

SPECIFICHE FUNZIONALI
Flusso ADI
Assistenza Domiciliare Integrata

Versione 2.0 del 15/02/2023

SOMMARIO

1.	Revisioni	3
2.	Introduzione	4
3.	Obiettivo del documento	4
3.1	Descrizione breve del flusso	4
3.2	Prestazioni occasionali	5
4.	Definizioni e formati	6
4.1	Formato dei file	6
4.2	Definizione e standard dei campi	6
4.3	Informazioni e controlli sul formato, il dominio e la congruenza dei dati stessi.	7
4.4	Legenda	8
5.	Descrizione dei tracciati	8
5.1	Schema relazionale dei tracciati	9
5.2	Specifiche di compilazione di alcuni campi	10
6.	TRACCIATI	13
6.1	FILE1 – Informazioni Anagrafiche	13
6.1.1	FILE1 – Diagramma XSD	14
6.1.2	FILE1 – Definizione campi	15
6.1.3	FILE1 - Esempio XML	20
6.1.4	FILE1 – Schema XSD	20
6.2	FILE2 – Informazioni relative alla presa in carico	21
6.2.1	FILE2 - Diagramma XSD	24
6.2.2	FILE2 – Definizione campi	30
6.2.3	FILE2 – Esempio XML	60
6.2.4	FILE2 – Schema XSD	60
7.	Controlli specifici	60
7.1	Controlli generalizzati sul Codice Identificativo Paziente	60
7.2	Controlli sulla residenza	61
8.	Tabelle	61
8.1	Tabella Codici dei messaggi di errori e segnalazioni	62
9.	Modalità e tempi di trasmissione	63
9.1	Modalità di invio	63
9.2	Scadenze	63
10.	Ritorno informativo	64
10.1	Diagnostica fornita in validazione flusso	64
10.2	Debito informativo da fornire dopo il caricamento	65
11.	Referenti regionali	66

1. REVISIONI

Versione	Data Creazione/Ultimo aggiornamento	Redatto da	Approvato da	Modifiche	Note
1.0	02/02/2022	Regione Emilia-Romagna Engineering Ingegneria Informatica	Giulia Previatti	Specifiche per la rilevazione dei casi COVID-19 in ADI Formalizzazione scadenza 5° invio al 28/2 dell'anno successivo a quello di riferimento Ridenominazione Campo B050 Controllo su campo Patologia prevalente per Tad MMG	Prima versione
2.0	15/02/2023	Regione Emilia-Romagna Engineering Ingegneria Informatica	Giulia Previatti	Trasformazione dei tracciati da txt a xml Inserimento nuovi campi dal 2023 Eliminata la rilevazione dei casi COVID-19 in ADI	

2. INTRODUZIONE

Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita (DPCM 12 gennaio 2017 art. 22 e 23 - cure domiciliari e cure domiciliari palliative).

Le cure domiciliari permettono alle persone ammalate, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentono, di vivere il più possibile nel proprio ambiente, tra le persone care. L'assistenza a domicilio è collegata in rete con gli altri servizi sanitari sia ospedalieri che territoriali per garantire la continuità delle cure.

L'equipe di assistenza domiciliare è multiprofessionale, prevalentemente composta dal medico di famiglia, (o pediatra di libera scelta) l'infermiere, l'assistente sociale del Servizio Assistenza Anziani del Comune, a cui si aggiungono, in funzione del piano assistenziale, medici specialisti fisioterapisti, dietisti, ecc. L'assistenza a domicilio prevede piani personalizzati di cura adeguati alle singole esigenze.

Quando necessario, vengono offerti servizi sociali di aiuto alla persona e alla cura dell'abitazione. Per l'accesso alle cure domiciliari il primo riferimento è costituito dal medico di famiglia.

Per monitorare le attività di assistenza domiciliare svolte in forma integrata è stato attivato, a partire dal 1999, un flusso informativo regionale che permette di conoscere il percorso assistenziale del paziente di cui vengono rilevati le caratteristiche demografiche, gli episodi di cura di assistenza domiciliare e gli accessi al domicilio da parte delle diverse figure professionali.

Come sopra richiamato, anche le cure domiciliari palliative vengono rilevate attraverso il flusso SI-ADI.

Il flusso informativo a livello regionale è attivo dal 2002, mentre a livello nazionale è attivo dal 2009 a seguito dell'emanazione del Decreto Ministeriale 17 Dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" (G.U. Serie Generale n. 6 del 9 gennaio 2009). Con tale decreto il Ministero della Salute, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) ha definito le norme per la rilevazione nazionale delle informazioni delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Tale Decreto attiva "la rilevazione degli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare" a partire dal 1° gennaio 2009. Il conferimento dei dati dell'assistenza domiciliare costituisce adempimento della Regione verso il Ministero ai sensi dell'Intesa del 23 marzo 2005 e ripreso dal Patto per la salute 2006-2008 e quindi alle rilevazioni degli indicatori regionali e del Nuovo Sistema di Garanzia relativi all'ADI e alle Cure Palliative Domiciliari.

Dal 2023 il flusso informativo SIAD è stato evoluto per consentire la rilevazione completa delle informazioni sugli assistiti, inclusi i differenti livelli di assistenza a domicilio (Cure domiciliari e UCPDOM – Cure palliative domiciliari).

Le informazioni devono essere trasmesse dalle Aziende USL al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, secondo le caratteristiche e le modalità descritte nel documento.

3. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

Il documento si pone l'obiettivo di fornire informazioni utili alla corretta rilevazione dell'attività erogata dell'Assistenza Domiciliare Integrata e delle cure domiciliari palliative in base alle caratteristiche e alle modalità descritte nei paragrafi che seguono.

3.1 Descrizione breve del flusso

Oggetto della rilevazione è **ciascun periodo di assistenza domiciliare reso al singolo paziente**; pertanto, il flusso informativo prevede la trasmissione **di un record in corrispondenza di ogni episodio o periodo di cura a domicilio**.

La rilevazione comprende l'assistenza sociale a rilievo sanitario, l'assistenza infermieristica e l'assistenza integrata. Come citato nel D.M. 17/12/2008 "... sono esclusi dalla rilevazione tutti gli interventi caratterizzati esclusivamente da "sostegno sociale" della persona".

Per ciascun episodio di cura sono raccolte informazioni sulle **caratteristiche anagrafiche del paziente** e, in separata tabella, le condizioni patologiche (intese come problemi prevalenti ai fini dell'assistenza) e le **valutazioni e rivalutazioni multidimensionali del paziente** effettuate durante il periodo di riferimento. Viene infatti richiesto di individuare il problema (sanitario o socio-sanitario) che determina il maggior impegno assistenziale nell'ambito dell'episodio di cura ma che non necessariamente fa esplicito riferimento alla patologia principale di cui è affetto il paziente, congiuntamente alla valutazione multidimensionale del paziente. **All'interno della valutazione sono state inserite delle specifiche per i pazienti in Cure Palliative Domiciliari (UCPD – UCPDP).**

Sono inoltre raccolte **le caratteristiche dell'assistenza erogata**: informazioni relative alla tipologia di assistenza domiciliare erogata, la proposta e la motivazione della richiesta di attivazione dell'assistenza, il livello di intensità delle cure, le date di inizio e conclusione dell'episodio di cura, etc...Vi sono inoltre due variabili riferibili all'assistenza socio-sanitaria: una segnala se l'episodio di cura prevede la presa in carico socio-sanitaria, l'altra consente di inserire il numero totale di ore effettuate dagli operatori del servizio sociale, rimborsate dalle AUSL.

