



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 19 MAR 2013

| Protocollo n. 120303

| Allegati n. 2

Oggetto: Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera. Trasmissione di note integrative in merito agli adempimenti alla DGR 2961 del 28 dicembre 2012 e alcune correzioni formali al tracciato record approvato.

Preg.mi signori

Direttori Generali

Direttori dei Servizi Sociali

Responsabili dei sistemi informativi

delle Aziende ULSS del Veneto

e, p.c. Ai referenti delle Aziende ULSS per  
l'esecuzione della DGR 2961/2012

LORO SEDI

Gli adempimenti in corso nelle Aziende ULSS per l'attuazione della DGR 2961/2012, in materia di gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone non autosufficienti in area anziani, hanno fatto emergere la necessità di rispondere ad alcuni quesiti di natura tecnica e di correggere alcune imperfezioni contenute nel tracciato record.

A tale scopo, il gruppo di lavoro costituito con DGR 1059/2012 ha predisposto il documento di note integrative alla DGR 2961/2012, elaborato in forma di FAQ, che viene allegato alla presente.

Ricordo che le indicazioni contenute nell'allegato sono reperibili anche nell'area web del progetto alla pagina <http://extraospedaliero.regione.veneto.it/faq>.

Dalla medesima area web è scaricabile la versione del tracciato record aggiornata ad oggi, che corregge alcune imperfezioni formali e comunque sostituisce quella approvata con l'Allegato C della DGR 2961/2012.

Allego altresì un documento con il quale si forniscono alcune precisazioni sugli indicatori della qualità assistenziale, definendo la gravità delle cadute e le modalità di rilevazione della contenzione. Tale nota è opportuno che sia comunicata da parte delle Direzioni sociali ai centri di servizio nell'ambito della predisposizione dei flussi di dati dai centri di servizio stessi alle Aziende ULSS, fornendo indicazioni al fine di istituire il registro degli eventi e dei mezzi di contenzione nella cartella di ciascun utente.

Con i più cordiali saluti.

Il Segretario regionale alla Sanità  
Dr. Domenico Mantovan

Segreteria alla Sanità  
Palazzo Molin – San Polo 2514 – 30123 Venezia  
e-mail: [segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)



## Attuazione della DGR 2961/2012. Note integrative

(allegato 1 alla nota del Segretario regionale alla Sanità prot. n. 120303 del 19 marzo 2013)

In applicazione della DGR 2961/2012 sono state segnalate via email o nell'ambito di alcuni incontri con i referenti aziendali una serie, peraltro limitata, di dubbi, errori e problematiche di interpretazione, ai quali il presente documento intende dare risposta.

Facciamo subito presente che il contenuto di questo documento è pubblicato nell'area web <http://extraospedaliero.regione.veneto.it/faq>, alla quale è sempre possibile fare riferimento.

Il documento è redatto in forma di FAQ.

### *1. Qual è la tempistica di trasmissione del flusso?*

La tempistica e la periodicità per la trasmissione dei flussi è definita nella tabella del paragrafo 4.2 dall'Allegato A della DGR 2961/2012.

In fase di prima applicazione, i dati (di cadenza mensile) relativi ai primi tre mesi del 2013 possono essere inviati entro il 30 aprile 2013, come previsto nel paragrafo 4.4. Dal mese successivo devono essere inviati mensilmente.

### *2. Come intervenire se per la prima scadenza non si riesce ad inviare il flusso?*

La DGR 2961/2012 ha stabilito che "L'invio dei flussi a far data dal 1 gennaio 2013 andrà a sostituire l'obbligo di implementazione della web app impegnative di residenzialità": le Aziende che non potranno produrre i dati indifferibili potranno temporaneamente alimentare la web app, o attrezzarsi per la produzione di un flusso in altro modo.

In ogni caso, appena pronto lo strumento aziendale, i dati dovranno essere raccolti, caricati e trasmessi in forma di flusso incrementale, con decorrenza 1 gennaio 2013, fatti salvi alcuni dati non immediatamente essenziali ai fini della programmazione regionale, che vengono definiti successivamente.

