**SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO
DELL'ASSISTENZA EROGATA PRESSO L'ODC E L'URT.**

DGR 2683 del 29 dicembre 2014

DOCUMENTO TECNICO**1. PREMESSA**

Con la Deliberazione della Giunta regionale n. 2683 del 29 dicembre 2014 sono stati approvati i requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e di risultato per Ospedali di Comunità (ODC) e Unità Riabilitative Territoriali (URT).

Il presente documento tecnico disciplina le modalità di gestione informatica per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso l'ODC e URT.

L'architettura ed i contenuti del flusso sono stati approvati con l'Allegato C della DGR 2683/2014. Il tracciato è costruito su quattro sezioni (Dati anagrafici, Ammissione Dimissione e Trasferimento ADT, Valutazione Multidimensionale, Unità di Offerta). Il relativo flusso dovrà essere trasmesso con periodicità mensile secondo le regole regionali di trasmissione dei flussi sanitari e sociosanitari. Il file excel del tracciato, le eventuali correzioni formali che potranno rendersi necessarie, comprese quelle definite con il presente provvedimento, nonché le istruzioni in merito alla compilazione dei dati sono resi disponibili tramite l'area web <http://cureintermedie.regione.veneto.it/area-odc-urt>.

La medesima DGR 2683/2014, con l'allegato D, ha approvato gli indicatori di attività e risultato suddivisi nei seguenti domini: accessibilità al servizio, continuità assistenziale ospedale-territorio, tempestività nella presa in carico ed erogazione dell'assistenza e appropriatezza del piano assistenziale rispetto all'esito della valutazione.

Di seguito sono fornite le indicazioni specifiche per l'invio del flusso.

2. AMBITO DELLA RILEVAZIONE

Il tracciato record proposto è diviso in 4 sezioni, tre delle quali sono alimentate dalle Aziende ULSS ed una, riguardante l'anagrafica delle UDO, dalla Regione.

L'alimentazione del flusso viene effettuata esclusivamente dalle Aziende ULSS presso le quali hanno sede le strutture. Qualora tale ULSS sia diversa dall'ULSS pagante, ciò verrà rilevato nel campo 2.11.



Sono oggetto di rilevazione i ricoveri in Ospedale di Comunità e in Unità di Riabilitazione Territoriale sia a carico del Sistema Sanitario Regionale (del Veneto o di altre regioni) sia rivolti ad eventuali utenti paganti in proprio.

Non sono oggetto di rilevazione i trattamenti in Hospice per i quali è già attivo un apposito flusso (DGR 2851/2012).

3. DESCRIZIONE DEL TRACCIATO RECORD

Si delineano, nei seguenti sotto-paragrafi, i razionali dei campi maggiormente significativi ed alcuni elementi chiarificatori del tracciato record, distinti per sezione del tracciato.

Il numero richiamato tra parentesi quadre [n.n] si riferisce al numero della sezione e al numero di ciascun campo presente nell'Allegato C della DGR 2683/2014.

Le colonne di dati rappresentano, nell'ordine:

- il raggruppamento di campi per omogeneità (es. dati anagrafici, valutazione sanitaria, indicatori di qualità assistenziale, ecc...);
- la numerazione del campo, che viene richiamata qui di seguito con il numero tra parentesi quadre [n];
- la descrizione del campo;
- la lunghezza del campo;
- la posizione iniziale;
- il tipo (A=alfabetico; AN=alfanumerico; N=numerico; D=data)
- l'obbligatorietà (O=obbligatorio; F=facoltativo; O/F=facoltativo condizionale);
- le istruzioni per la codifica, che sono integrate con il razionale e le specifiche illustrate nelle sezioni qui di seguito.