Rientrano nella rilevazione **i singoli accessi al domicilio del paziente**. Devono essere perciò forniti, come da decreto ministeriale, i dati relativi ai **singoli accessi al domicilio del paziente** da parte di operatori sanitari e socio-sanitari coinvolti nella realizzazione del piano di cura quali: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri, assistenti sociali, medici specialisti, medici esperti in cure palliative, fisioterapisti, psicologi, logopedisti, OSS, dietisti, terapisti occupazionali. In particolare, per gli accessi effettuati durante una presa in carico in cure palliative, **comprese quelle pediatriche**, è necessario (anche ai fini della rilevazione degli indicatori del nuovo sistema di garanzia) segnalare l'accesso del medico palliativista utilizzando la voce **"medico esperto in cure palliative"** e non **"medico specialista"**. **I medici esperti in cure palliative comprendono anche i pediatri che operano nella Rete di Cure Palliative Pediatriche.** **Dal 2023 sono comprese nella rilevazione le prestazioni erogate ad ogni singolo accesso così come previste da tracciato.** È previsto l'invio delle **sospensioni dalla presa in carico di assistenza domiciliare** per ricovero in ospedale, ricovero di sollievo in struttura residenziale o allontanamento temporaneo.

3.2 Prestazioni occasionali

L'assistenza domiciliare integrata è una modalità di assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogata al domicilio del paziente in modo continuato ed integrato attraverso la predisposizione di un piano personalizzato di assistenza e una valutazione multidimensionale; da questa definizione restano escluse le PRESTAZIONI OCCASIONALI ovvero tutte quelle prestazioni sanitarie e/o socio –assistenziali che prevedono l'intervento del professionista e si concludono con una prestazione, pertanto non necessitano di un piano personalizzato di assistenza e di una valutazione multidimensionale. Tali attività possono essere ripetute a distanza nel tempo.

Non rientra nel flusso ADI la rilevazione delle prestazioni occasionali.

Per chiarire si riporta di seguito un elenco non esaustivo di quelle che possono essere considerate prestazioni occasionali:

- prelievi che non necessitano di continuità di cure; in tale categoria non rientrano i prelievi ematici per TAO in quanto necessitano di una presa in carico per la valutazione terapeutica;
- medicazioni semplici post-intervento o post-traumatiche;
- ECG;
- clistere;
- rimozione catetere vescicale;

- terapie intramuscolari o infusionali;
- visite specialistiche;
- visita ospedaliera e/o valutazione senza successiva presa in carico;
- interventi per emergenza caldo quando i pazienti non necessitano di una presa in carico;
- addestramento ai familiari o al personale addetto all'assistenza di base; per quanto riguarda l'educazione terapeutica questa non può essere considerata una prestazione occasionale in quanto necessita di una presa in carico;
- consulenze (anche infermieristiche per altri professionisti).

4. DEFINIZIONI E FORMATI

4.1 Formato dei file

L'invio dei dati è previsto in più file con tracciati in formato XML per ognuno dei quali il corrispondente schema di convalida XSD è reso disponibile per la validazione.

I file devono avere estensione .XML oppure .ZIP (file compressi con formato ZIP e contenenti un solo file). Un file ZIP deve contenere un solo file che deve avere estensione .XML.

Per le definizioni e i controlli che riguardano i singoli tracciati occorre fare riferimento ai capitoli che seguono.

4.2 Definizione e standard dei campi

Nei paragrafi che seguono sono elencati i campi dei diversi tracciati previsti dal flusso ADI con le seguenti informazioni:

- Progressivo campo e gerarchia
- Nome del campo e descrizione
- Tipologie e lunghezza

Le tipologie di campo previste sono le seguenti:

AN = Campo Alfanumerico (gli zeri a sinistra sono significativi)

N = Campo Numerico

DT = Campo Data

I campi DATA devono avere il seguente formato: **AAAA-MM-GG** (ad es. 2015-02-26 corrisponde a 26 febbraio 2015) dove quindi:

- ✓ GG rappresenta il giorno (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ✓ MM rappresenta il mese (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ✓ AAAA rappresenta l'anno compreso di secolo.

4.3 Informazioni e controlli sul formato, il dominio e la congruenza dei dati stessi.

I tracciati sono abbinati attraverso la chiave e i record che non trovano la corrispondenza sono scartati.

Nello stesso invio non possono essere presenti due record con la stessa chiave.

I campi facoltativi possono essere non impostati, ma si assume sempre che un campo valorizzato sarà sottoposto a tutti i controlli indicati nel documento (dominio, formato, congruenza, ecc.).

Posizione contabile	Obiettivo	Controlli
1 – Inserimento	Se si intende inserire un record nell'archivio regionale.	Il record (identificato dai campi chiave) NON deve essere già presente nella Banca Dati Regionale.
2 – Integrazione	Se si intende inserire un record nell'archivio regionale NON appartenente all'invio di competenza, ma al periodo precedente	Il record (identificato dai campi chiave) NON deve essere già presente nella Banca Dati Regionale.
3 – Variazione	Utilizzare per i record già presenti nell'archivio regionale esclusivamente per modificare le informazioni già inviate e acquisite.	Il record (identificato dai campi chiave) deve essere già presente nella Banca Dati Regionale.
4 - Cancellazione	Utilizzare esclusivamente per cancellare definitivamente i record già presenti nell'archivio regionale.	Il record (identificato dai campi chiave) deve essere già presente nella Banca Dati Regionale.

Le posizioni contabili 2, 3 e 4 possono essere utilizzati in tutti gli invii eccetto il primo.

I record inviati con posizione contabile 4 sono soggetti al solo controllo di corrispondenza della chiave in banca dati; tutti i controlli sugli altri campi del tracciato sono by-passati.

Nell'invio dei dati occorre rispettare la tempistica descritta nel paragrafo [Scadenze](#).

Se si intende variare i campi della chiave occorre operare con una cancellazione del vecchio episodio e l'inserimento del nuovo.

Tutti i controlli di dominio sono effettuati in maniera storica: ogni codice dovrà quindi essere valido nella banca dati regionale alla **data di riferimento** calcolata per ogni record. In generale la data di riferimento corrisponde alla data di presa in carico, se valida, altrimenti viene utilizzato il 01/01 dell'anno di riferimento.

Tale data potrà essere utilizzata per accedere in maniera storica ai servizi web utilizzabili per consultare i valori di dominio dei singoli campi del tracciato record.

Esempio di accesso con data di riferimento:

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende?dt_riferimento=01-01-2017

Esempio di consultazione della situazione corrente:

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende>

4.4 Legenda

Legenda per i paragrafi successivi.

