati dell'accesso** (Tabella B)
- Dati della prestazione** (Tabella C)

Si ricorda che i dati, prima di essere trasmessi alla Regione, dovranno essere sottoposti a tutti i controlli previsti ed eventualmente corretti al fine di garantire l'uniformità tra l'archivio regionale e tutti gli archivi aziendali.

Si evidenzia che il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali mensilmente, con i ritorni informativi, validerà esclusivamente le informazioni **anagrafiche e sanitarie** contenute nel tracciato record dichiarate dalle strutture erogatrici e comunicherà alle strutture le schede di pronto soccorso non entrate nell'archivio regionale. Ogni Azienda tramite l'utilizzo del portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali regionale <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>, dovrà sottomettere al programma dei controlli (fase di SIMULAZIONE) il file trasmesso, verificare l'esito dell'elaborazione, correggere gli eventuali errori e segnalazioni prima di inviare i dati definitivi che andranno consolidati (fase di CONSOLIDAMENTO) da parte dell'azienda. Le fasi successive alla trasmissione dei dati vengono espletate a livello regionale attraverso una verifica dei requisiti minimi di qualità che le informazioni devono possedere e al caricamento nella base dati regionale. Tale processo di validazione si conclude con la creazione di un ritorno informativo per le Aziende Sanitarie e la creazione del flusso da trasmettere al Ministero della Salute.

1.2 AMBITO DI APPLICAZIONE (Pronto soccorso)

Il flusso prevede la raccolta delle informazioni relativamente a:

- ✓ **Punti di primo intervento “territoriale” (PPI)**
collocati in sedi o strutture prive di altre risorse mediche ed infermieristiche atte a garantire continuità assistenziale al PPI in caso di intervento sul territorio del personale sanitario dedicato. Possono essere stagionali o permanenti.
- ✓ **Punti di primo intervento “ospedalieri” (PPI)**
collocati in strutture ospedaliere dotate di risorse mediche e infermieristiche che garantiscono continuità assistenziale al PPI .
- ✓ **Pronto soccorso Generale** (comprensivi anche i PS indiretti, ossia quelli a porta di accesso indiretta e dedicata).
- ✓ **Pronto soccorso specialistico**

1.3 OGGETTO DELLA RILEVAZIONE (Pronto soccorso)

Vengono rilevati:

- ✓ gli accessi di PS e OBI seguiti e non da ricovero e relative prestazioni erogate nell'ambito di un intervento sanitario.
- ✓ le attività consulenziali e diagnostiche strumentali correlate all'intervento medesimo di Emergenza-Urgenza e richieste dal Pronto Soccorso ad altri ambulatori.
- ✓ gli accessi di **Fast track**, cosiddetto “percorso veloce”.
Questa soluzione organizzativa a gestione infermieristica, prevede l'invio diretto da parte dell'infermiere del triage allo specialista senza la valutazione del medico di Pronto Soccorso. Tutto ciò in presenza di protocolli procedure sottoscritte dal medico responsabile dell'UO specialistiche interessate e dal coordinatore infermieristico. Per la quasi totalità di questa tipologia di accessi la “dimissione” non avviene dal Pronto Soccorso.

Le informazioni di tale flusso devono essere rilevate al completamento dell'intervento di Emergenza-Urgenza sanitaria e trasmesse con **cadenza mensile** entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

L'attivazione di OBI espletata nei PS per i pazienti che necessitano di approfondimenti diagnostico terapeutici e di tempo al fine di valutare le reali necessità di ricovero o di dimissione sicura, rientra nell'ambito della rilevazione delle prestazioni di PS. Questa soluzione organizzativa rafforza le capacità di filtro ai ricoveri, aumentando il livello di appropriatezza degli stessi. L'Osservazione Breve Intensiva è identificata dal codice prestazione 89.09-Osservazione Breve Intensiva, la cui tariffa omnicomprensiva delle prestazioni effettuate pre-OBI e durante l'OBI stesso, è pari a Euro 220. Al fine di avere il quadro esaustivo delle prestazioni erogate in OBI, nella compilazione delle

tabelle C relative alle singole prestazioni , si dovrà inserire in una tabella C il nuovo codice di prestazione e la relativa tariffa; ed una tabella C per ogni prestazione erogata, con importo valorizzato uguale a 0. Si ricorda che l'importo Ticket deve essere valorizzato sempre a 0. La diagnosi da riportare è quella determinata al termine dell'episodio di OBI.

Il tracciato record di seguito riportato consente di tracciare il classico percorso di OBI, ossia attività espletata sia nell'unità operativa di PS e di Medicina d'Urgenza che in altre come ad esempio la pediatria e la Ostetricia e Ginecologia, caratterizzate dalla possibilità decisionale di ricovero , qualora effettuino attività di accettazione in emergenza-urgenza. In particolare, "*data e ora di trasferimento in OBI*" e "*data e ora di dimissione*", campi previsti in tabella B, consentono di valutare la durata media di permanenza in OBI.

L'informazione dell' "*Esito*" in tabella B consente di valutare la percentuale di dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI sul totale dei pazienti osservati.

Infine, l'utilizzo del "*codice di prestazione*" 89.09 in almeno una tabella C, permette di valutare la percentuale dei pazienti inseriti in OBI rispetto al totale degli accessi al PS.

1.4 -CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI (Pronto soccorso)

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

✓ **COGNOME E NOME** posizione 25/55 – tabella A

(livello di controllo SEGNALAZIONE) OBB- in determinate circostanze

L'informazione è facoltativa

Nei casi di anonimato diventa **obbligatorio** inserire la dicitura ANONIMO in entrambi i campi (vedi Codice Fiscale)

✓ **GENERE** posizione 75 – tabella A

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

1 = Maschio

2 = Femmina

✓ **DATA DI NASCITA DELL'ASSISTITO** posizione 76 – tabella A

(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate circostanze

Quando l'informazione è disponibile la compilazione di tale campo è obbligatoria. L'indisponibilità di tale data rende obbligatoria la compilazione della "Fascia di età presunta".

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.

✓ **FASCIA DI ETÀ PRESUNTA** posizione 84 – tabella A

(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate circostanze

E' in alternativa alla "Data di nascita dell'assistito" quando questa non si conosce.

Valori ammessi:

00 = da 0 a 30 giorni

01 = da 1 mese a 12 mesi

02 = da 1 a 5 anni

03 = da 6 a 14 anni

04 = da 15 a 64 anni

05 = da 65 a 80 anni

06 = più di 80 anni.

✓ **COMUNE DI NASCITA DELL'ASSISTITO posizione 86 – tabella A**
(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre, di cui le prime 3 indicano la provincia e le altre 3 il comune (file TCOMNOS disponibile sul sito internet nella sezione dedicata al PS all'indirizzo <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi> alla sezione “Emergenza Urgenza”
Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS).
Per i comuni cessati tale campo va valorizzato se il codice esiste nella tabella TCOMNOS.

✓ **CODICE FISCALE ASSISTITO posizione 92 – tabella A**
(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate circostanze

Questa variabile va compilata:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il codice fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (legge 412/ 91) ovvero quello riportato nella tessera sanitaria.

per gli stranieri temporaneamente presenti con il codice regionale 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 (ISTAT: 999209) e Romania (ISTAT: 999235). A partire dal 27 aprile 2009, deve essere utilizzato il codice ENI (Europei non iscritti). Questo codice regionale è di 16 caratteri – vedi nota Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./ 2009/ 96745 del 27.04.2009 – Precisazioni sulla nota del 20/ 02/ 2008 relativa all'assistenza sanitaria ai cittadini neocomunitari dimoranti in Italia;

- per assistenza sanitaria agli immigrati destinati al soggiorno temporaneo nel territorio regionale ed in particolare riguardanti le operazioni di accoglienza dei rifugiati provenienti dai paesi del Nord Africa viene utilizzato il codice PSU (Permesso di Soggiorno per motivi Umanitari). Anche questo codice è composto da 16 caratteri , analogamente a quello assegnato all'STP, sostituendo le lettere STP con le lettere PSU – D.G.R. 11 704/ 2011 n. 487;

- per immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa che hanno richiesto il permesso di soggiorno per asilo deve esser utilizzato il codice regionale AS a 16 caratteri come previsto nella nota regionale P.G./ 2011/ 215405 dell'08/ 09/ 2011 - Ulteriori indicazioni alle Aziende Sanitarie per l'organizzazione di modalità omogenee e adeguate di assistenza sanitaria agli immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa (richiedenti asilo art.5)

Nei casi di anonimato si chiede di **non individuare** il paziente tramite C.F. Ossia nei seguenti casi:

codici del nomenclatore regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che individuano specificatamente patologie correlate all' HIV o dipendenze da sostanze:

--prestazione: 91.22.2 - 91.22.3 - 91.22.4 - 91.22.5 - 91.23.1 - 91.23.2 - 91.23.3 - 91.23.4 - 91.23.5 - 913031

--tipologia di esenzione 35 + codice esenzione B01 (soggetti a rischio di infezione HIV)

--tipologia di esenzione 21 + codice esenzione 020 (infezioni da HIV)

--tipologia di esenzione 21 + codice esenzione 014 (dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool)

✓ **COMUNE DI RESIDENZA posizione 108 – tabella A**

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

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

Non devono mai essere utilizzati i codici dei comuni cessati.

✓ **CITTADINANZA posizione 114 – tabella A**

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Riportare la cittadinanza tenendo presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza.

Si utilizzerà il codice a 3 cifre presente nel file TCOMNOS disponibile sul sito internet nella sezione dedicata al PS all'indirizzo <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi> alla sezione "Emergenza Urgenza"

Per i cittadini Italiani si codificherà con 100.

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 e senza fissa dimora utilizzare il codice "999".