3.1 Sezione "1 – TRACCIATO DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO"

Il Codice identificativo assistito per episodio di accoglimento [1.1] viene assegnato dall'Azienda ULSS all'assistito per la correlazione del dato anagrafico con le informazioni contenute nelle altre sezioni del tracciato record. Viene generato dall'applicativo aziendale al momento della registrazione dell'episodio di accoglimento per mettere in relazione l'episodio accoglimento, ammissione o variazione in ADT, valutazione...) con i dati anagrafici dell'utente e la trasmissione di ciascun flusso, con invii separati tra la parte anagrafica e gli altri tracciati come previsto dalla normativa in materia di gestione della privacy.

Il campo "Codice Fiscale o altro codice identificativo utente" [1.2] va valorizzato con il Codice Fiscale per tutte le schede riferite a cittadini italiani. Per i cittadini stranieri, qualora non in possesso del Codice Fiscale, vanno indicati in alternativa tra loro il codice TEAM (Tessera europea assicurazione malattia), o il codice ENI (Europei non iscritti), o il codice STP (Straniero temporaneamente presente). L'identificazione del codice utilizzato va fatta nel campo successivo [1.3].

Il campo "MPI Master Patient Index" [1.5] rappresenta l'ID regionale della posizione anagrafica. E' una chiave di identificazione univoca con cui la posizione anagrafica è stata



consita in ambiente regionale (Anagrafe Unica) ed è disponibile per i residenti e assistiti in Regione Veneto come servizio erogato dalla anagrafe unica regionale: progressivamente diventerà il riferimento anagrafico per la gestione dei flussi informativi per gli assistiti.

Per i soli residenti nella Regione del Veneto può essere valorizzato anche il campo “Codice Sanitario” [1.6].

I campi “Regione di residenza” [1.13], “Azienda ULSS di residenza” [1.14] e “Comune/Stato estero di residenza” [1.15] si riferiscono alla residenza dell'assistito **al momento dell'accoglimento**.

3.2 Sezione “2 - TRACCIATO ADT (AMMISSIONE, DIMISSIONE, TRASFERIMENTO)

Il campo “Identificativo univoco assistito per episodio di accoglimento” [2.1] consente di correlare univocamente il record della sezione 2 con l'anagrafica dell'utente nella sezione 1, per l'episodio di accoglimento.

L'episodio viene numerato con il campo “Numero cartella o pratica utente” [2.2], che è il numero univoco a livello aziendale che identifica ogni record della sezione ADT del tracciato. Il record si crea con l'immissione della data di richiesta di accoglienza in struttura e si chiude con l'indicazione della data di congedo.

Il campo “Contesto di provenienza” [2.3] indica la struttura o il luogo di provenienza dell'assistito.

Il campo “Tipologia di ricovero” [2.4] indica se il ricovero è in ODC o in URT. Tale valore deve essere coerente con la tipologia dell'UDO.

Il campo “Data richiesta accoglimento” [2.5] e il campo “Data accoglimento” [2.6] sono compilati contestualmente alla creazione della cartella o pratica utente. Il campo “Data congedo” [2.7] e il campo “Tipologia congedo” [2.8] sono indicati nello stesso record.

L'invio dei dati deve essere effettuato entro il mese solare successivo dell'episodio (di accoglimento o di congedo del paziente).

Il Tracciato ADT consente di correlare ogni episodio registrato con la UDO presso la quale l'utente è ricoverato, attraverso il campo di relazione “Struttura erogatrice. Codice regionale dell'UDO” [2.9]. I codici regionali provvisori delle UDO, e il codice MRA [2.10] sono reperibili nell'area web <http://cureintermedie.regione.veneto.it/area-odc-urt/anagrafica>.

Il campo Azienda ULSS pagante [2.11] è compilato dall'Azienda inviante, che è sempre quella presso la quale ha sede l'UDO. Il campo non va compilato se il successivo campo [2.13] è valorizzato con “2. Utente pagante in proprio”.

Anche il campo [2.12] va compilato solo quando è prevista la compartecipazione da parte dell'utente, come definito dalla DGR 2621/2012 (dopo il 30° giorno nell'OdC, dal 1° giorno nell'URT).



Il campo [2.13] è stato aggiunto al tracciato definito con la DGR 2683/2014.