(E)	Errore che genera lo scarto dell'intera scheda	Errore bloccante
(W)	Errore che genera una segnalazione (warning).	Errore non bloccante

Acronimi:

ADR	Assistenza domiciliare in residenza non protetta o non convenzionata
MMG	Medico di Medicina Generale
PAI	Piano di Assistenza individuale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
RCLP	Rete Locale di Cure Palliative
RCPPTD	Rete Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore
RLTD	Rete Locale di Terapia del Dolore
TEAM	Tessere europea di assicurazione malattia
TS	Tessera sanitaria
UCPD	Unità di cure palliative domiciliari
UCPDP	Unità di cure palliative domiciliari pediatriche
UVM	Unità di valutazione multidimensionale

5. DESCRIZIONE DEI TRACCIATI

Nel rispetto del "Codice in materia di protezione dei dati personali", D.Lgs. 196/2003 e ss.mm. e "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)", D.Lgs. 101/2018, la rilevazione è sempre costituita da 2 file:

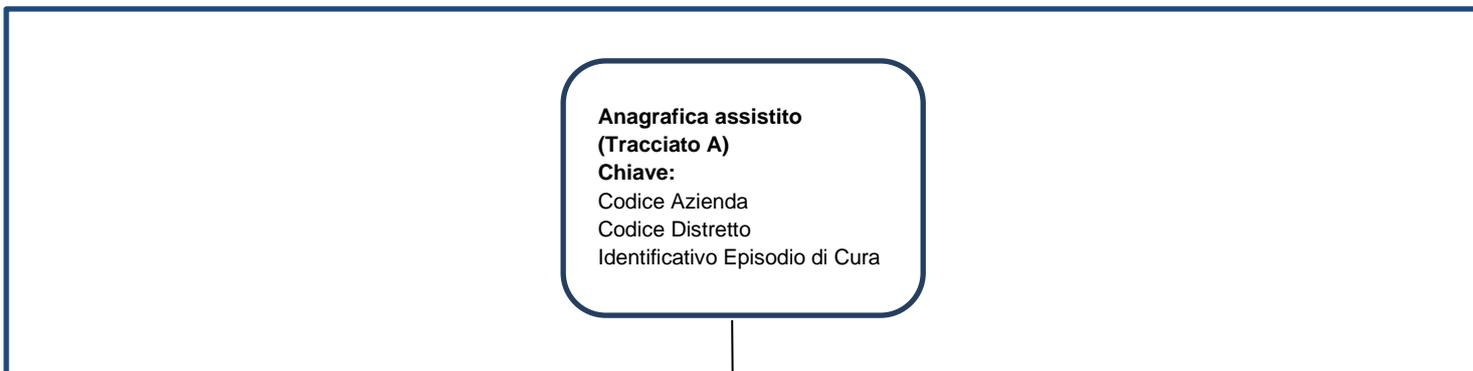
Dati dell'assistito (File 1) che comprende i dati anagrafici dell'assistito.

Dati relativi alla presa in carico (File 2) che contiene tutte le informazioni specifiche dell'episodio di cura comprese le informazioni relative agli accessi, alle valutazioni e rivalutazioni del paziente e alle sospensioni della presa in carico.

I dati dei due file devono essere abbinati attraverso i campi che identificano la chiave. Ogni singolo record anagrafico deve essere collegato a un record riguardante i dati di attività e, viceversa, ogni singolo record riguardante i dati di attività deve essere collegato ad un solo record anagrafico.

5.1 Schema relazionale dei tracciati

FILE 1



FILE 2

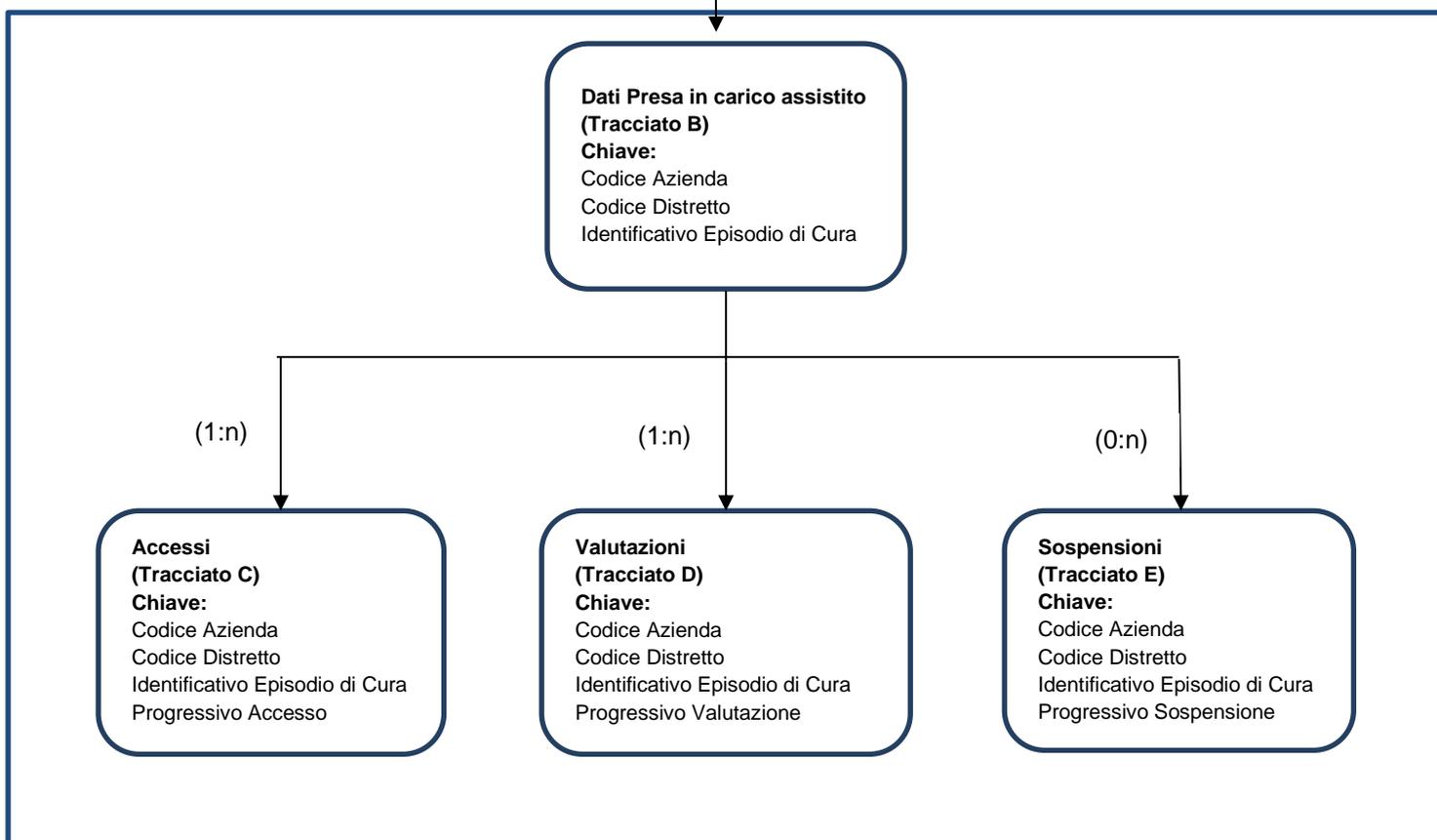


Figura 1 - Schema relazionale

5.2 *Specifiche di compilazione di alcuni campi*

a. **Richiesta/proposta di attivazione.**

Individua chi fa o da dove parte la richiesta/proposta di attivazione di un programma di assistenza domiciliare. Anche se il MMG è comunque colui che attiva l'ADI, egli dovrà essere segnalato come proponente solo se non vi sono altri soggetti/strutture che hanno comunicato la necessità di attivazione dell'ADI (come ad esempio strutture ospedaliere, rete delle cure palliative, ecc).

Fra i valori consentiti sono individuati come proponenti anche Ospedale, Hospice e Strutture Residenziali non ospedaliere che propongono l'attivazione del programma ADI attraverso la DIMISSIONE PROTETTA.

La dimissione protetta è lo strumento che garantisce la continuità di cura attraverso l'attuazione di un progetto assistenziale personalizzato tra ospedale e servizi territoriali, alle persone che, in relazione al loro stato di salute, al momento della dimissione dall'ospedale/hospice (o altre strutture residenziali) necessitano di servizi sanitari e/o sociali. Appare utile specificare che se il proponente è l'Unità di Valutazione Geriatrica questa va ricompresa nella Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

b. **Tipologia di Assistenza domiciliare (TAD)**

Indica la tipologia di assistenza domiciliare fornita al paziente e non corrisponde necessariamente all'apertura di contratti amministrativi. Qualunque sia la tipologia di TAD è possibile la presenza al domicilio di diversi professionisti.