✓ **STATO ESTERO posizione 117 – tabella A**

Campo non più valido

✓ **CODICE ISTITUZIONE (TESSERA TEAM) posizione 120 – tabella A**

(livello di controllo SEGNALAZIONE) FACOLTATIVO

In caso di cittadino straniero

Codice identificativo della istituzione di assicurazione o di residenza competente ai sensi degli allegati 2 e 3 al regolamento 574/ 72

INFORMAZIONI IDENTIFICATIVE DELL'ACCESSO

✓ **AZIENDA posizione 1 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Codice dell'Azienda nel cui territorio è ubicata la struttura sede del PS/ PPI

Codifica: Codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n°36 Anno 1994 e successive modifiche (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)

✓ **STRUTTURA posizione 4 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

In ambito ospedaliero (anche Punti di Primo Intervento PPI):

Codice di identificazione dell'estabilimento di ricovero cui afferisce il PS

Codifica: Codice Ministero della Sanità Modelli HSP a 8 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

In ambito territoriale (Punti di Primo Intervento PPI):

Codifica: Codice Ministero della Sanità Modelli STS11 a 6 cifre (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

Il PS generale e il PS specialistico solitamente vengono identificati dal codice di struttura ospedaliera sede del pronto soccorso, così come riportato nell'anagrafe unica Regionale delle Strutture sanitarie e sociosanitarie. L'attribuzione, pertanto, dello stesso codice "ospedale" ai diversi PS fisicamente presenti nello stesso ospedale non permette di descrivere in maniera specifica le prestazioni erogate nell'ambito dei diversi PS. Per ovviare a tale limite si utilizzerà il codice della disciplina specialistica a cui fa riferimento il relativo PS. (Vedi tracciato)

✓ **NUMERO DI ACCETTAZIONE posizione 12 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Identificativo univoco per struttura erogatrice e all'interno dell'anno, identifica l'evento "accesso" del cittadino al PS. Il codice deve contenere nelle prime 4 posizioni l'anno di riferimento e il numero progressivo dell'accesso a 9 cifre.

La numerazione progressiva è **univoca all'interno della singola struttura e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno.**

✓ **TIPO DI PS posizione 25 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Identifica il tipo di PS

01=generale

02=specialistico

03=punto di primo intervento (PPI)

04=ambulatorio ad accesso diretto

✓ **SPECIALITA' DI PS o PPI posizione 27 – tabella B**
(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Esempio: “Ambulatorio ad Accesso Diretto **oculistico**”, “PS **pediatrico**”, “PS **oculistico**”,
“PPI **oculistico**”

034= oculistico

035= odontoiatrico

036= ortopedico

037= ostetrico ginecologico

038 = otorino

039= pediatrico

052= dermatologia

106= generale

✓ **TIPO DI ACCESSO posizione 30 – tabella B**
(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate circostanze

Campo Riservato ai soli PS “specialistici”

01 = accesso diretto

02 = accesso indiretto (proveniente dal proprio PS generale)

✓ **DATA ENTRATA posizione 32 – tabella B**
(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Data di entrata nel Pronto Soccorso, nel formato giorno, mese ed anno.

Codifica: Scrivere nella forma: GMMMAAAA.

✓ **ORARIO ENTRATA posizione 40 – tabella B**
(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Orario di presa in carico del paziente da parte del personale infermieristico (oppure della formulazione del Triage ove attivato, nel formato ore e minuti).

Codifica: Scrivere nella forma: OOMM.

✓ **INVIATO DA posizione 44 – tabella B**
(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

01 = medico di medicina generale / pediatra di libera scelta

02 = medico di continuità assistenziale

03 = specialista

04 = trasferito da altro stabilimento ospedaliero della Regione Emilia-Romagna

14 = trasferito da altro stabilimento ospedaliero ubicato fuori Regione Emilia-Romagna

05 = C.O. 118

06 = decisione propria

07= medico di guardia medica

08= medico di altro pronto soccorso o medico di PPI

09 = struttura penitenziaria

10 = struttura residenziale (Casa di riposo, casa protetta per anziani etc...)

99 = altro

✓ **STABILIMENTO OSPEDALIERO DI PROVENIENZA** posizione 46 – tabella B
(livello di controllo SEGNALAZIONE) OBB- in determinate circostanze

Da indicare solo se “Inviato da” = 04 trasferito da altro stabilimento ospedaliero della Regione Emilia-Romagna
Solo strutture ospedaliere pubbliche/ private

✓ **MODALITA' DI ARRIVO** posizione 54 – tabella B
(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

01 = ambulanza 118
02 = altra ambulanza
03 = autonomo (mezzi propri)
04 = elicottero 118
05 = altro elicottero
06 = mezzo di soccorso 118 di altra Regione
07 = altro (ambulanze Esercito, VVFF, Polizia, ecc. ecc.)
99 = non rilevato

✓ **CODICE CENTRALE OPERATIVA 118** posizione 56 – tabella B
(livello di controllo SEGNALAZIONE) OBB- in determinate circostanze

Da indicare solo se “modalità di arrivo” = 01,04,06 + “Inviato da” = 05
Codice della Centrale Operativa del 118 che invia il paziente.
Il codice è composto da 3 caratteri che identificano la Regione seguiti da 2 caratteri che identificano la provincia in cui è ubicata la singola Centrale Operativa.
Codifica: codice regione + sigla provincia

✓ **CODICE MISSIONE** posizione 61 – tabella B
FACOLTATIVO

Da indicare solo se modalità di arrivo=01,04,06 + “Inviato da” = 05
Codice che identifica univocamente la missione del 118 che ha trasferito il paziente al PS.
Deve contenere nelle prime 4 posizioni l'anno di riferimento e 12 caratteri per il progressivo dell'intervento

✓ **PROBLEMA PRINCIPALE** posizione 77 – tabella B
(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

I valori ammessi sono pubblicati nell'allegato n.1

✓ **TRAUMA posizione 79 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate circostanze

Da indicare solo se “problema principale”= 10 (trauma), 27(Ustione) o 30 (Violenza Altrui) o 31 (Autolesionismo)

- 01 = aggressione
- 02 = autolesionismo
- 03 = incidente sul lavoro
- 04 = incidente domestico
- 05 = incidente scolastico
- 06 = incidente sportivo
- 07 = incidente in strada
- 09 = incidente in altri luoghi
- 10 = morso di animale
- 99 = altro

✓ **TRIAGE IN ENTRATA posizione 81 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Questo è il codice di urgenza identificato al momento dell'accettazione (prima della presa in carico da parte del medico) ossia, codice di priorità all'accesso alla visita medica

- R = Rosso – molto critico
- G = Giallo – mediamente critico
- V = Verde – poco critico
- B = Bianco – non critico

✓ **DATA PRESA IN CARICO DA PARTE DEL MEDICO posizione 82 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate condizioni

Da indicare solo se “Esito ” è diverso da 06 ,09 oppure fast track diverso da 01.

Data di presa in carico da parte del medico del paziente, nel formato giorno, mese ed anno.
Codifica: Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

✓ **ORARIO PRESA IN CARICO DA PARTE DEL MEDICO posizione 90 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate condizioni

Da indicare solo se “Esito ” è diverso da 06 ,09 oppure fast track diverso da 01.

Orario di presa in carico da parte del medico del paziente, nel formato ore e minuti.
Codifica: Scrivere nella forma: OOMM.

✓ **DATA DI TRASFERIMENTO IN OBI posizione 94 – tabella B**
(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate condizioni

Nel caso in cui, per il paziente che accede al PS, sia necessario attivare un OBI
Da indicare solo se in almeno una delle tabelle C relative alle singole prestazioni sarà presente il codice di prestazione 89.09- osservazione breve intensiva.

✓ **ORA DI TRASFERIMENTO IN OBI posizione 102– tabella B**
(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate condizioni

Nel caso in cui, per il paziente che accede al PS, sia necessario attivare un OBI
Da indicare solo se in almeno una delle tabelle C relative alle singole prestazioni sarà presente il codice di prestazione 89.09- osservazione breve intensiva.

✓ **DIAGNOSI PRINCIPALE posizione 106– tabella B**
(livello di controllo SEGNALAZIONE) FACOLTATIVO

La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine della visita del medico che prende in carico il paziente, che risulta essere la più importante per gravità clinica ed impegno di risorse.
Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche - modificazione clinica versione italiana 2007 (ICD 9 CM 2007). E' ammessa anche la codifica a 3 cifre.

✓ **DIAGNOSI SECONDARIA posizione 111 – tabella B**
(livello di controllo SEGNALAZIONE) FACOLTATIVO

La diagnosi secondaria è quella che segue la diagnosi principale, quando vengono rilevate più di una diagnosi per lo stesso accesso.
Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche - modificazione clinica versione italiana 2007 (ICD 9 CM 2007). E' ammessa anche la codifica a 3 cifre

✓ **DATA DIMISSIONE posizione 116 – tabella B**
(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Se “Esito” = 06 la data di dimissione dovrà coincidere con la data di entrata

Data di uscita dal Pronto Soccorso, nel formato giorno, mese ed anno.
Codifica: Scrivere nella forma: GGMMAAAA.

✓ **ORARIO DIMISSIONE posizione 124 – tabella B**
(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Orario di uscita dal Pronto Soccorso, nel formato ore e minuti.
Codifica: Scrivere nella forma: OOMM.
Può mancare se “Esito” = 06

✓ **REFERTO posizione 128 – tabella B**

*(livello di controllo **SEGNALAZIONE**) **FACOLTATIVO***

Indica l'eventuale compilazione di referti.

01 = INAIL

02 = Autorità Giudiziaria

03 = ASL per morso di animale (cane o canidi)

09 = altro

99 = non compilato referto

✓ **CODICE IN USCITA posizione 130 – tabella B**

*(livello di controllo **SCARTANTE**) **OBBV- sempre obbligatorio***

Livello di gravità del paziente assegnato dopo la sua presa in carico da parte del medico di PS DGR. 1184/ 2010 – “Linee guida per la corretta effettuazione del triage nei PS”, in considerazione della lunghezza del campo previsto nel tracciato, le codifiche contemplate nella sopracitata normativa vengono declinate nel seguente modo:

C = Paziente Critico

A = Paziente Acuto

U = Paziente Urgente Differibile

N = Paziente Non Urgente

Se “Esito” = 04, 06, 07, 09 oppure se fast track = 01 il dato può mancare

✓ **ESITO posizione 131 – tabella B**

*(livello di controllo **SCARTANTE**) **OBBV- sempre obbligatorio***

Indica l'esito dei trattamenti effettuati in Pronto Soccorso e/ o OBI, e quindi come si conclude l'accesso.