### *3. Cosa accade in caso di inadempienza da parte dell'ULSS?*

L'attuazione della DGR 2961/2012 verrà inserita, per l'ambito socio-sanitario, tra i criteri di valutazione dei Direttori delle ULSS per l'anno 2013. L'inadempimento potrà perciò incidere sulla valutazione. Saranno inoltre valutate le conseguenze derivanti anche dall'incompleto invio dei dati FAR e dall'incapacità di elaborare i dati ai fini della programmazione regionale a causa delle ULSS inadempienti.

### *4. E' possibile l'individuazione di campi contenenti dati indifferibili per l'adempimento degli obblighi senza incorrere in sanzioni ministeriali?*

Con il paragrafo 4.4 dell'Allegato B della DGR 2961/2012 è stata stabilita la seguente suddivisione, tenendo conto dei tempi ravvicinati di esecuzione della DGR:



- per il primo semestre 2013 potranno essere inviati i flussi relativi agli utenti non autosufficienti con impegnativa di residenzialità, con possibile rinvio al secondo semestre dei dati relativi al registro degli eventi (campi dal 4.26 al 4.32);
- per il secondo semestre dovrà essere implementata la raccolta anche per le altre tipologie di utenti.

Prima di rispondere alla richiesta di individuazione di dati indifferibili, si premette che esistono due esigenze alla base della DGR 2961/2012, che si considerano di pari importanza:

- l'adempimento al flusso ministeriale FAR, per il quale è essenziale un sottoinsieme del flusso;
- la programmazione regionale, per la quale è essenziale l'intero flusso.

Detto questo, in un'ottica di collaborazione ragionevole, è possibile dilazionare (e non annullare) il debito informativo per una serie di campi che non sono immediatamente necessari, ma per i quali è comunque chiesto che vengano forniti (entro il corrente anno) i valori con decorrenza 1 gennaio 2013. Perciò si individuano le seguenti tipologie di campi:

**A) campi la cui raccolta è indifferibile** (che devono dunque essere alimentati entro il 30 aprile 2013) sono i seguenti, indicati tra parentesi per sezione:

Sezione 1 (1,2,3,7-17,19,20)

Sezione 2 (1-22,27,30)

Sezione 3 (1-4,8-11)

Sezione 4 (1,2,3,6-10,12,13,14,17,18,20-25)

Sezione 7 (1,4,5)

**B) campi la cui raccolta potrà avvenire successivamente** (con decorrenza dal secondo semestre)

Sezione 1 (4,5)

Sezione 2 (23, 24,25,26,31)

Sezione 4 (4,5,11,15,16,19,35-40)

**C) campi la cui raccolta potrà avvenire successivamente** (ma con decorrenza dal 1 gennaio 2013)

Sezione 1 (18)

Sezione 2 (1-22,28,29)

Sezione 3 (5,6,7)

Sezione 4 (26-32)

Sezione 5 (tutti, con periodicità annuale)

Sezione 6 (tutti, con periodicità annuale)

## *5. E' obbligatorio raccogliere i dati degli utenti paganti in proprio?*

Sì, dal secondo semestre 2013, se sono accolti presso UDO per non autosufficienti o in sezioni per autosufficienti all'interno di UDO per non autosufficienti. E' importante che di questi utenti conosciamo se è stata effettuata la valutazione con SVaMA in UVMD e con quali esiti.

## *6. Rilevazione degli eventi nella sezione ADT: correzione della modalità di rilevazione delle cadute.*

La sezione ADT contiene una serie di campi (registro eventi) il cui contenuto non era mai stato rilevato precedentemente. La strutturazione del tracciato record nell'Allegato C della DGR



2961/2012 è inesatta e viene perciò modificata nel seguente modo in una nuova sezione del tracciato record (si rinvia alla nuova formulazione del tracciato record per l'esatta attribuzione delle posizioni):