Le tipologie individuate sono:

- episodi di cura corrispondenti ai contratti amministrativi dei medici di medicina generale.
- episodi di cura dove l'infermiere è il responsabile assistenziale.
- episodi di cura di assistenza domiciliare dove è prevalente l'assistenza "tutelare" permettendo così di rilevare l'assistenza domiciliare sociale con presa in carico socio-sanitaria. Anche per questo tipo di presa in carico, per le quali veniva rilevato in passato solo un set di informazioni ridotto, è richiesta la rilevazione di tutte le informazioni come per le altre tipologie.
- episodi di cura di cure palliative domiciliari, erogate dall'équipe delle Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCPD) così come previsto dalla DGR 560/15. L'équipe dell'UCPD è composta da Medico di Medicina Generale (MMG), da infermiere e medico palliativista dedicati e dalle figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia attraverso l'attuazione del PAI. L'UCPD deve integrarsi con il modello organizzativo ADI e deve garantire sia il livello base che il livello specialistico (il livello sarà individuato in funzione dell'aumento della complessità dei bisogni dei pazienti). Per questa tipologia si distinguono i due livelli:
 - Cure palliative di base: il MMG è il responsabile terapeutico del caso integrato dal medico specialista (palliativista);
 - Cure palliative specialistiche: il responsabile terapeutico è il medico specialista (palliativista). Sono comprese le cure palliative specialistiche erogate da Associazioni No profit che fanno parte della Rete delle Cure Palliative.

Nel caso di presa in carico palliativa va sempre indicata la TAD di cure palliative (di base o specialistiche) anche in presenza di un contratto amministrativo aperto con il Medico di famiglia. Nel caso di un paziente già in carico con una TAD diversa da quella palliativa, e per il quale sia intervenuta la modifica della valutazione e del PAI, sarà necessario chiudere la TAD in essere ed aprirne una nuova TAD di cure palliative.

c. **Data della presa in carico**

Corrisponde alla data in cui viene effettuata la PRIMA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE, anche se avviene in ospedale.

Se entro 15 giorni dalla data in cui l'infermiere si è recato dal paziente viene aperto un contratto con il MMG, la presa in carico medica ricomprenderà gli accessi infermieristici precedenti alla sua apertura, e di conseguenza il primo giorno della presa in carico medica coinciderà con il primo accesso effettuato dall'infermiere.

Per gli episodi di cura interrotti formalmente al 31/12 dell'anno precedente, la data di presa in carico corrisponde al 1° gennaio.

d. **Data di chiusura della presa in carico**

Individua la data della chiusura dell'episodio di cura a domicilio.

Al fine di evitare la contemporaneità di due periodi di cura è necessario chiudere l'episodio nel caso in cui il medico di famiglia venga cambiato. In tale situazione la data di chiusura corrisponde all'ultimo accesso effettuato da uno degli operatori coinvolti (non necessariamente il medico di medicina generale) nell'episodio di cura in chiusura. L'avvio di un nuovo programma assistenziale con un nuovo medico e quindi l'apertura di una nuova presa in carico corrisponderà al primo accesso effettuato da uno degli operatori coinvolti.

Qualora si verifichi il decesso del paziente durante la presa in carico, la data di chiusura coinciderà con tale evento.

La data di chiusura può quindi corrispondere:

- alla data dell'ultimo accesso effettuato al domicilio del paziente se il programma assistenziale è considerato completato;
- alla data dell'ultimo accesso effettuato dagli operatori nel caso in cui il medico di famiglia venga cambiato;
- alla data di decesso, anche qualora venga effettuato un ulteriore accesso per supporto al lutto o ritiro materiale/documentazione successivo al decesso del paziente;
- al 31/12 dell'anno di riferimento se il programma assistenziale del paziente prosegue nell'anno successivo (chiusura temporanea per prosecuzione nell'anno successivo).

La chiusura degli episodi di cura sarà effettuata anche ogni qualvolta cambia il livello assistenziale e/o la tipologia dell'episodio a seguito di una rivalutazione del paziente.

e. Episodi di cura con presa in carico socio-sanitaria

Specifica se durante l'episodio di cura sono state fornite, anche prestazioni sociali a rilievo sanitario con oneri a carico del fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) come previsto al punto 4.1 della D.G.R. 1378/99 e successive modifiche; tutti gli episodi di cura di tipo Socio-sanitario rilevati nel flusso dovranno sempre ricomprendere gli oneri a rilievo sanitario.

f. Data di segnalazione del caso

È la data in cui è avvenuta la segnalazione per una presa in carico ADI; per le cure palliative (DGR 560/2015) si intende la data di ricevimento da parte della Rete di Cure Palliative della proposta di attivazione di un programma di cure domiciliari.

In caso di dimissione dall'ospedale, per data di segnalazione s'intende sempre la data di dimissione dall'ospedale.

Anche in caso di prosecuzione della presa in carico da anno precedente, la data di segnalazione è la data di effettiva segnalazione del caso.

g. Data della valutazione

È la data in cui avviene la valutazione iniziale o la rivalutazione dell'assistito.

Nel caso di prima valutazione questa data corrisponde alla data di presa in carico: come da D.M. 17/12/2008 "...l'attività di valutazione sanitaria dell'assistito deve essere svolta al più tardi al momento della presa in carico e deve essere ripetuta ogni qual volta risultino significativamente modificate le necessità assistenziali dell'assistito e di norma ogni 90 giorni anche ai fini della conferma della valutazione...".

h. Patologia prevalente o concomitante

Individua il problema (sanitario o no) che presenta il paziente nel momento della valutazione e che determina il maggior impegno assistenziale per l'intera équipe nell'ambito dell'episodio di cura. Non necessariamente quindi si tratta della patologia principale di cui è affetto il soggetto, l'individuazione della categoria dipende dalla particolare situazione del soggetto. Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie (ICD 9 CM) - modificazione clinica versione italiana 2007 e successive modificazioni.

i. Autonomia

Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso del bagno).

- autonomo - quando il paziente è in grado di svolgere, senza l'aiuto di altre persone, tutte le attività indicate (mangiare, lavarsi, vestirsi, essere continenti, usare i servizi igienici), tranne eventualmente "fare il bagno"
- totalmente dipendente - se in tutte le attività indicate al punto 1 ha necessità di aiuto da parte di altre persone
- parzialmente dipendente - nei casi non rientrati nelle altre due categorie.

j. Grado di mobilità

Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità (cioè nel proprio ambiente di vita):

- si sposta da solo: è riferito anche ai casi in cui per lo spostamento vengono utilizzati ausili (compresa la carrozzina, nel solo caso in cui il paziente non abbia bisogno di aiuto per effettuare i trasferimenti). In riferimento all'autonomia nel superamento delle barriere architettoniche, la valutazione va fatta in relazione al contesto abituale di vita (ad esempio: un paziente "si sposta da solo" anche se ha bisogno di aiuto per salire le scale, quando la sua abitazione è priva di barriere architettoniche interne ed esterne);
- si sposta assistito: è riferito ai casi in cui il paziente si avvale dell'aiuto di persone per il proprio spostamento. Nel caso di paziente in carrozzina, l'aiuto di altra persona può consistere nel trasferimento dalla/alla carrozzina, fermo restando la capacità del paziente di spostarsi in autonomia con la carrozzina;
- non si sposta: è riferito ai casi di confinamento in letto, carrozzina o poltrona. Nel caso di paziente in carrozzina, il paziente non è in grado di effettuare alcuno spostamento senza aiuto.