01 = dimissioni a domicilio

02 = ricovero in reparto di degenza dello stesso stabilimento ospedaliero

03 = trasferito ad altro stabilimento ospedaliero della Regione Emilia-Romagna

13 = trasferito ad altro stabilimento ospedaliero ubicato fuori Regione Emilia-Romagna

04 = deceduto in Pronto Soccorso

05 = rifiuta ricovero

06 = paziente abbandona il Pronto Soccorso prima della visita medica

07 = paziente abbandona il Pronto Soccorso prima della chiusura della cartella clinica

08 = dimissione a struttura ambulatoriale

09 = giunto cadavere

10 = passaggio in cura MMG (presa in carico)

11 = dimissione a struttura residenziale

Se fast track = 01 , il dato può mancare

✓ **UNITÀ OPERATIVA DI AMMISSIONE posizione 133 – tabella B**
(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate circostanze

Indicare solo se “Esito” = 02 o 03

Individua l'unità operativa ospedaliera presso la quale il paziente viene ricoverato.

Codifica: Codice Ministero della Sanità Modelli HSP a 4 cifre.

Modalità di compilazione:

- se “Esito”= 02 - ricovero in reparto di degenza dello stesso stabilimento ospedaliero,
obbligatorio-scartante;
- se “Esito”= 03 - trasferito ad altro stabilimento ospedaliero della Regione Emilia-Romagna,
stabilimento ospedaliero appartenente allo stesso “presidio” ospedaliero di ubicazione del PS
obbligatorio-segnalazione
stabilimento ospedaliero non appartenente allo stesso “presidio” ospedaliero di ubicazione
del PS **Facoltativo**

✓ **PROGRESSIVO RICOVERO posizione 137 – tabella B**
(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate circostanze

Indicare solo se “Esito” = 02 o 03

Corrisponde al numero della scheda indicato nel flusso SDO con i dati di ricovero del paziente.

Modalità di compilazione:

- se “Esito”= 02 ricovero in reparto di degenza dello stesso stabilimento ospedaliero,
obbligatorio-scartante;
- se “Esito”= 03 trasferito ad altro stabilimento ospedaliero della Regione Emilia-Romagna,
stabilimento ospedaliero appartenente allo stesso “presidio” ospedaliero di ubicazione del PS
obbligatorio-segnalazione
stabilimento ospedaliero non appartenente allo stesso “presidio” ospedaliero di ubicazione
del PS **Facoltativo**

✓ **MOTIVO DEL TRASFERIMENTO posizione 145 – tabella B**
(livello di controllo SEGNALAZIONE) OBB- in determinate circostanze

Indicare solo se “Esito” = 03, 13

Indica il motivo che ha spinto il Pronto Soccorso a trasferire il paziente all'esterno.

Valori ammessi:

01 = in continuità di soccorso

02 = mancanza di posti letto

03 = ritorno all'ospedale che ha richiesto la consulenza

✓ **STABILIMENTO DI TRASFERIMENTO posizione 147 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate circostanze

Da indicare solo se “Esito”= 03 trasferito ad altro stabilimento ospedaliero della Regione Emilia-Romagna.

✓ **REGIME DI EROGAZIONE posizione 155 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Con il regime di erogazione si intende specificare su chi ricade l'onere delle prestazioni erogate in un accesso di Pronto Soccorso

Valori ammessi

01 = SSN (per accessi che non prevedono il Ticket)

02 = SSN e pagamento del ticket da parte del paziente

03 = Ministero degli Interni (nel caso di cittadini extracomunitari senza permesso di soggiorno)
D.L.286/ 98 art 35 c. 6

99 = Altro (pagamento del ticket attraverso terzo pagante o “pagante in proprio”)

✓ **IMPORTO TICKET posizione 157 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBB- in determinate circostanze

Indicare solo se “Tipologia esenzione” = 04

Compartecipazione alla spesa da parte dell’assistito

✓ **IMPORTO NETTO posizione 162 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

La valorizzazione dell’accesso di PS che andrà a carico del SSN.

Sommatoria degli “importi totali delle prestazioni” meno “importo del ticket”

N:B: tale importo può assumere valori negativi

Si richiama l’attenzione sulla corretta valorizzazione di tale importo finalizzato alla compensazione finanziaria delle prestazioni sanitarie usufruite dai cittadini in Azienda diversa da quella di residenza.

La valorizzazione a zero riguarda le seguenti situazioni: (“Esito” = 02 o =03)

- accessi di PS/ OBI seguite da ricovero nella stessa struttura (“Esito”= 02) o in strutture pubbliche appartenenti alla stessa azienda in cui si è verificato l’accesso di PS. In tali situazioni il costo delle prestazioni erogate al PS vengono contemplate dalla valorizzazione economica del ricovero attraverso la tariffa DRG.

✓ **POSIZIONE CONTABILE posizione 168 – tabella B**

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Informazione necessaria per indicare che tipo di operazione tecnica che si vuol eseguire sul record

Posizione contabile 1:

17

Emergenza-Urgenza
(PS-118)

viene utilizzata per quei record il cui mese di erogazione è attinente all'invio.

(esempio: 1° mese di erogazione = 1° invio

2° mese di erogazione = 2° invio

3° mese di erogazione = 3° invio)

Posizione contabile 2 (integrazione):

viene utilizzata per quei record il cui mese di erogazione è antecedente all'invio.

Si tratta di integrazioni frutto di ritardi nell'invio dei dati o di scarti prodotti dai controlli di 1° livello

Posizione contabile 3 (correzione):

viene utilizzata per quei record, già presenti nell'archivio regionale, ai quali si ritiene di apportare delle modifiche. Ogni volta che la struttura ritiene di modificare qualche informazione del tracciato, dovrà necessariamente rispettare la tabella A ,B e relative tabelle C. Per effettuare una correzione non si dovrà ricorrere alla cancellazione.

Posizione contabile 4 (eliminazione):

viene utilizzata esclusivamente per quei record già presenti nell'archivio regionale che si ritiene di voler cancellare.

✓ **FAST TRACK posizione 169 – tabella B**

(livello di controllo *SEGNALAZIONE*) FACOLTATIVO

Percorso veloce a gestione infermieristica che prevede l'invio diretto da parte dell'infermiere del triage allo specialista, senza valutazione del medico di pronto soccorso.

Codifica:

01= SI

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PRESTAZIONE EROGATA IN PS

✓ **PROGRESSIVO PRESTAZIONE** posizione 25 – tabella C

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Numero compreso fra 1 e 99 che indica il progressivo della prestazione nell'ambito del singolo accesso.

✓ **PRESTAZIONE** posizione 27 – tabella C

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Sistema di codifica: “Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni ambulatoriali (DGR 410/ 97 e successive modifiche) “

✓ **QUANTITA' EROGATE** posizione 34 – tabella C

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Numero compreso fra 1 e 99, indica il n° di prestazioni eseguite relative allo stesso codice

✓ **DISCIPLINA EROGATRICE** posizione 36 – tabella C

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

E' la disciplina dell'unità operativa che ha erogato la prestazione.

Se la prestazione è stata erogata da ambulatori di supporto riportare il codice della disciplina a cui fa riferimento secondo l'elenco delle discipline disponibile all'indirizzo <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi> alla sezione “Emergenza Urgenza”

✓ **TIPOLOGIA DI ESENZIONE** posizione 39 – tabella C

(livello di controllo SCARTANTE) OBBV- sempre obbligatorio

Condizione o patologia per la quale la prestazione erogata è soggetta o non a pagamento ticket

Valori ammessi

10=Esente ai sensi della DGR n° 1035/ 2009 e successive modifiche

11=Esente totale per età e reddito

12=Esente per reddito

21=Esente per patologia cronica

22=Esente per malattie rare

23=Esente per invalidità totale > 2/ 3

24=Esente per invalidità parziale < 2/ 3

31=Esente per gravidanza

32=Esente per screening

33=Esente per diagnosi precoce tumore

34=Esente per donazione

35=Esente in quanto soggetti a rischio di infezione HIV

36=Esente per prevenzione

37=Esente in quanto detenuti/ internati

04=Non esente

✓ **CODICE ESENZIONE posizione 41 – tabella C**
*(livello di controllo **SEGNALAZIONE**) **FACOLTATIVO***

Codici di esenzione vigenti in base alla normativa nazionale e regionale

I codici di riferimento sono quelli dell'allegato C della circolare n. 8 del 10/ 11/ 2008 e successive modifiche.

L'informazione è obbligatoria, il controllo non è scartante ma se impostato il codice deve essere corretto.

✓ **IMPORTO TOTALE PRESTAZIONE posizione 47 – tabella C**
*(livello di controllo **SCARTANTE**) **OBBV- sempre obbligatorio***

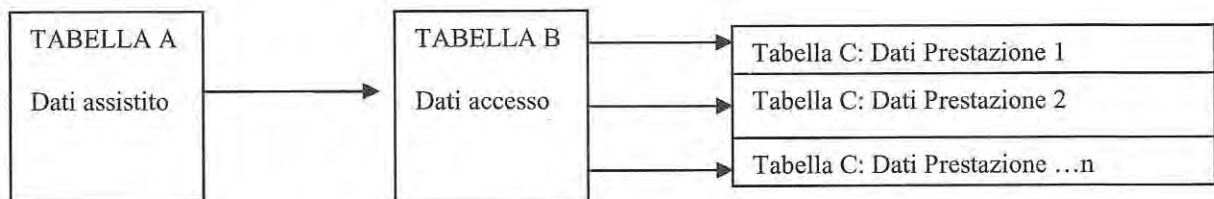
Importo ottenuto dalla moltiplicazione della “quantità erogata” per la tariffa unitaria della prestazione, come da “Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni ambulatoriali (DGR. 410/ 97 e successive modifiche) “

1.5 TRACCIATO RECORD (Pronto soccorso)

Le informazioni contenute nella scheda di Pronto Soccorso riguardano essenzialmente:

- ✓ l'anagrafica dell'Stabilimento erogante le prestazioni – Tabella A
- ✓ le caratteristiche dell'assistito (dati anagrafici, residenza) – Tabella A
- ✓ le caratteristiche dell'accesso (entrata, modalità, problema riscontrato, diagnosi, esito, uscita, eventuali oneri e ticket) – Tabella B
- ✓ prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso - Tabella C.