Con l'allegato D della DGR 2683/2014 sono stati approvati gli indicatori di attività funzionali alla verifica dell'attività svolta e dei risultati ottenuti. La corretta alimentazione del tracciato 2 è funzionale al calcolo degli indicatori nei seguenti domini:

- accessibilità al servizio,
- continuità assistenziale ospedale-territorio,
- tempestività nella accoglienza ed erogazione dell'assistenza.

3.3 Sezione "2 - VALUTAZIONE"

La corretta alimentazione del tracciato 3 è funzionale al calcolo degli indicatori nei seguenti domini:

- efficacia del percorso di cura nel limitare eventi avversi,
- appropriatezza del piano assistenziale rispetto all'esito della valutazione.

Le elaborazioni vengono prevalentemente effettuate misurando il differenziale tra il punteggio all'accoglienza e il punteggio al congedo oppure direttamente al congedo.

Per ogni episodio di accoglienza [3.1], perciò, sono attesi due record distinti, con due numeri di valutazione [3.2], uno per l'accoglienza e uno per il congedo.

I valori obbligatori consentono – ove previsto – di misurare l'indicatore di appropriatezza come differenziale tra i valori dei due momenti di valutazione.

I valori facoltativi sono di norma rilevati solo con la valutazione al congedo.

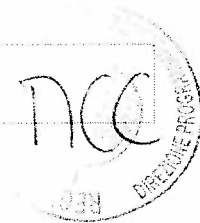
I campi "Patologia prevalente" [3.5], "Patologia concomitante" [3.6] e "Seconda patologia concomitante" [3.7] riportano i valori dei codici ICPC, nella posizione in cui sono stati riportati nell'apposito riquadro della SVaMA aggiornata (DGR 2961/2012, Allegato B, pagina 6).

I valori ai fini della definizione della situazione funzionale (Indice di Barthel) sono ricavati dalla SVaMA (pagina 10 e 11 - Allegato B, DGR 2961/2012). Vanno inseriti, secondo le specifiche indicate, nei campi da [3.8] a [3.18] e vanno omessi in caso di dimissione per decesso.

Le condizioni che necessitano di prestazioni infermieristiche o specialistiche sono inserite nel campo [3.19] secondo le modalità indicate e, al congedo, si codificano solo se l'esito è diverso dal decesso.

Altri punteggi ricavati da SVaMA sono inseriti nei campi da [3.20] a [3.23]. Al congedo si codificano solo se l'esito è diverso dal decesso.

Al campo [3.24] si inserisce il punteggio Karnofsky. Il valore 00 si indica solo per congedo per decesso.



Il campo [3.25] relativo alla traiettoria prognostica si valorizza solo nella valutazione all'accoglimento e viene scartato se inviato contestualmente al congedo. Il campo [3.26] relativo agli esiti funzionali si valorizza solo al congedo.

Gli episodi dal [3.27] al [3.32] vanno consuntivati al congedo.

Con riferimento al tracciato approvato con la DGR 2683/2014 è modificato il nomenclatore del campo [3.32] "Contenzione" ed è aggiunto il campo [3.33] che rileva la presenza di disturbi del comportamento.

3.4 Sezione "4.1 – TRACCIATO REGIONALE UDO" e Sezione "4.2 – TRACCIATO REGIONALE ATTI LR 22/2002"

Le sezioni 4.1 e 4.2 del tracciato vengono fornite dalla Regione.

4. MODALITÀ DI INVIO DEL FLUSSO E DEBITO INFORMATIVO

Con l'adozione di questo documento vengono definiti le modalità, le periodicità di invio del flusso e le titolarità del debito informativo a carico delle Aziende ULSS nei confronti della Regione.

4.1 Modalità di trasmissione

I flussi verranno trasmessi dalle Aziende ULSS titolari del debito informativo (le Aziende ULSS presso le quali hanno sede le strutture), con la consueta modalità di trasmissione dei flussi informativi in esercizio, utilizzando le funzionalità rese disponibili dal portale regionale dei flussi.