k. Disturbi cognitivi

Identifica l'entità dei disturbi cognitivi (memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti:

- assenti/lievi: quando non sono presenti disturbi, o questi non interferiscono significativamente con le attività sociali e non rappresentano un declino significativo rispetto al precedente livello di funzionamento;
- gravi: quando i disturbi sono tali da alterare profondamente la capacità del paziente di relazionarsi con gli altri (ad esempio: il paziente può occasionalmente dimenticare il nome del familiare da cui dipende la sua sopravvivenza; non ha quasi nessuna cognizione di avvenimenti recenti o delle proprie esperienze; i ricordi del proprio passato sono lacunosi; le stagioni e le variazioni del tempo non vengono generalmente più percepite);
- moderati: nei casi non rientrati nelle altre due categorie.

l. Disturbi comportamentali

Identifica l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti. Ci si riferisce a disturbi in grado di condizionare l'assistenza - come delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante, etc.:

- assenti/lievi: quando non sono presenti o, se presenti, non producono disturbo al paziente e non condizionano l'assistenza;
- gravi: quando sono molto disturbanti per il paziente e richiedono la somministrazione di farmaci;
- moderati: nei casi non rientrati nelle altre due categorie.

m. Supporto sociale

Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale vicinato, volontariato...) e include il supporto per le pratiche burocratiche per i diritti di legge, inserimento scolastico o nelle comunità di pari. Il supporto fornito da privati con oneri a carico della famiglia è incluso, ai fini del presente flusso, nel supporto fornito dalla rete informale. Se viene rilevata la presenza dell'assistente familiare o numero componenti del nucleo familiare = >1 non è ammessa la non presenza del supporto sociale:

- Presenza: quando è sufficiente a rispondere ai bisogni assistenziali della persona, o la persona presenta bisogni assistenziali minimi;
- non presenza: la persona è in solitudine, l'informazione è da rilevare quando i bisogni assistenziali devono essere completamente coperti dalla rete formale (servizi sociali pubblici o privati accreditati);
- presenza parziale e/o temporaneo: nei casi non rientrati nelle altre due categorie.

Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale). Include il supporto per le pratiche burocratiche per i diritti di legge, inserimento scolastico o nelle comunità di pari.

6. TRACCIATI

6.1 FILE1 - Informazioni Anagrafiche

Il **File 1** è composto dal **TRACCIATO A - Dati Anagrafici dell'assistito**: informazioni di carattere anagrafico dell'assistito al momento della presa in carico.

Di seguito viene riportato il tracciato record del **FILE 1 - Dati Anagrafici**.

I campi della chiave sono evidenziati in grassetto sottolineato.

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
Anagrafica	<u>CODICE DELL'AZIENDA</u>
Distretto	<u>CODICE DEL DISTRETTO</u>
Assistenza	<u>IDENTIFICATIVO EPISODIO DI CURA</u>
Paziente	Cognome
	Nome
	Codice identificativo del paziente
	Sesso
	Data di nascita
	Comune di nascita
	Comune di residenza
	Cittadinanza
	Stato civile
	Responsabilità genitoriale

6.1.1 FILE1 - Diagramma XSD

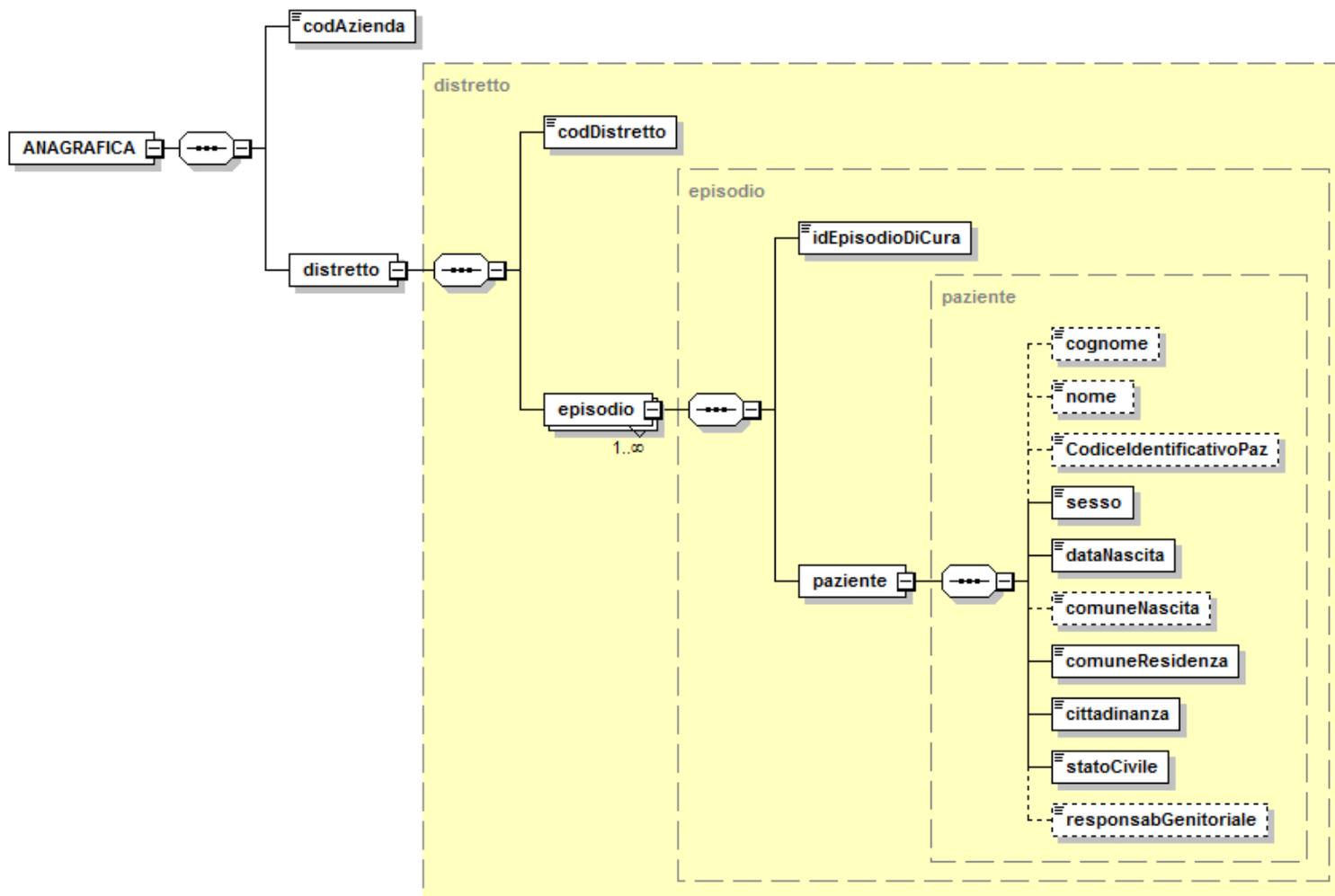


Figura 2 – FILE1 Anagrafica

6.1.2 FILE1 - Definizione campi

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A001	Anagrafica	codAzienda	Codice dell'azienda USL erogatrice	AN	3	<p style="text-align: center;"><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNN DOMINIO: codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n° 36 Anno 1994 e successive modifiche (E). I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende ALTRI CONTROLLI: - deve essere congruente con il codice azienda dell'utente che ha inviato i file (E).</p>
	Anagrafica	Distretto	Nodo distretto			
A002	Distretto	codDistretto	Codice del Distretto erogatore	AN	3	<p style="text-align: center;"><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNN DOMINIO: Codice del Distretto secondo l'organizzazione in essere al 1° gennaio di ogni anno (E). I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/distretti ALTRI CONTROLLI: - deve essere congruente con l'azienda che ha inviato i file (E). - deve essere congruente con l'azienda erogante (E). NOTE: - è ammesso il codice distretto 999 per l'ANT</p>
	Distretto	Episodio	Nodo episodio			