Al fine di garantire il rispetto della privacy ai sensi del Decreto Legislativo 196 del 30/ 6/ 2003 sulle misure di sicurezza per il trattamento dei dati personali, le informazioni anagrafiche dell'assistito vengono trasmesse separatamente dalle informazioni sanitarie. Pertanto il record relativo ad un accesso di Pronto Soccorso è diviso in 3 parti: la sezione A contiene i dati anagrafici, la sezione B riguarda i dati dell'accesso e la sezione C contiene le informazioni sulla prestazione.



Nella compilazione dei campi, a parte quanto specificato per ognuno di essi, ricordiamo alcune regole generali:

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** nei campi numerici devono comunque essere impostate con il valore "zero".

I contenuti delle colonne sono:

Posizione: Primo carattere del campo nell'ambito del tracciato.

Formato e Lunghezza del campo (AN=alfanumerico N=numerico)

Vincolo del campo: Grado di obbligatorietà dell'informazione

OBBV	Informazione sempre obbligatoria
OBB	Informazione obbligatoria in determinate circostanze
FAC	Informazione facoltativa

Livello di controllo: Indica se il tipo di controllo (logico-formale) è *scartante* in riferimento all'inserimento in banca dati regionale del record, oppure se è oggetto di semplice *segnalazione*.

Il verificarsi di una mancata o errata informazione della tabella A o della tabella B o C genererà uno scarto di tutto il blocco di record che appartiene a quel accesso di PS il quale verrà restituito alla struttura di competenza (struttura erogatrice) che apporterà le correzioni necessarie e provvederà al rinvio.

Le modifiche introdotte rispetto alla circolare precedente sono state evidenziate in grigio.

TRACCIATO TABELLA A		DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO			Flusso PS	
POSIZIONE	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	DESCRIZIONE	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Azienda	Codice dell'azienda in cui è ubicata la struttura erogatrice di PS/PPI	(Campo chiave)	OBBV	SCARTANTE
4	AN 6	Struttura	Codice della struttura cui afferisce il PS	(Campo chiave) Ambito ospedaliero: Codice Ministero della sanità Modelli HSP a 6 cifre (Vedi anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-sanitarie) Ambito territoriale: Punti di primo Intervento Codice Ministero della sanità Modelli STS11 a 6 cifre (Vedi anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-sanitarie)	OBBV	SCARTANTE
10	AN 2	Sub-codice	Identifica la struttura	(Campo chiave) Ambito ospedaliero: Codice Ministero della sanità Modelli HSP a 2 cifre (Vedi anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-sanitarie) Da compilarsi solo nel caso in cui più stabilimenti facciano parte di un unico presidio ospedaliero	OBBV	SCARTANTE
12	N 13	Numero di accettazione	Codice che identifica l'accesso di PS (univoco all'interno dell'anno e della struttura)	(Campo chiave) Nelle prime 4 posizioni l'anno di ingresso + numero progressivo dell'accesso a 9 cifre	OBBV	SCARTANTE
25	AN 30	Cognome dell'assistito		Tutto maiuscolo. - Facoltativo per tutti - Obbligatorio "ANONIMO" nei casi previsti dalla legge.	OBB	SEGNALAZIONE
55	AN 20	Nome dell'assistito		Tutto maiuscolo. - Facoltativo per tutti - Obbligatorio "ANONIMO" nei casi previsti dalla legge.	OBB	SEGNALAZIONE
75	AN 1	Genere assistito		1 = Maschio 2 = Femmina	OBBV	SCARTANTE
76	AN 8	Data di nascita dell'assistito		GGMMAAAA	OBB	SCARTANTE
84	AN 2	Fascia di età presunta	Indicare la fascia di età, anche apparente del paziente. (solo in caso di non disponibilità della data di nascita)	00 = 0-30 giorni 01 = 1-12 mesi 02 = 1-5 anni 03 = 6-14 anni 04 = 15-64 anni 05 = 65-80 anni 06 = > 80 anni	OBB	SCARTANTE
86	AN 6	Comune di nascita dell'assistito		Per i nati in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre, di cui le prime 3 indicano la provincia e le altre 3 il comune (file TCOMNOS disponibile sul sito internet nella sezione dedicata al PS all'indirizzo https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi alla sezione "Emergenza Urgenza" Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS).	OBBV	SCARTANTE
92	AN 16	Codice fiscale dell'assistito		- Il dato è sempre obbligatorio per i residenti in Italia (italiani e stranieri), tranne nei casi di anonimato - Per i cittadini temporaneamente presenti codice STP, ENI, PSU o AS in sostituzione del codice fiscale.	OBB	SCARTANTE
108	AN 6	Comune di residenza	dell'assistito	Vedi comune di nascita. Per i senza fissa dimora codificare: 999999 .	OBBV	SCARTANTE

TRACCIATO TABELLA A DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

POSIZIONE	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	DESCRIZIONE	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
114	AN 3	Cittadinanza	sempre obbligatorio	Codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per i cittadini italiani codificare 100 per gli apolidi 999	OBBV	SCARTANTE
117	AN 3	Stato estero		Campo non più VALIDO		
120	AN 28	Codice istituzione (tessera TEAM)	in caso di cittadino straniero	Codice identificativo istituzione di assicurazione o di residenza competente ai sensi degli allegati 2 e 3 al regolamento 574/72.	FAC	

POSIZIONE	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	DESCRIZIONE	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Azienda	(campo chiave)	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
4	AN 6	Struttura	(campo chiave)	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
10	AN 2	Sub-codice	(campo chiave)	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
12	N 13	Numero di accettazione	(campo chiave)	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
25	AN 2	Tipo PS		01= generale 02= specialistico 03= punto di primo soccorso (PPI) 04= ambulatorio ad accesso diretto	OBBV	SCARTANTE
27	AN 3	Specialità Ps o PPI		Se 'Tipo PS' = 02 Valori ammessi: 034= oculistico 035= odontoiatrico 036= ortopedico 037= ostetrico ginecologico 038= otorino 039= pediatrico 052 = dermatologia 106= generale	OBBV	SCARTANTE
30	AN 2	Tipo di accesso	Indica la porta di accesso all'unità operativa di PS	Campo Riservato ai soli PS "specialistici" Valori ammessi: 01 = accesso diretto 02 = accesso indiretto (proveniente dal proprio PS generale)	OBB	SEGNALAZIONE
32	AN 8	Data	Giorno di arrivo al PS	Formato GGMMAAAA	OBBV	SCARTANTE
40	AN 4	Ora	Indicazione del momento di arrivo al PS e di presa in carico infermieristica o del momento del triage oattivo	Formato OOMM	OBBV	SCARTANTE
44	AN 2	Inviato da	Indica il responsabile dell'invio dell'assistito al pronto soccorso	Valori ammessi: 01 = medico di medicina generale / pediatra di libera scelta 02 = medico di continuità assistenziale 03 = specialista 04 = trasferito da altro stabilimento ospedaliero della Regione Emilia-Romagna 14 = trasferito da altro stabilimento ospedaliero ubicato fuori Regione Emilia-Romagna 05 = C. O. 118 06 = decisione propria (se stesso) 07= medico di guardia medica 08= medico di altro pronto soccorso o medico di PPI 09 = struttura penitenziaria 10 =struttura residenziale 99 = altro	OBBV	SCARTANTE
46	AN 6	Stabilimento di provenienza	Codice stabilimento inviante	Da indicare solo se "Inviato da" = 04 e stabilimento ospedaliero ubicato in Regione Emilia-Romagna Solo strutture ospedaliere pubbliche/private	OBB	SEGNALAZIONE
52	AN 2	Sub-codice	sub codice struttura ospedaliera	Solo se "Inviato da" = 04	OBB	SEGNALAZIONE