4.2 Periodicità

Le scadenze per la trasmissione dei flussi sono di norma mensili, come riassunto nel seguente schema.

SEZIONE	PERIODICITÀ
1 - Dati anagrafici assistito	Mensile
2 - ADT	Mensile
3 - Valutazione	Mensile
4.1 Tracciato regionale UDO	Quando aggiornato
4.2 Tracciato regionale Atti LR 22/2002	Quando aggiornato



In caso di scadenza mensile i dati devono essere inviati entro il mese successivo.

Il flusso mensile è di tipo incrementale (es. a febbraio verranno inviati i dati di gennaio; a marzo i dati di febbraio e gennaio; e così via...).

L'invio dei dati deve essere effettuato entro il mese solare successivo dell'episodio (di accoglimento o di congedo del paziente).

Con l'invio dei dati del mese di dicembre (entro la fine di gennaio) vengono definitivamente consolidati i dati relativi all'anno solare.

4.3 Titolarità del debito informativo

L'alimentazione del flusso viene effettuata esclusivamente dalle Aziende ULSS presso le quali hanno sede le strutture, anche per utenti la cui quota sia stata emessa da altra Azienda.

5. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

(gli aggiornamenti sono pubblicati nell'area web: <http://cureintermedie.regione.veneto.it/area-odc-urt/atti>)

- DGR n. 2481 del 6 agosto 2004. Sperimentazione organizzativa ai sensi dell'art. 25 della L.R. 03/02/1996, n. 5: "Progetto per l'attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dismissioni ospedaliere".
- DGR n. 2718 del 24 dicembre 2012. Legge regionale 29 giugno 2012 n. 23, art. 10. Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22.
- DGR n. 2122 del 19 novembre 2013. Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013. (Il testo completo del provvedimento è scaricabile dal BURV online)
- DGR n. 2108 del 10 novembre 2014. Legge Regionale 29 giugno 2012 n.23 art. 10 Strutture di Ricovero intermedie. Standard strutturali minimi Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. Definizione del procedimento di autorizzazione alla realizzazione, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 22/02, mediante trasformazione di spazi esistenti, già autorizzati all'esercizio per l'erogazione di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, o comunque inseriti in contesto sanitario o socio/sanitario.
- DGR n. 2683 del 29 dicembre 2014. Approvazione dei requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. L.R. 16 agosto 2002, n. 22.
- DGR n. 2019 del 30 dicembre 2015. Tariffazione delle strutture per le Cure intermedie. DGR 2621/2012 e DGR 2718/2012. (Con riferimento agli standard definiti dalla programmazione regionale, si aggiornano i valori delle tariffe giornaliere per il ricovero



presso le strutture per le Cure intermedie, modificando i valori definiti con l'Allegato D della DGR 2621/2012.)

- DGR 2961 del 28 dicembre 2012. Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità. DGR 1059/2012. Primo provvedimento: approvazione del set di strumenti per l'area delle persone anziane e altri non autosufficienti e modifiche alla scheda SVaMA di cui alla DGR 1133/2008.

6. GLOSSARIO DEGLI ACRONIMI

ADT	Ammissione/Dimissione/Trasferimento (sezione del tracciato record)
UDO*	Unità di Offerta
CDS*	Centro di Servizi
EG*	Ente Gestore
UVMD	Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale. Effettua la prima valutazione (per il calcolo del punteggio SVaMA e le rivalutazioni straordinarie).
ICPC	International Classification of Primary Care (Classificazione Internazionale delle Cure Primarie)

- * Per Ente Gestore si intende l'Ente che ha la titolarità della gestione del CDS e della UDO (per una migliore facilità di interpretazione: l'ente che ha inoltrato la domanda di autorizzazione e/o di accreditamento istituzionale, o iscritto all'anagrafe fiscale); per CDS si intende il Centro di servizi (identificato con la denominazione della struttura presso la quale si trovano le UDO), per Unità di Offerta si intende infine la struttura minima di offerta, coincidente con un unico livello assistenziale.