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A003	Episodio	idEpisodioDiCura	Contatore identificativo della presa in carico, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	AN	10	<p style="text-align: center;"><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNNNNNNNNN ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere numerico e maggiore di 0 (E). - deve essere univoco nel Distretto (E). - Non sono ammessi due 'Identificativi dell'episodio di cura' diversi a parità di Codice azienda, Codice fiscale e Data di presa in carico (E)
	Episodio	Paziente	Nodo paziente			
A004	Paziente	cognome	Cognome dell'assistito	AN	40	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Patologia prevalente non è 042 (HIV) (E). ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se Patologia prevalente non è 042 (HIV) deve essere diverso da "ANONIMO" (E).
A005	Paziente	nome	Nome dell'assistito	AN	40	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Patologia prevalente non è 042 (HIV) (E). ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se Patologia prevalente non è 042 (HIV) deve essere diverso da "ANONIMO" (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A006	Paziente	codicedidentificativo Paz	Codice identificativo dell'assistito. È possibile inserire anche il codice identificativo provvisorio (numerico di 11). Verifica della presenza su sistema TS per i codici fiscali e l'identificativi numerici	AN	16	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Patologia prevalente non è 042 (HIV) (E).</p> <p>FORMATO/DOMINIO: Deve essere valido secondo le indicazioni riportate nel paragrafo Controlli generalizzati sui Codice Identificativo del paziente (E).</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se codFiscale è di tipo ENI, comune di residenza deve essere 999209 o 999235 e la data di presa in carico deve essere successiva od uguale al 27 aprile 2009 (E) - Se codFiscale è di tipo STP, comune di residenza deve essere uno stato estero (E) - Se codFiscale è di tipo PSU, comune di residenza deve essere uno stato estero e la data di presa in carico deve essere successiva od uguale al 1 aprile 2011 (E) - Se codFiscale è di tipo AS, comune di residenza deve essere uno stato estero, la cittadinanza e la data di presa in carico deve essere successiva od uguale al 8 settembre 2011 (E)
A007	Paziente	sex	Sesso dell'assistito	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = maschio 2 = femmina</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere congruente con il sesso ricavato dal Codice Fiscale (W).
A008	Paziente	dataNascita	Data di nascita dell'assistito	AN	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAAA-MM-GG</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere minore od uguale della data di presa in carico (E) - deve essere minore o uguale alla scadenza fissata per l'invio (E)

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A009	Paziente	comuneNascita	Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale l'assistito risulta essere nato	AN	6	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio tranne per i comuni/stato estero cessati e privi di codice ISTAT (E).</p> <p>FORMATO: NNNNNN</p> <p>DOMINIO: I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere congruente con il comune ricavato dal Codice fiscale (W).
A010	Paziente	comuneResidenza	Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente	AN	6	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNNNNN</p> <p>DOMINIO: I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere valido secondo le indicazioni riportate nel paragrafo Controlli sulla residenza (E).
A011	Paziente	cittadinanza	Cittadinanza dell'assistito	AN	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNN</p> <p>DOMINIO: Per i pazienti con cittadinanza italiana utilizzare il codice '100', mentre 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 utilizzare il codice '999'.</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se il codice identificativo dell'assistito è compilato con codice di tipo STP o ENI o PSU o AS, la cittadinanza non può essere '100' (Italia) (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A012	Paziente	statoCivile	Stato civile dell'assistito	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1= celibe/nubile 2= coniugato/a 3= separato/a 4= divorziato/a 5= vedovo/a 6= non dichiarato</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FUSSO=ADI&CODICE_TIPO=STATOCIV </p>
A013	Paziente	ResponsabGenitoriale	Indica chi ha la responsabilità nei confronti dell'assistito se minorenni	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se l'assistito ha meno di 18 anni alla data di presa in carico (E).</p> <p>FORMATO: AN</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = condivisa 2 = materna 3 = paterna 4= da tutore 5= struttura pubblica o convenzionata</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FUSSO=ADI&CODICE_TIPO=RESPGENITOR </p> <p>ALTRI CONTROLLI: Se valorizzato: - età deve essere <18 (E).</p>

6.1.3 FILE1 - Esempio XML

Per prendere visione di un esempio del **FILE1** in formato XML fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/adi/documentazione/normativa>

file: ADI_anagrafica_esempio.xml

6.1.4 FILE1 – Schema XSD

Per prendere visione dello schema XSD del **FILE 1** fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/adi/documentazione/normativa>

file: ADI_Specifiche_funzionali_V2.0_anagrafica.xsd

Per prendere visione dello schema XSD comune al FILE 1 e FILE 2 fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/adi/documentazione/normativa>

file: ADI_Specifiche_funzionali_V2.0_common.xsd

6.2 FILE2 – Informazioni relative alla presa in carico

Il **File 2** è così composto:

TRACCIATO B - Dati generici della presa in carico: informazioni relative alla presa in carico dell'assistito

TRACCIATO C - Dati Accessi: informazioni relative agli accessi al domicilio del paziente da parte degli operatori sanitari.

TRACCIATO D - Dati Valutazioni: informazioni relative alla prima valutazione effettuata al momento della presa in carico del paziente ed alle rivalutazioni successive.

TRACCIATO E - Dati Sospensioni: informazioni relative alle eventuali sospensioni della presa in carico.

Di seguito vengono riportati i tracciati record del **FILE 2 – Dati Presa in carico**.

I campi della chiave sono evidenziati in grassetto sottolineato.

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
PresInCarico	<u>CODICE DELL'AZIENDA</u>
Distretto	<u>CODICE DEL DISTRETTO</u>
Episodio	<u>IDENTIFICATIVO EPISODIO DI CURA</u>
DatiEpisodio	Domicilio del paziente
	Tipologia di TAD
	Data della presa in carico
	Prosecuzione TAD precedente
	Richiesta/Proposta di attivazione
	Motivazione della richiesta
	Assistente non familiare convivente
	Nucleo familiare convivente
	Livello di intensità assistenziale
	Data di chiusura TAD
	Presa in carico Socio-Sanitaria
	Totale ore di assistenza tutelare per presa in carico socio-sanitaria
	Modalità di chiusura TAD
	Data di segnalazione del caso
	Appartenenza dell'erogatore alla rete
	Tipo di rete
	Pianificazione condivisa della presa in carico
Posizione contabile	
Accesso	<u>PROGRESSIVO ACCESSO</u>
	Tipo Operatore
	Data Accesso