TRACCIATO TABELLA B

DATI DELL'ACCESSO DI PS

POSIZIONE	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	DESCRIZIONE	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
54	AN 2	Modalità arrivo	Indicazione della modalità di arrivo al PS	<p>Valori ammessi:</p> 01 = ambulanza 118 02 = altra ambulanza 03 = autonomo (mezzi propri) 04 = elicottero 118 05 = altro elicottero 06 = mezzo di soccorso 118 di altre regioni 07 = altro (ambulanze Esercito, VVFF, Polizia, ecc.) 99 = non rilevato	OBBV	SCARTANTE
56	AN 5	Codice C.O. 118	Codice che identifica la centrale operativa del 118 che ha attivato la missione che ha trasferito il paziente al PS	<p>Solo se "Modalità di arrivo" = 01,04,06 e "Inviato da" =05</p> Codice regione (3 cifre) + sigla provincia (2 caratteri) in cui è ubicata la centrale operativa	OBB	SEGNALAZIONE
61	AN 16	Codice missione	Codice che identifica univocamente la missione del 118 che ha trasferito il paziente al PS	<p>Solo "Modalità arrivo" = 01,04,06 e "Inviato da" =05</p> Nelle prime 4 posizioni l'anno di ingresso + 12 per il progressivo dell'intervento	FAC	
77	AN 2	Codice problema principale	Indica il problema principale riscontrato /percepito al momento del triage di entrata	v. Tabella 1_PS	OBBV	SCARTANTE
79	AN 2	Codice trauma	Trauma rilevato	<p>Solo se "Problema principale" =10 (trauma), 27= (ustione), 30 (violenza altrui) e 31 (autolesionismo)</p> 01 = aggressione 02 = autolesionismo 03 = incidente sul lavoro 04 = incidente domestico 05 = incidente scolastico 06 = incidente sportivo 07 = incidente in strada 09 = incidenti in altri luoghi 10 = morso di animale 99 = altro	OBB	SCARTANTE
81	AN 1	Codice Triage in entrata	Questo è il codice di urgenza identificato al momento dell'accettazione (prima della presa in carico da parte del medico) ossia, codice di priorità all'accesso alla visita medica	<p>Valori ammessi:</p> R = Rosso – molto critico G = Giallo - mediamente critico V = Verde – poco critico B = Bianco – non critico Può mancare solo se "Esito" = 09	OBBV	SCARTANTE
82	AN 8	Data presa in carico medico		Solo se "Esito" diverso da 06,09 oppure fast track diverso da 01 Formato GGMMAAAA	OBB	SCARTANTE
90	AN 4	Orario presa in carico medico		Solo se "Esito" diverso da 06,09 oppure fast track diverso da 01 Formato OOMM.	OBB	SCARTANTE
94	AN 8	Data di trasferimento in OBI	Nel caso in cui, per il paziente che accede al PS, sia necessario attivare un OBI	Solo se esiste tra le tabelle C almeno un codice di prestazione 89.09 Formato GGMMAAAA	OBB	SCARTANTE

102	AN 4	Ora di trasferimento in OBI		Solo se esiste tra le tabelle C almeno un codice di prestazione 89.09 Formato OOMM.	OBB	SCARTANTE
106	AN 5	Diagnosi principale	Più importante per gravità clinica ed impegno di risorse	Codice ICD-9-CM 2007 Nota: E' ammessa anche la codifica a 3 cifre	FAC	SEGNALAZIONE
111	AN 5	Diagnosi secondaria	Ulteriore diagnosi	Codice ICD-9-CM 2007 Nota: E' ammessa anche la codifica a 3 cifre	FAC	SEGNALAZIONE
116	AN 8	Data dimissione		Formato GGMMAAAA. Se "Esito"=06 la data di dimissione dovrà coincidere con la data di entrata	OBBV	SCARTANTE
124	AN 4	Orario dimissione		Solo se "Esito" è diverso da 06 Formato OOMM.	OBBV	SCARTANTE
128	AN 2	Referto	Eventuale compilazione di referti	Valori ammessi: 01 = INAIL 02 = Autorità Giudiziaria 03 = ASL per morso di cane/canidi 09 = Altro 99 = non compilato referto	FAC	SEGNALAZIONE
130	AN 1	Codice in uscita	Livello di gravità del paziente assegnato dopo la sua presa in carico da parte del medico di PS DGR 1184/2010 – "Linee Guida per la corretta effettuazione del triage nei PS"	Valori ammessi: C = Paziente critico A = Paziente Acuto U= Paziente Urgente Differibile N= Paziente Non Urgente Può mancare se "Esito" = 04, 06, 07 o 09 oppure fast.track=01	OBBV	SCARTANTE
131	AN 2	Esito		Esito dei trattamenti effettuati in PS: Valori ammessi: 01=dimissioni a domicilio 02=ricovero in reparto di degenza dello stesso ospedale 03=trasferimento ad altro stabilimento ospedaliero della Regione Emilia-Romagna 13=trasferimento ad altro stabilimento ospedaliero ubicato fuori Regione Emilia-Romagna 04=deceduto in PS 05=rifiuta ricovero 06=paziente abbandona PS prima della visita medica 07=paziente abbandona PS prima della chiusura della cartella clinica 08=dimissione a strutture ambulatoriali 09=giunto cadavere 10=presa in carico dal MMG 11= dimissione a struttura residenziale Se fast track=01 l'esito può mancare	OBBV	SCARTANTE
133	AN 4	Unità operativa di ammissione	Individua l'unità operativa presso la quale il paziente viene ricoverato.	Solo se "Esito" = 02 o 03 Vedi nota di compilazione Codifica: Codice Ministero della Sanità Modelli HSP a 4 cifre. .	OBB	SCARTANTE
137	N 8	Progressivo ricovero	Codice progressivo del ricovero, così come attribuito nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	Solo se "Esito" = 02 o 03 Vedi nota di compilazione	OBB	SCARTANTE
145	AN 2	motivo trasferimento	Il motivo che ha spinto il PS al trasferimento del paziente (All'esterno dell' ospedale stesso)	Solo se "Esito" = 03 e 13 Valori ammessi: 01 = in continuità di soccorso 02 = mancanza posti letto 03 = ritorno all'ospedale che ha richiesto consulenza	OBB	SEGNALAZIONE

SEGUE: Flusso PS

27

Emergenza-Urgenza
(PS-118)

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>

TRACCIATO TABELLA B

DATI DELL'ACCESSO DI PS

POSIZIONE	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO	DESCRIZIONE	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
147	AN 6	Stabilimento di trasferimento	struttura in cui viene trasferito il paziente	Solo se "Esito" = 03 e stabilimento ospedaliero ubicato in Regione Emilia-Romagna Solo strutture ospedaliere pubbliche/private	OBB	SCARTANTE
153	AN 2	Sub-codice	sub codice struttura ospedaliera	Solo se "Esito" = 03 Solo strutture ospedaliere pubbliche/private	OBB	SEGNALAZIONE
155	AN 2	Regime di erogazione	Indica per ciascun accesso di PS che si farà carico dell'onere delle prestazioni	<i>Valori ammessi</i> 01 = SSN (per accessi che non prevedono il Ticket) 02 = SSN + ticket 03 = Ministero degli Interni 99=Altro (pagamento del ticket attraverso terzo pagante o "pagante in proprio")	OBBV	SCARTANTE
157	N 3	Importo ticket: parte intera	compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito	Solo se la "Tipologia esenzione" = 04	OBB	SCARTANTE
160	N 2	Importo ticket: parte decimale				
162	N4	Importo netto: parte intera	La valorizzazione dell'accesso di PS e che andrà a carico del SSN	Sommatoria degli "importi totali delle prestazioni" meno "importo del ticket" Può assumere valori negativi	OBBV	SCARTANTE
166	N 2	Importo netto: parte decimale				
168	AN 1	Posizione contabile		<i>Valori ammessi:</i> 1 = record relativo a prestazioni erogate nel mese di competenza 2 = record relativo a prestazioni recuperate dal o dai mesi precedenti 3 = record già presente nella banca dati regionale a cui si vogliono apportare modifiche 4 = record già presente nella banca dati regionale che deve essere eliminato	OBBV	SCARTANTE
169	AN 2	Fast track	Percorso veloce a gestione infermieristica che prevede l'invio diretto da parte dell'infermiere del triage allo specialista, senza valutazione del medico di pronto soccorso.	01= SI	FAC	

TRACCIATO TABELLA C DATI DELLA PRESTAZIONE DI PS (un record per ogni prestazione)						
PO S.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO		NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Azienda	(campo chiave)	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
4	AN 6	Struttura	(campo chiave)	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
10	AN 2	Sub-codice	(campo chiave)	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
12	N 13	Numero di accettazione	(campo chiave)	Vedi tabella A	OBBV	SCARTANTE
25	N 2	Progressivo prestazione	Numero compreso fra 1 e 99 che indica il progressivo della prestazione nell'ambito dell'Accesso di PS	Le righe devono essere ordinate in sequenza nel file da 1 a 99	OBBV	SCARTANTE
27	AN 7	Codice Prestazione	Prestazione erogata in PS	Sistema di codifica: "Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni ambulatoriali (DGR 410/97 e successive modifiche) "	OBBV	SCARTANTE
34	N 2	Quantità	Quantità erogate durante l'Accesso di PS; indica il n° di prestazioni eseguiti relative allo stesso codice di prestazione	Numero compreso fra 1 e 99	OBBV	SCARTANTE
36	AN 3	disciplina unità operativa erogatrice	E' la disciplina dell'unità Operativa che ha erogato la prestazione richiesta dal PS	Se la prestazione è stata erogata da ambulatori di supporto riportare il codice della disciplina a cui fa riferimento secondo l'elenco delle discipline disponibile all'indirizzo https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi alla sezione "Emergenza Urgenza"	OBBV	SCARTANTE
39	AN 2	Tipologia di esenzione	Condizioni/patologie per le quali la prestazione erogata è soggetta o non a pagamento ticket	10=Esente ai sensi della DGR n° 1035/2009 e successive modifiche 11=Esente totale per età e reddito 12=Esente per reddito 21=Esente per patologia cronica 22=Esente per malattie rare 23=Esente per invalidità totale > 2/3 24=Esente per invalidità parziale < 2/3 31=Esente per gravidanza 32=Esente per screening 33=Esente per diagnosi precoce tumore 34=Esente per donazione 35=Esente in quanto soggetti a rischio di infezione HIV 36=Esente per prevenzione 37=Esente in quanto detenuti/internati 04=Non esente	OBBV	SCARTANTE
41	AN 6	Codice esenzione		Indicare i codici esenzione di cui all'allegato C della circolare regionale 8/2008 e successive modifiche	FAC	SEGNALAZIONE
47	N4	Importo totale Parte intera	Importo totale della prestazione erogata al PS al lordo dell'eventuale ticket	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della "quantità erogata" per la tariffa unitaria della prestazione, come da "Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni ambulatoriali (DGR 410/97 e successive modifiche)	OBBV	SCARTANTE
51	N2	Importo totale Parte decimale				

1.6 MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE (Pronto soccorso)

TRASMISSIONI DEI FILE

Per trasmettere i dati tramite il portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>, occorre essere in possesso di un'utenza EXRARER attribuita dalla Regione Emilia-Romagna. Ogni Azienda deve inviare i file (**INVIO FILE**) da sottomettere al programma regionale dei controlli (**SIMULAZIONE**), verificare l'esito dell'elaborazione, per poi correggere gli eventuali errori e segnalazioni prima di inviare i dati definitivi che vanno consolidati (**CONSOLIDAMENTO**) da parte dell'azienda. Successivamente segue la fase di elaborazione svolta dalla Regione che si concluderà con il caricamento in banca dati, la creazione di un ritorno informativo e la creazione mensile del flusso informativo al Ministero della Salute.