4.48	Cadute lievi	3		N	O	Numero di cadute nell'intervallo di tempo, senza conseguenze o con conseguenze minori o lievi, trattate in struttura. Il valore da utilizzare è compreso tra "000" e "999".
4.49	Cadute moderate	3		N	O	Numero di cadute nell'intervallo di tempo, con conseguenze moderate (accesso a PS o a prestazione diagnostica/specialistica, senza ricovero o frattura). Il valore da utilizzare è compreso tra "000" e "999".
4.50	Cadute gravi	3		N	O	Numero di cadute nell'intervallo di tempo, con conseguenze gravi (con ricovero o frattura). Il valore da utilizzare è compreso tra "000" e "999".
4.27 (eliminare)	Cadute. Distinzione	+		N	O	Le codici da utilizzare sono i seguenti: 1. Con conseguenze minori o lievi 2. Importanti (accesso a PS o a prestazione diagnostica/specialistica) 3. Gravi (ricovero o altra grave conseguenza)

L'intervallo di tempo per la rilevazione degli eventi è quello definito dalla modalità di invio incrementale (vedi sotto alla FAQ numero 8).

La gravità delle cadute viene così definita:

- **Lievi:** con nessuna conseguenza o conseguenze minimali, asintomatiche e trattate in struttura.
- **Moderate:** con conseguenze visibili, segni (ecchimosi, abrasioni, contusioni, lacerazioni) e sintomi (dolore, impotenza funzionale) presenti, con accesso a Pronto Soccorso o prestazione diagnostico-specialistica, ma senza ricovero o frattura.
- **Gravi:** con sintomi, segni e quadro clinico che hanno richiesto il trasporto del paziente fuori struttura per l'esecuzione di accertamenti diagnostici o specialistici o accesso in Pronto soccorso, e si sono associati a ricovero o hanno evidenziato frattura.

## 7. Rilevazione degli eventi nella sezione ADT: definizione di contenzione.

I mezzi di contenzione sono applicabili e non sono proibiti ma:

- Gli strumenti di contenzione vengono utilizzati solo per proteggere il paziente e non per motivi di convenienza o di organizzazione del lavoro.
- Tutti i mezzi di contenzione possono essere applicati solo con il consenso del paziente o con la prescrizione medica scritta del tipo, durata e frequenza di controllo della contenzione.
- E' opportuno avere un registro dei mezzi di contenzione nella cartella del paziente per consentire il passaggio di consegne sulla durata, necessità e verifica del permanere delle condizioni che hanno portato alla contenzione.

Vengono definiti come mezzi di contenzione fisica:

- Cinture o indumenti o lenzuola contenitive che assicurano il paziente al letto o alla sedia a rotelle, a meno che non siano regolabili o sganciabili dal paziente stesso.



- Le spondine dei letti, a meno che siano regolabili / apribili dal paziente stesso.
- I tavolini o vassoi o divaricatori agganciati alla sedia a rotelle per evitare la caduta in avanti del paziente.
- Cinture o fasce che bloccano uno o più arti (es. polso) per impedire la rimozione di SNG o vie di infusione.

La rilevazione prevista dal campo 4.32 riguarda la presenza di uno o più mezzi di contenzione, come definiti sopra. A titolo di esempio, andrà rilevata come “contenzione continua” la presenza durante il giorno di mezzi di assicurazione alla sedia e spondine al letto durante la notte.

## *8. Cosa si intende per flusso incrementale?*

Nel paragrafo 4 del documento tecnico (Allegato A della DGR 2961/2012) a pagina 17 si stabilisce che il flusso mensile sarà di tipo incrementale. Forniamo qui di seguito la seguente precisazione generale (rinviando i dettagli tecnici all’area web).

L’insieme dei dati da inviare di mese in mese deve contenere TUTTI i dati dei mesi precedenti, da gennaio all’ultimo mese di invio. In tale modo sarà possibile aggiornare/rettificare eventuali dati mancanti o inesatti relativi a mesi precedenti a quello d’invio (ad esempio il mancato inserimento di un utente nella sezione valutazione, o ADT, ecc...).

Vi sono inoltre delle tipologie di dati (quali ad esempio quelli del registro eventi, il cui contenuto viene costantemente aggiornato e sovrascritto (e gestito con le modalità descritte nella FAQ numero 6).