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
	Numero accessi <u>Tipo di accesso</u> <u>Tipo prestazione</u> <u>Numero prestazioni</u>
Valutazione	<u>PROGRESSIVO VALUTAZIONE</u> Tipo valutazione Motivo Valutazione Data valutazione <u>Patologia prevalente ai fini dell'assistenza</u> <u>Patologia concomitante</u> Autonomia Grado di mobilità Disturbi cognitivi Disturbi comportamentali Supporto sociale Assistenza per rischio infettivo Broncorespirazione /drenaggio posturale Ossigenoterapia Ventiloterapia Tracheostomia Alimentazione assistita Alimentazione enterale Alimentazione parenterale Gestione della stomia Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale Assistenza per alterazione del ritmo sonno/veglia Interventi di educazione terapeutica Cura di ulcere cutanee di 1° e 2° grado Cura di ulcere cutanee di 3° e 4° grado Prelievi venosi non occasionali ECG Telemetria Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolare/infusionale Gestione catetere centrale Trasfusioni Controllo del dolore

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica
	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica
	Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità
	Trattamento riabilitativo motorio in presenza di disabilità
	Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità
	Supervisione continua di utenti con disabilità
	Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità
	Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità
	Supporto caregiver
	Lesioni cute da patologie correlate
	Cure palliative
	Rischio sanguinamento acuto
	Fragilità familiare
	Segno sintomo clinico
	Utilizzo strumento d'identificazione bisogno CP
	Utilizzo strumento valutazione multidimensionale
Sospensione	<u>PROGRESSIVO SOSPENSIONE</u>
	Data inizio sospensione
	Data fine sospensione
	Motivo sospensione