I dati devono essere inviati mensilmente e devono essere consolidati entro il **giorno 25 del mese successivo** al mese di erogazione:

A completamento ed integrazione dei dati inviati durante l'anno è previsto il 13° invio che dovrà essere effettuato dal 31 gennaio – 10 febbraio. Sarà premura del Servizio competente comunicare le date precise in tempi utili.

1.7 RITORNO INFORMATIVO (Pronto soccorso)

Mensilmente, tramite un ritorno informativo, saranno disponibili via WEB sul portale del Servizio **Sistema informativo politiche per la salute e politiche sociali** nella sezione Emergenza-Urgenza, i seguenti tipi di file:

- A) Riepilogo sugli scarti ed errori informativi
- B) Scarti
- C) Segnalazioni
- D) Mobilità attiva interregionale e residenti all'estero
- E) Mobilità attiva infraregionale
- F) Mobilità passiva infraregionale

I file di mobilità dovranno essere utilizzati ai fini della compensazione.

Il contenuto dei file può essere scaricato impostando i seguenti parametri:

Ritorno Informativo

Anno: 2009
Invio: tutti
Tipo di file: tutti

- tutti
- Mobilità attiva infraregionale
- Mobilità attiva interregionale
- Mobilità passiva infraregionale
- Riepilogo
- Scarti
- Segnalazioni

ERMES

Il nome dei file oggetto dei ritorni informativi si compone dal NOME FILE seguito da:

“aaaa” si intende l’anno di erogazione (es. 2009)

“ii” il numero di invio (es. 01 per il primo invio)

“yyy” codice azienda erogante (es. 101)

A) RIEPILOGO SCARTI ED ERRORI INFORMATIVI

(nome file *RIEPILOGO.aaaa.ii.yyy.htm*)

Questo file contiene alcuni prospetti statistici sul risultato del caricamento dei record.

B) SCARTI

(nome file *SCARTI.aaaa.ii.yyy.txt*)

Il file contenente i singoli record scartati dall'archivio regionale per il mancato superamento dei controlli di 1° livello. Tale file viene fornito mensilmente alle singole Aziende Sanitarie le quali dovranno provvedere alla correzione e al rinvio con i mesi successivi secondo quanto previsto dalla Circolare Regionale.

C) SEGNALAZIONI

(nome file *SEGNALAZIONI.aaaa.ii.yyy.txt*)

Il file contenente i singoli record validati e accettati nell'archivio regionale ma che presentano imprecisioni su alcune informazioni. Tale file viene fornito mensilmente alle singole Aziende Sanitarie.

Tracciati: File Scarti e Segnalazioni

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 1	Tipo file (A/ B/ C)
2	AN 3	Az. USL/ Az. Osp.
5	AN 6	Codice struttura erogante
11	AN 2	Sub-codice struttura
13	AN 13	Numero di accettazione
26	AN 2	Progressivo prestazione
28	AN 4	Codice errore
32	AN 60	Descrizione errore
92	N 3	Posizione del campo che presenta l'errore

D) MOBILITA' ATTIVA INTERREGIONALE E RESIDENTI ALL'ESTERO(nome file **MOBATTEXTRA.aaaa.ii.yyy.txt**)

Questo file contiene tutti i record delle prestazioni erogate a cittadini residenti in altre regioni e all'estero (comune di residenza 999+ codice nazione) validati dal Sistema informativo Sanitario Regionale e finalizzati alla compensazione finanziaria.

E) MOBILITA' ATTIVA INFRAREGIONALE (nome file **MOBATTINFRA.aaaa.ii.yyy.txt**)

Questo file contiene tutti i record delle prestazioni erogate a cittadini residenti in altre Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna e validati dal Sistema informativo Sanitario Regionale e finalizzati alla compensazione finanziaria.

Tracciati: Mobilità attiva interregionale e infraregionale

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	CAMPO
1	AN 3	Azienda Sanitaria
4	AN 6	Codice struttura erogante
10	AN 2	Sub-codice struttura
12	AN 13	Numero di accettazione
25	N 4	Importo totale, calcolato dalla struttura erogatrice, a carico del SSN e al netto dell'eventuale ticket (parte intera)
29	N 2	(parte decimale)
31	N 3	Importo ticket calcolato dalla struttura erogatrice (parte intera)
34	N 2	(parte decimale)
36	N 4	Importo totale prestazione, calcolato dalla struttura erogatrice (quantità*tariffa nomenclatore) (parte intera)
40	N 2	(parte decimale)
42	AN 6	Comune di residenza Assistito

F) MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONALE (solo per AUSL con password)

Questo ritorno informativo contiene tutti i record relativi alle prestazioni di PS erogate dai pronto soccorsi di altre Aziende regionali a favore dei propri residenti e validati dal Sistema informativo Sanitario Regionale come compensazione finanziaria

MOBPASINFRA.aaaa.ii.yyy.ANA.txt

file contenente i dati anagrafici dell'assistito secondo tracciato TABELLA A

MOBPASINFRA.aaaa.ii.yyy.ACC.txt

file contenente i dati dell'accesso di PS secondo tracciato TABELLA B

MOBPASINFRA.aaaa.ii.yyy.PRE.txt

file contenente i dati delle prestazioni di PS secondo tracciato TABELLA C

Il nome dei file oggetto dei ritorni informativi della mobilità passiva infraregionale si compone dal NOME FILE seguito da:

“aaaa” si intende l'anno di erogazione (es. 2009)

“ii” il numero di invio (es. 01 per il primo invio)

“yyy” codice azienda di residenza (es. 101)

Tabella 1: Problema Principale

Codice	Problema principale Flusso (PS)
01	Coma
02	Sindrome neurologica acuta
03	Altri sintomi sistema nervoso
04	Dolore addominale
05	Dolore toracico
06	Dispnea
07	Dolore precordiale
08	Shock
09	Emorragia non traumatica
10	Trauma
11	Intossicazione
12	Febbre
13	Reazione allergica
14	Alterazioni del ritmo
15	Ipertensione arteriosa
16	Stato di agitazione psicomotoria
17	Sintomi o disturbi oculistici
18	Sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici
19	Sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici
20	Sintomi o disturbi dermatologici
21	Sintomi o disturbi odontostomatologici
22	Sintomi o disturbi urologici
23	Altri sintomi o disturbi
24	Accertamenti medico legali
25	Problema sociale
26	Caduta d'altezza inferiore o uguale alla statura del soggetto
27	Ustione
28	Psichiatrico
29	Pneumologia/Patologia Respiratoria
30	Violenza Altrui
31	Autolesionismo

2. FLUSSO “SISTEMA 118”

2.1 INTRODUZIONE

I dati richiesti dal citato Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008, sono relativi al set di informazioni legate alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza e in particolare da parte del Sistema 118.

Il flusso informativo per le prestazioni di emergenza-urgenza da parte del Sistema 118 fa riferimento alle seguenti informazioni:

- identificazione della Centrale Operativa del 118;**
- dati relativi alla chiamata telefonica al numero 118;**
- dati relativi alla missione di soccorso attivata dalla Centrale Operativa del 118;**
- identificazione dell'assistito;**
- dati relativi alle prestazioni erogate nell'ambito della missione di soccorso;**
- dati relativi all'esito dell'intervento;**

I contenuti informativi del 118 sono suddivisi in due sottogruppi d'informazioni:

CHIAMATA AL 118 – contiene i dati relativi alla segnalazione di richiesta di soccorso al 118, ossia i dati delle chiamate telefoniche ricevute da una centrale operativa, i dati anagrafici della Centrale Operativa 118 e infine i dati indicativi il tipo di trasmissione.

INTERVENTO– contiene i dati relativi all'intervento, laddove attivato, a seguito di una segnalazione di richiesta di soccorso al 118, in cui vengono fornite, nell'ambito della missione di soccorso associata, informazioni relative al luogo dell'accaduto, al numero di persone coinvolte, ai mezzi di soccorso inviati, ai dati anagrafici degli assistiti e ai relativi trattamenti di primo soccorso e ai dati relativi all'esito complessivo dell'intervento e infine i dati indicativi il tipo di trasmissione.

2.2 -CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI (Sistema 118)

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO (VEDI CAMPI E REGOLE FLUSSO PS)

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA CHIAMATA DELL'UTENTE ALLA CENTRALE OPERATIVA

CODICE DI IDENTIFICAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Centrale operativa che riceve la chiamata. Il codice della centrale operativa è costituito da 5 caratteri, di cui i primi tre identificano la regione, secondo il sistema di codifica in uso per le rilevazioni del Sistema Informativo Sanitario (D.M. 17/ 9/ 1986), gli ultimi due sono un progressivo attribuito in ambito regionale.

NUMERO PROGRESSIVO DELLA CHIAMATA

tale campo identifica univocamente la chiamata

DATA E ORA DELLA CHIAMATA

indicare la data e l'ora di ricezione della chiamata

TIPO CHIAMATA:

- 01 = richiesta di soccorso;
- 02 = informazione all'utenza;
- 03 = ricerca posti letto;
- 04 = continuità assistenziale;
- 05 = trasporto secondario urgente;
- 06 = intervento già in corso;
- 09= altro.

TIPO RICHIEDENTE:

indicare il tipo di utente che ha effettuato la chiamata

- 01 = continuità assistenziale;
- 02 = privato;
- 03 = Carabinieri/ Polizia;
- 04 = Struttura Penitenziaria;
- 05 = Vigili del Fuoco;
- 06 = Guardia di Finanza;
- 07= medico di base;
- 08= medico di emergenza territoriale;
- 09 = altro.