I dati, inviati con cadenza mensile riportano perciò la situazione aggiornata per tutti i tipi record richiesti.

La rilevazione dei dati “quantitativi” previsti nel tracciato ADT (tra cui quelli descritti nelle FAQ numero 6 e 7), poiché necessita di essere definita con riferimento temporale all’anno di rilevazione, è stata spostata nella nuova sezione del tracciato record “4.3 TRACCIATO ADT – Rilevazioni quantitative ospite”. I record di questa sezione sono valorizzati in modo incrementale dall’inizio dell’anno e riferiti allo specifico numero di pratica [campi 4.2 e 4.43]. **A tale scopo è stato opportunamente modificato il tracciato record dell’Allegato C della DGR 2961, prevedendo anche un maggior numero di caratteri nei campi dove necessario.**

Il tracciato 4.1 invece farà riferimento all’episodio di ammissione dimissione, come specificato nella FAQ numero 9.

Inizialmente dovranno essere inviati ogni mese i dati di tutti i pazienti per le tipologie di ricovero previste dalla circolare (con IDR e poi gli altri, come da indicazioni) compresi anche gli ospiti nel frattempo dimessi o deceduti, ecc. Successivamente (a seguito di specifica comunicazione regionale) potranno essere inviati solo i pazienti “attivi”, cioè i pazienti entrati/usciti o presenti nelle strutture nel mese e tutti i dati ad essi relativi .

I dati inviati si intendono da utilizzare in modalità “ricopertura” dei dati precedenti e saranno effettuate le verifiche di competenza dei movimenti rispetto alla data di invio.

- 4/5 -

*Segreteria alla Sanità*

Palazzo Molin – San Polo 2514 – 30123 Venezia

e-mail: [segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)



Sarà inoltre gestita l'aggregazione dei dati sul paziente per verificare la congruenza dei vari movimenti di ADT anche per i pazienti ospitati fuori ULSS, per i quali è previsto l'invio di dati da due aziende.

## *9. Tracciato ADT. Apertura e chiusura di record (episodio)*

Il tracciato ADT, come definito nel paragrafo 3.4 dell'Allegato A della DGR 2961/2012 (pagina 8/20) stabilisce che nel tracciato ogni "record si crea con l'immissione della data di ingresso in struttura e si chiude con l'indicazione della data di uscita definitiva". E' stata rilevata la necessità di definire altri eventi che portano alla chiusura dei record e all'apertura di nuovi record:

- Cambio livello assistenziale (per il quale nel tracciato record modificato è stato aggiunto ai nomenclatori del campo 4.8 e del campo 4.22 il punto "6. Cambio livello assistenziale") in caso di variazione della tipologia quota di rilievo sanitaria (campo 4.14) anche a seguito di emissione di impegnativa per un utente precedentemente accolto privatamente o con impegnativa temporanea.
- Trasferimento ad altra UDO, senza cambio di livello assistenziale (per il quale nel tracciato record modificato è stato aggiunto ai nomenclatori del campo 4.8 e del campo 4.22 il punto "7. Trasferimento da/ad altra UDO (senza cambio livello)"), che avviene quando l'utente si trasferisce da una UDO all'altra senza aver cambiato il livello assistenziale.
- Modifiche al campo 1.20 (che comportano anche la creazione di un nuovo record per episodio di cura nella sezione 1.1).

## *10. Presenza di eventuali errori formali nella DGR*

Gli errori formali fin qui segnalati sono stati oggetto di modifica nel tracciato record ed evidenziati nella nuova versione dell'Allegato C della DGR 2961/2012.

Il nuovo testo non viene sottoposto ad approvazione della Giunta regionale, in quanto contiene esclusivamente modifiche formali e non sostanziali, ed è scaricabile dalla pagina <http://extraospedaliero.regione.veneto.it/dgr-di-riferimento>.