DATA E ORA FINE CHIAMATA

indicare la data e l'ora di chiusura della chiamata

TIPOLOGIA DI INTERVENTO:

indicare l'esito dell'intervento:

- 01 = consiglio telefonico di consultare il medico di base;
- 02 = attivazione continuità assistenziale;
- 03 = attivazione missione attraverso invio di mezzi di soccorso;
- 04 = deviato ad altro ente di soccorso;
- 05 = consiglio clinico;
- 06=attivazione altre strutture SSN

CLASSE PATOLOGIA PRESUNTA:

indica il gruppo di appartenenza della patologia prevalente dedotta a seguito della chiamata.

CRITICITÀ PRESUNTA:

rappresenta la criticità dell'evento e non la risposta effettivamente data (si riferisce alla sola chiamata)

Rosso = molto critico

Giallo = mediamente critico

Verde = poco critico

Bianco = non critico

NUMERO MEZZI DI SOCCORSO:

indicare il numero di mezzi di soccorso inviati per la missione.

Compilare se "Tipologia di intervento" = '03'.

Informazioni relative all'intervento degli operatori del mezzo di soccorso

In questa sezione vengono fornite le informazioni relative a ciascuna missione attivata attraverso invio mezzi di soccorso in seguito a chiamata con richiesta di soccorso (Tipo chiamata = '01') e non comprendono missioni attivate in seguito a chiamata per trasporto secondario urgente (Tipo chiamata = '05'). Le informazioni fornite riguardano gli interventi degli operatori del mezzo di soccorso ed i pazienti soccorsi e le prestazioni ad essi erogate durante la missione.

CODICE IDENTIFICATIVO INTERVENTO

indica univocamente l'intervento effettuato dall'operatore del mezzo di soccorso ed ha una lunghezza di 27 caratteri.

TIPOLOGIA DEL LUOGO IN CUI SI È VERIFICATO L'EVENTO:

S = strada;

P = uffici ed esercizi pubblici;

Y = impianti sportivi;

K = casa;

L = impianti lavorativi;

Q = scuole;

Z = altri luoghi.

Il codice 'S' indica tutti gli eventi localizzabili sulla viabilità pubblica o privata o che comunque hanno avuto origine da essa.

Il codice 'P' indica tutti gli eventi localizzabili in porzioni di edifici adibiti in prevalenza a uffici o attività commerciali (ad es. negozi, uffici postali, alberghi, pensioni).

Il codice 'Y' indica tutti gli eventi localizzabili in strutture prevalentemente adibite ad attività sportive (ad es. palestre).

Il codice 'K' si riferisce a tutti gli eventi localizzabili in edifici prevalentemente adibiti ad abitazioni.

Il codice 'L' si riferisce a tutti gli eventi localizzabili in sedi dove si effettuano in modo esclusivo e organizzato lavori opere (ad es. fabbriche, laboratori, cantieri).

Il codice 'Q' indica tutti gli eventi localizzabili in sedi dove si effettuano prevalentemente attività prescolastiche o scolastiche organizzate per l'insegnamento di una o più discipline, (ad es. asili nido, scuole elementari, università).

Il codice 'Z' serve ad indicare tutti gli eventi localizzabili in ambienti diversi da quelli precedentemente definiti.

NUMERO DI PERSONE COINVOLTE NELL'EVENTO:

indicare la quantità di persone coinvolte nell'evento segnalato attraverso la chiamata.

TIPOLOGIA DEL MEZZO DI SOCCORSO:

- 01= mezzo di soccorso di base - *Soccorritore*;
- 02= mezzo di soccorso avanzato - *Infermiere*;
- 03= mezzo di soccorso avanzato - *Medico*;
- 04= mezzo di soccorso avanzato - *Medico e Infermiere*;
- 05=auto - *Infermiere*;
- 06= auto - *Medico*;
- 07= auto - *Medico e Infermiere*;
- 08= moto - *Infermiere*;
- 09= moto - *Medico*;
- 10= idroambulanza - *Soccorritore*;
- 11= idroambulanza - *Infermiere*;
- 12= idroambulanza - *Medico*;
- 13= idroambulanza - *Medico e Infermiere*;
- 14 = elicottero;
- 15 = altro.

ENTE DI APPARTENENZA:

indicare l'ente di appartenenza del mezzo di soccorso inviato secondo i seguenti codici a 2 caratteri:

- 01 = mezzo del 118 (di proprietà dell'azienda sanitaria);
- 02 = Associazioni convenzionate con il 118 (CRI, ANPAS, Misericordie, Altro);
- 03* = mezzo di proprietà di altri enti pubblici
- 09 = altro.

* si intende qualsiasi mezzo di soccorso pubblico (di aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere ed associazioni di pubblica assistenza o volontaristiche riconosciute).

DATA/ORA PARTENZA VERSO:

indicare la data e l'ora di partenza del mezzo dalla postazione verso il luogo dell'evento a seguito di attivazione

DATA/ORA ARRIVO:

indicare la data e l'ora di arrivo del mezzo sul luogo dell'evento

COMUNE DI DESTINAZIONE:

indicare il codice ISTAT a sei cifre del comune di destinazione del mezzo di soccorso in cui è avvenuto l'evento.

DINAMICA RICONTRATA:

indicare la dinamica dell'evento riscontrata dalla missione in caso di evento traumatico

- 00=non definita;
- 01=precipitato < 3 mt;
- 02=precipitato > 3 mt;
- 03=aggressione;
- 04=armabianca;
- 05=arma da fuoco
- 06=violenza sessuale
- 07=morso di animale
- 08=esplosione;
- 09=incendio;
- 10=incidente auto;
- 11=incidente moto
- 12=incidente mezzo pesante;

- 13=incidente bicicletta;
- 14=incidente pedone;
- 15=proiettato;
- 16=incastrato;
- 17=tuffo/ immersione;
- 18=altra dinamica;
- 19=soccorso a persona.

DATA/ORA PARTENZA DAL LUOGO:

Indicare la data e l'ora di partenza del mezzo dal luogo dell'evento
Compilare se "esito della missione" = '03'.

NUMERO TRASPORTATI:

Compilare se "esito della missione" = '03'. Indicare il numero di pazienti trasportati dal mezzo.

- 01 = 1
- 02 = 2
- 03 = 3
- 04 = 4
- 05 = 5
- 09 = oltre 5

DATA/ORA RIENTRO:

indicare la data di ritorno del mezzo alla operatività

ESITO DELLA MISSIONE:

indicare l'esito della missione, riferito a tutte le persone coinvolte nella missione

01 = missione annullata

02 = missione conclusa sul posto o con trattamento effettuato sul posto.

03 = missione conclusa con il trasporto in ospedale

04 = missione conclusa con il trasporto in in punto di primo intervento

Il codice '01' si riferisce ai casi di paziente non trovato, paziente già soccorso, scherzo, errore.

Il codice '02' si riferisce ai casi di decesso sul posto, paziente trattato sul posto senza trasporto, rifiuto trasporto.

Il codice '03' si riferisce ai casi in cui avviene il decesso della persona durante il trasporto, trasporto in ospedale per ricovero diretto o in pronto soccorso.

Il codice '04' si riferisce ai casi in cui avviene il trasporto della persona in punto di primo intervento.

CODICE MEZZO DI SOCCORSO:

serve ad identificare il mezzo di soccorso. Il codice indica la tipologia del mezzo di soccorso inviato.

INFORMAZIONI RELATIVE AL TRATTAMENTO SOCCORSO

Tali informazioni devono essere raccolte per ciascun paziente assistito sul posto ed eventualmente trasportato dal mezzo.

VALUTAZIONE SANITARIA DEL PAZIENTE:

valutazione sanitaria effettuata dal personale di soccorso giunto sul luogo dell'evento.

- 10 = Soggetto che non necessita di intervento;
- 11 = Soggetto affetto da forma morbosa di grado lieve;
- 12 = Soggetto affetto da forma morbosa grave;
- 13 = Soggetto con compromissione delle funzioni vitali;
- 14 = Deceduto
- 99 = Non rilevato

CLASSE PATOLOGIA RISCONTRATA

indica il gruppo di appartenenza della patologia prevalente riscontrata durante la missione.

- C01=Traumatica
- C02=Cardiocircolatoria
- C03=Respiratoria
- C04=Neurologica
- C05=Psichiatrica
- C06=Neoplastica
- C07=Intossicazione
- C08=Metabolica
- C09=Gastroenterologica
- C10=Urologica
- C11=Oculistica
- C12=Otorinolaringoiatrica
- C13=Dermatologica
- C14=Ostetrico-ginecologica
- C15=Infettiva
- C19=Altra patologia
- C20=Patologia non identificata

PATOLOGIA RISCONTRATA

indicare la patologia riscontrata dal personale del mezzo secondo le sottocategorie della classe di appartenenza della patologia.

PRIME 5 PRESTAZIONI PRINCIPALI EROGATE

indicare i codici delle prime 5 prestazioni erogate

giudicate più importanti per gravità clinica ed impegno di risorse. La codifica delle prestazioni avviene attraverso le modalità definite nella Milestone 1.4.1 "Prestazioni, attività e strumenti dell'emergenza sanitaria territoriale (118)" del presente Progetto Mattone.

CODICE ESITO

Esito del trattamento effettuato sul paziente dagli operatori del mezzo di trasporto e compilare se "Esito della missione" = '02' o '03'

- 01 = trasporto in pronto soccorso
- 02 = trasporto diretto in reparto di specialità
- 03 = trattamento sul posto senza trasporto
- 04 = rifiuto trasporto
- 05 = decesso sul posto
- 06 = decesso durante il trasporto
- 07 = trasporto in un punto di primo intervento

CRITICITÀ FINE

Codice di consegna del paziente al pronto soccorso:

Rosso = molto critico

Giallo = mediamente critico

Verde = poco critico

Bianco = non critico

Nero = deceduto

STABILIMENTO DI DESTINAZIONE:

compilare se “esito della missione” = ‘03’. Indicare il codice dell’
stabilimento cui è stato portato il paziente soccorso dal mezzo

In caso di ospedale ubicato in altra Regione è sufficiente indicare le prime 3 cifre
identificative della Regione di ubicazione, seguite da ‘99999’.