## *11. Ordinamento delle patologie e dei progetti assistenziali*

Poiché nella precedente SVaMA le patologie, né il progetto principale e secondario, non venivano ordinate il valori delle UVMD antecedenti il 1° gennaio 2013 possono essere liberamente inseriti. Eventualmente si possono considerare facoltativi prima del 1° gennaio 2013: saranno comunque recuperati con la valutazione trimestrale in UOI. Per quanto riguarda i progetti assistenziali secondari, si ricorda che la loro rilevazione è indicata O/F, quindi è previsto che possano non esserci.

## *12. Rilevazione della valutazione al primo invio*

I dati della valutazione (Sezione 2) nel corso del primo invio si riferiscono alla valutazione effettuata per l'ingresso in struttura o per l'emissione dell'ultima impegnativa di residenzialità.



## Attuazione della DGR 2961/2012.

### Rilevazione degli indicatori di qualità assistenziale.

(allegato 2 alla nota del Segretario regionale alla Sanità prot. n. 120303 del 19 marzo 2013)

Con la DGR 2961/2012 è stato rinnovata ed unificata in un unico strumento la modalità di raccolta dei flussi informativi in materia di residenzialità extraospedaliera in area anziani.

Le novità contenute riguardano anche la rilevazione di alcuni indicatori in merito alla qualità assistenziale degli ospiti dei centri di servizio presenti nel territorio regionale che devono essere rilevati dalle ULSS e trasmessi mensilmente in forma di flusso alla Regione.

Tali indicatori riguardano le cadute (numero e distinzione, per gravità), la presenza di lesioni da decubito, la presenza di catetere urinario, di infezioni urinarie e non, e l'utilizzo di mezzi di contenzione.

Si specifica che la **gravità delle cadute** viene così definita:

- **Lievi:** con nessuna conseguenza o conseguenze minimali, asintomatiche e trattate in struttura.
- **Moderate:** con conseguenze visibili, segni (ecchimosi, abrasioni, contusioni, lacerazioni) e sintomi (dolore, impotenza funzionale) presenti, con accesso a Pronto Soccorso o prestazione diagnostico-specialistica, ma senza ricovero o frattura.
- **Gravi:** con sintomi, segni e quadro clinico che hanno richiesto il trasporto del paziente fuori struttura per l'esecuzione di accertamenti diagnostici o specialistici o accesso in Pronto soccorso, e si sono associati a ricovero o hanno evidenziato frattura.

I **mezzi di contenzione fisica** sono applicabili e non sono proibiti ma:

- gli strumenti di contenzione vengono utilizzati solo per proteggere il paziente e non per motivi di convenienza o di organizzazione del lavoro;
- tutti i mezzi di contenzione possono essere applicati solo con il consenso del paziente o con la prescrizione medica scritta del tipo, durata e frequenza di controllo della contenzione;
- è opportuno avere un registro dei mezzi di contenzione nella cartella del paziente per consentire il passaggio di consegne sulla durata, necessità e verifica del permanere delle condizioni che hanno portato alla contenzione.

Per quanto riguarda i mezzi di contenzione fisica, vengono definiti come tali:

- cinture o indumenti o lenzuola contenitive che assicurano il paziente al letto o alla sedia a rotelle, a meno che non siano regolabili o sganciabili dal paziente stesso;
- spondine dei letti, a meno che siano regolabili / apribili dal paziente stesso;
- tavolini o vassoi o divaricatori agganciati alla sedia a rotelle per evitare la caduta in avanti del paziente;
- cinture o fasce che bloccano uno o più arti (es. polso) per impedire la rimozione di SNG o vie di infusione.

La rilevazione prevista riguarda la presenza di uno o più mezzi di contenzione, come definiti sopra. A titolo di esempio, andrà rilevata come "contenzione continua" la presenza durante il giorno di mezzi di assicurazione alla sedia e spondine al letto durante la notte.

Per eventuali ulteriori informazioni sull'attuazione della DGR 2961/2012, si segnala che sono dall'area web <http://extraospedaliero.regione.veneto.it>.

*Segreteria alla Sanità*

Palazzo Molin – San Polo 2514 – 30123 Venezia

e-mail: [segr.sanita@regione.veneto.it](mailto:segr.sanita@regione.veneto.it)