In caso di ospedale ubicato all’estero indicare le prime 3 cifre identificative dello stato
estero, seguite da ‘99999’.

DATA/ORA ARRIVO STABILIMENTO:

compilare se “esito della missione” = ‘02’ o ‘03’

SPECIALITÀ DEL REPARTO DI RICOVERO:

Indicare solo se “esito del trattamento effettuato sul paziente” = ‘08’

Codifica: Codice Ministero della Sanità Modelli HSP a 4 cifre. Le prime due cifre identificano la
disciplina la terza e la quarta sono utilizzate come progressivo all’interno del Presidio per
identificare le divisioni (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).

Questo codice deve coincidere con quello indicato allo stesso campo nella scheda del flusso SDO

Tabella 1: Classe Patologia presunta e riscontrata

Tabella 1: Classe patologia presunta e riscontrata

Codice	Classe patologia presunta
C01	Traumatica
C02	Cardiocircolatoria
C03	Respiratoria
C04	Neurologica
C05	Psichiatrica
C06	Neoplastica
C07	Tossicologica
C08	Metabolica
C09	Gastroenterologica
C10	Urologica
C11	Oculistica
C12	Otorinolaringoiatrica
C13	Dermatologica
C14	Ostetrico-ginecologica
C15	Infettiva
C19	Altra patologia
C20	Patologia non identificata

Tabella 2: Dinamica Riscontrata

Tabella 2: Dinamica riscontrata

Codice	Dinamica riscontrata
00	non definita
01	precipitato da < 3 metri
02	precipitato da > 3 metri
03	Aggressione
04	arma Bianca
05	arma da fuoco
06	violenza sessuale
07	morso di animale
08	esplosione
09	incendio
10	incidente auto
11	incidente moto
12	incidente mezzo pesante
13	incidente bicicletta
14	incidente pedone
15	proiettato
16	incastrato
17	tuffo/immersione
18	altra dinamica
19	soccorso a persona

Tabella 3: Codici Patologia Ricontrata

Tabella 3: Codici patologia riscontrata

Codice	Patologia riscontrata
C0101	Cranio
C0102	Torace
C0103	Addome
C0104	Arti
C0105	Rachide
C0106	Emorragia
C0107	Amputazione
C0108	Ferita
C0109	Frattura
C0110	Contusione
C0111	Ustione
C0112	Folgorazione/elettrocuzione
C0113	Lesione da freddo
C0114	Lesione agli occhi
C0115	Politraumatismo
C0116	Altra traumatica
C0201	Crisi ipertensiva
C0202	Scompenso cardio-circolatorio
C0203	Dolore toracico
C0204	Cardiopalmò/Aritmia
C0205	Arresto cardio-circolatorio
C0206	Sindrome coronarica acuta;
C0207	Infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI)
C0208	Arresto cardiaco rianimato
C0209	Altra cardio-circolatoria
C0301	Distress respiratorio
C0302	Corpo estraneo
C0303	Crisi asmatica/laringospasmo
C0304	Immersione/sommersione
C0305	Insufficienza respiratoria cronica
C0308	Anafilassi
C0309	Altra respiratoria
C0401	Convulsioni
C0402	Cefalea
C0403	Coma
C0404	Ictus/deficit neurologico
C0405	Decadimento psichico
C0406	Perdita di coscienza
C0409	Altra neurologica
C0501	Tentato suicidio
C0502	Agitazione psicomotoria
C0509	Altra psichiatrica
C0601	Neoplastica
C0700	Intossicazione etilica
C0701	Ossido di carbonio

Codice	Patologia riscontrata
C0702	Farmaci
C0703	Alimenti
C0704	sostanze chimiche
C0705	overdose/stupefacenti
C0709	altra intossicazione
C0801	Iperglicemia
C0802	Ipoglicemia
C0809	Altro – metabolica
C0901	Emorragia digestiva
C0902	Dolore addominale
C0909	Altro - gastroenterologica
C1001	Colica renale
C1002	Ritenzione urinaria
C1009	Altro - urologica
C1101	Ferita penetrante occhio
C1109	Altro - oftalmologica
C1201	Epistassi
C1202	Corpo estraneo
C1209	Altro - ORL
C1301	Parassitosi
C1302	Reazione orticarioide
C1309	Altro - dermatologica
C1401	Parto
C1402	Metrorragia
C1403	Minaccia aborto
C1409	Altro - ostetrico-ginecologica
C1501	Stato febbrile
C1509	Altro - infettiva
C1901	Stato febbrile
C1902	NBCR (catastrofe o emergenza nucleare, batteriologica, chimica o radioattiva)
C1909	Altra patologia
C2001	Patologia non identificata

Tabella 4: Prestazioni 118

Tabella 4: Prestazioni 118

Codice	Prestazione 118
EM04.81	Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia
EM21.01	Tamponamento anteriore per epistassi
EM31.1	Cricotiroidotomia
EM34.04	Drenaggio toracico
EM34.09	Decompressione pneumotorace (pnx)
EM37.0	Pericardiocentesi
EM38.93	Accesso venoso centrale
EM38.98	Prelievo di sangue arterioso
EM38.99	Prelievo di sangue venoso
EM39.98	controllo emorragia esterna
EM57.94	Cateterismo vescicale
EM73.99	Clampaggio e taglio cordone ombelicale dopo il parto
EM79.70	Riduzione chiusa di lussazione
EM83.14	Fasciotomia

Codice	Prestazione 118
EM86.59	Sutura di ferita
EM88.75	Ecografia reno-vescicale
EM88.75.1	Ecografia dell'addome inferiore
EM88.76.1	Ecografia addome completo
EM88.76.2	Ecografia di grossi vasi addominali
EM88.73.3	Ecografia Torace
EM89.37.1	Spirometria
EM89.52	Elettrocardiogramma
EM89.61	Monitoraggio della pressione arteriosa sistemica
EM89.65	Emogasanalisi arteriosa
EM89.65.4	Capnometria
EM89.65.5	Controllo saturazione O2
EM89.66	Prelievo sangue venoso per determinazione CO
EM89.7	Visita generale
EM90.18.3	Ricerca sostanze d'abuso (droghe) su liquidi biologici
EM90.20.1	Ricerca sostanze d'abuso (etanolo) su liquidi biologici
EM90.27.1	Glicemia su sangue capillare
EM90.62.2	Emocromo
EM90.82.3	Troponina
EM90.82.4	Ematocrito
EM93.52	Immobilizzazione colonna con collare cervicale
EM93.54	Immobilizzazione arti
EM93.54.1	Bendaggio arti
EM93.57	Medicazioni varie
EM93.57.1	Medicazione di ustioni
EM93.59	Controllo pneumotorace (pnx) aperto
EM93.59.1	Immobilizzazione colonna con estricatore
EM93.59.2	Immobilizzazione colonna con materassino a depressione
EM93.59.3	Immobilizzazione colonna con tavola spinale
EM93.90	Respirazione a pressione positiva continua (c-pap)
EM93.93	Ventilazione con pallone autoespansibile
EM93.94	Somministrazione farmaci con aerosol
EM93.96	Somministrazione ossigeno
EM94.29	Gestione paziente in agitazione psicomotoria
EM94.35	Gestione paziente in agitazione psicomotoria (in crisi)
EM94.38	Supporto psicologico al paziente
EM96.01	Inserzione tubo naso tracheale o nasofaringeo
EM96.01.1	Aspirazione secreti
EM96.02	Inserzione tubo orotracheale
EM96.02.1	Inserzione tubo o maschera laringea (o altro presidio sovraglottico)
EM96.04	Inserzione di tubo endotracheale
EM96.07	Posizionamento sondino nasogastrico
EM96.26	Riduzione manuale di prolasso rettale
EM96.27	Riduzione manuale di ernia
EM96.33	Gastrolusi
EM96.70	Ventilazione meccanica
EM98.01	Disostruzione vie aeree
EM98.14	Rimozione corpo estraneo laringe
EM98.15	Rimozione corpo estraneo trachea
EM99.01	Trasfusioni e somministrazione emoderivati

Codice	Prestazione 118
EM99.10	Trombolisi
EM99.16	Somministrazione Elettroliti
EM99.17	Somministrazione Insulina
EM99.18	Accesso venoso periferico
EM99.19	Somministrazione Anticoagulanti
EM99.2	Iniezione o infusione di farmaci e liquidi
EM99.22	Rimozione corpo estraneo occhio
EM99.23	Somministrazione Steroidi
EM99.29.0	Infusione intraossea per liquidi e farmaci
EM99.29.1	Accesso Infraosseo
EM99.60	Rianimazione cardiopolmonare di base
EM99.62	Terapie cardiache elettriche (cardioversione, pacing, defibrillazione manuale)
EM99.62.1	Defibrillazione semiautomatica
EM99.63	Massaggio cardiaco esterno a torace chiuso
EM99.64	Massaggio Carotideo
EM99.81	Ipotermia Terapeutica
EM99.84.1	Decontaminazione singola (in caso di NBCR*)
EM99.88.1	Prevenzione ipotermia
EM99.99.2	Estricazione di incastrati
EM99.99.3	Determinazione CO ambientale
EM99.99.8	Trasmissione dati
EM00.00	Altra Prestazione

Referenti regionali

Salvatore Ferro

Servizio Presidi Ospedalieri
 Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia Romagna
 Tel 051/5277268
sferro@regione.emilia-romagna.it

Monica Merlin

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
 Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia Romagna
 Tel 051/5277429
mmerlin@regione.emilia-romagna.it

Simonetta Simoni

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali
 Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia Romagna
 Tel 051/5277417
ssimoni@regione.emilia-romagna.it

Eugenio Di Ruscio


Eleonora Verdini