6.2.1 FILE2 - Diagramma XSD

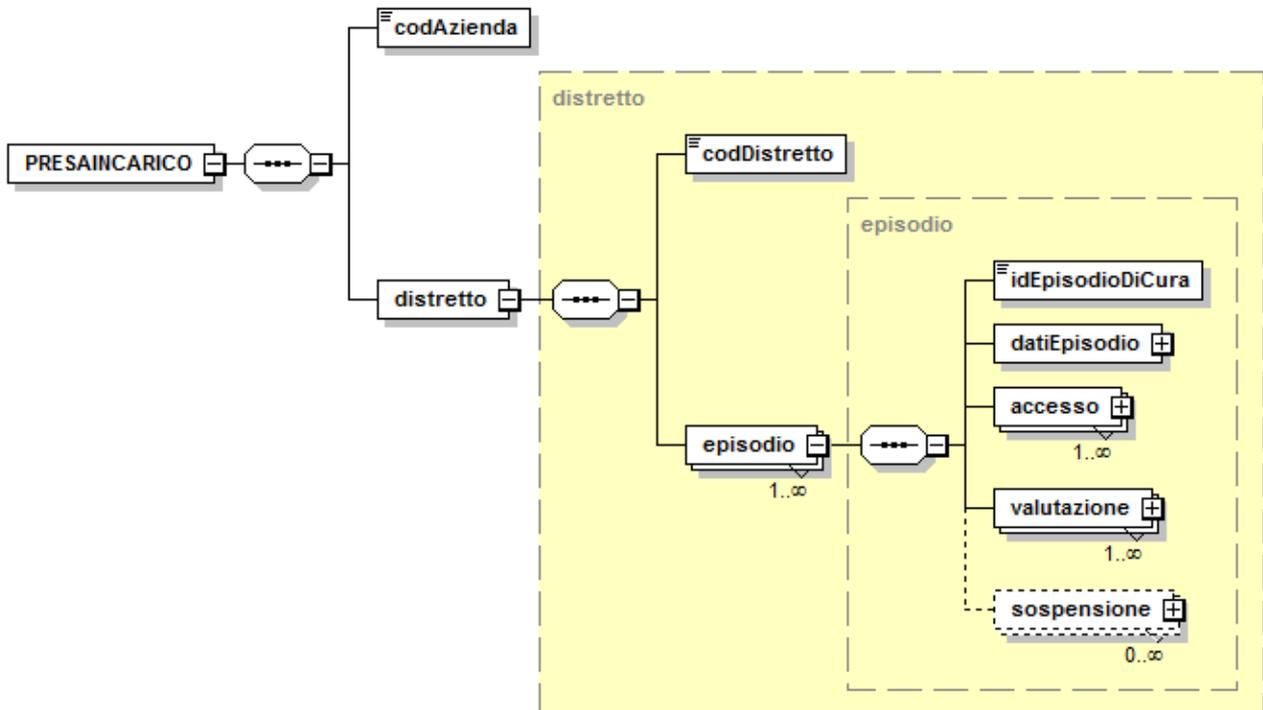


Figura 3 - FILE2 Presa in carico

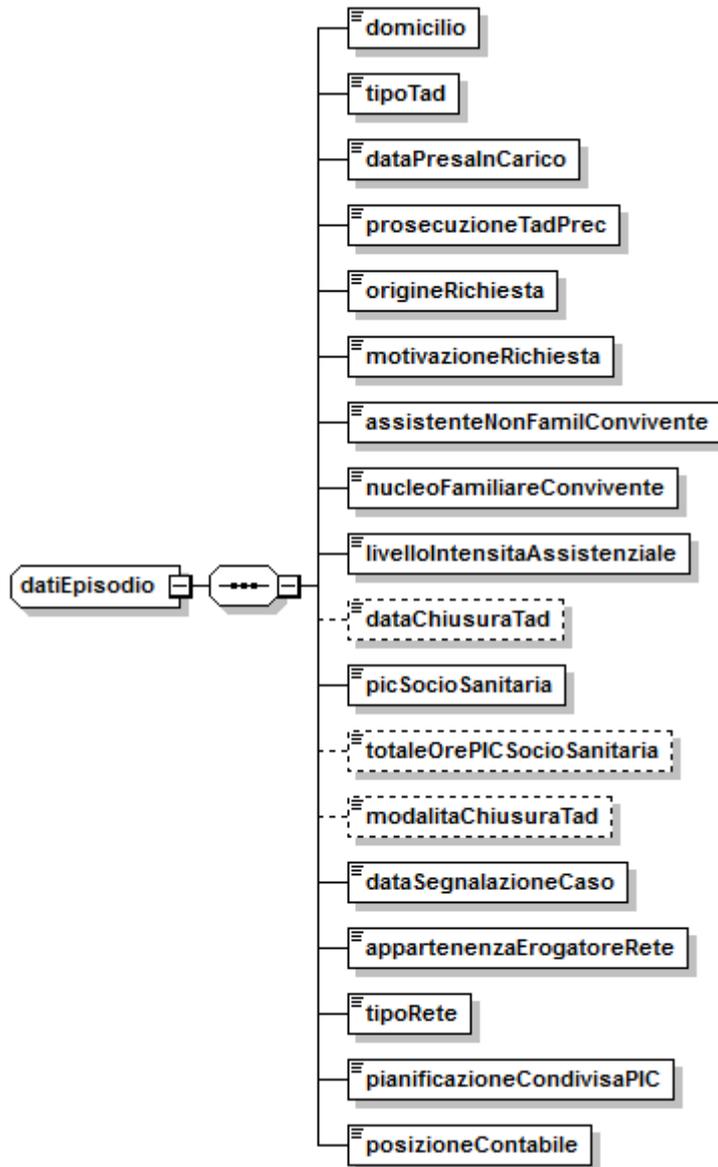


Figura 4 - FILE2 nodo Dati episodio di cura

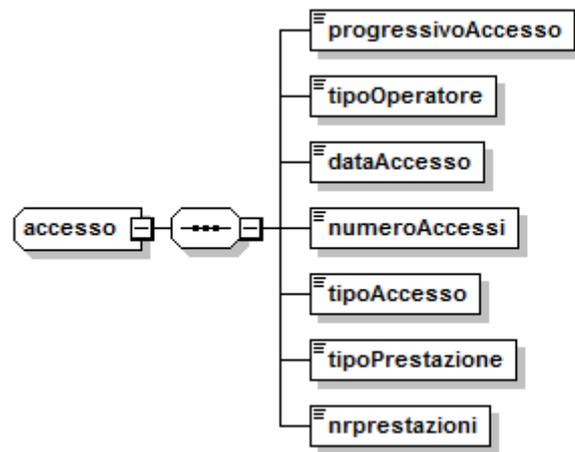


Figura 5 - FILE2 nodo Accesso

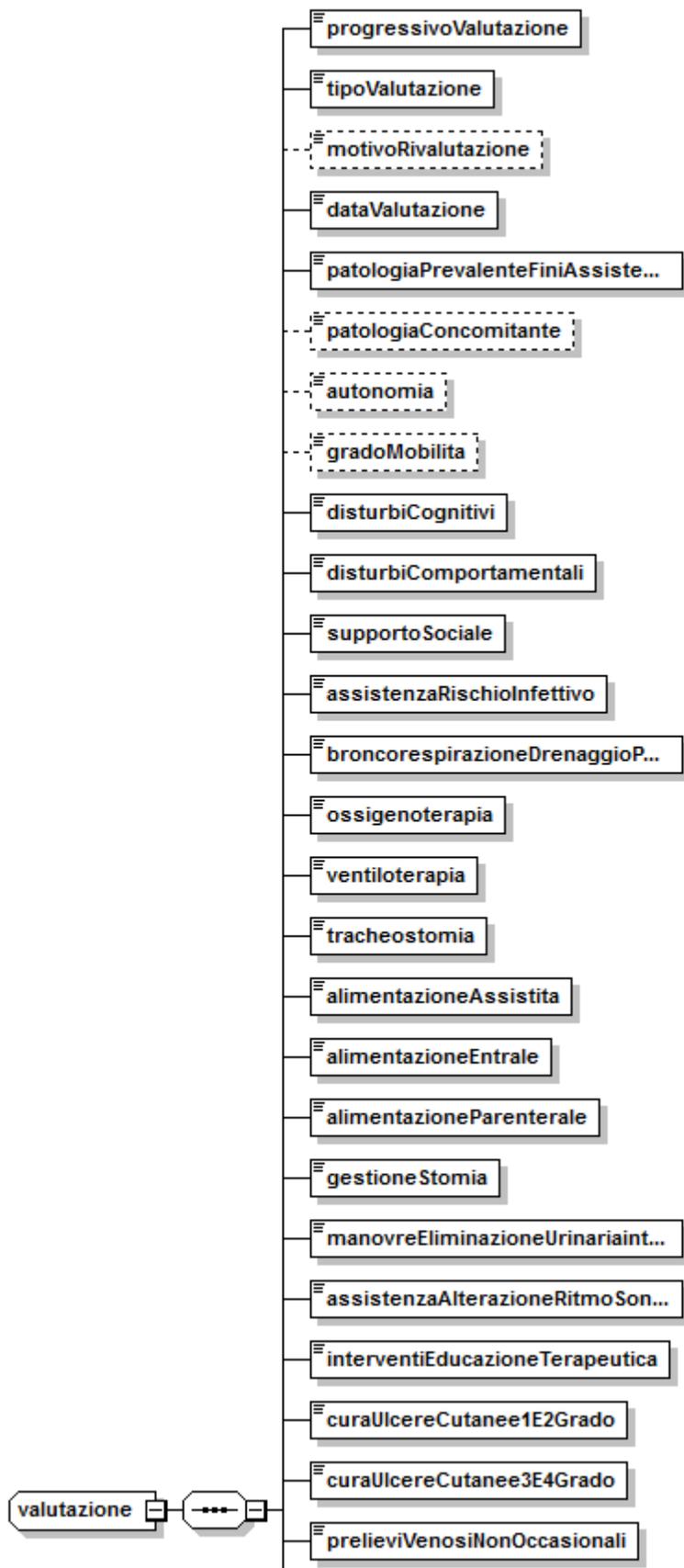




Figura 6 - FILE2 nodo Valutazione

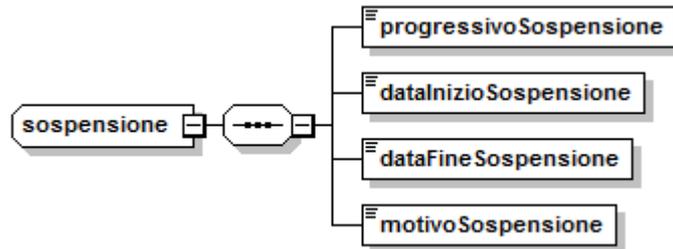


Figura 7 - FILE2 nodo Sospensione

6.2.2 FILE2 - Definizione campi

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B001	Anagrafica	codAzienda	Codice dell'azienda USL erogatrice	AN	3	Vedere FILE 1 <u>CAMPO CHIAVE</u>
	Anagrafica	Distretto	Nodo distretto			
B002	Distretto	codDistretto	Codice del Distretto erogatore	AN	3	Vedere FILE 1 <u>CAMPO CHIAVE</u>
	Distretto	Episodio	Nodo episodio			
B003	Episodio	idEpisodioDiCura	Contatore identificativo della presa in carico, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	AN	10	Vedere FILE 1 <u>CAMPO CHIAVE</u>
	Episodio	Dati Episodio	Nodo datiEpisodio			
B004	datiEpisodio	Domicilio	Corrisponde al luogo in cui viene effettuata l'Assistenza Domiciliare anche se non coincidente con la residenza	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Abitazione 2 = Residenza non protetta I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=DOM

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B005	datiEpisodio	tipoTad	Definisce l'episodio di cura in relazione all'apertura di contratti amministrativi.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Assistenza di Medicina Generale 3 = Assistenza infermieristica 5 = Assistenza Socio-Sanitaria 6 = Cure palliative di base 7 = Cure palliative specialistiche</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=TAD</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - deve essere diverso da 5 se Presa in carico Socio-sanitaria è diverso da 1 (E).</p>
B006	datiEpisodio	dataPresalInCarico	Data di apertura della presa in carico	AN	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAAA-MM-GG</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - deve essere minore della data di chiusura (E). - deve essere compresa nell'anno di riferimento (E). - deve essere maggiore della data di chiusura della presa in carico precedente sullo stesso paziente (E).</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B007	datiEpisodio	prosecuzioneTadPre c	<p>Prosecuzione dell'episodio di cura da un anno al successivo</p> <p>Specifica se la presa in carico è di nuova attivazione o se è la prosecuzione di una aperta nell'anno precedente.</p>	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1 = TAD nuova</p> <p>2 = Prosecuzione TAD precedente</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=PTAD</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se è uguale a 2 la Data di presa in carico deve essere uguale all'01.01 dell'anno di riferimento (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B008	datiEpisodio	origineRichiesta	Individua chi fa o da dove parte la richiesta/proposta di attivazione di un programma di assistenza domiciliare.	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Ospedale (dimissione protetta) 2 = Hospice (dimissione protetta) 3 = MMG/PLS 4 = Paziente e/o familiari 5 = UVM 6 = Strutture residenziali 7 = Servizi sociali 8 = OSCO 9 = Medico specialista 10= Ambulatorio CP</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=RICH</p>
B009	datiEpisodio	motivazioneRichiesta	Con tale variabile si rileva la condizione clinica, o socio-assistenziale prevalente che determina la richiesta di attivazione di un programma di assistenza al domicilio del paziente.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Malattie croniche 2 = Evento acuto temporaneamente invalidante 4 = Malato terminale 5 = Bisogno socio-assistenziale</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=MOTI</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B010	datiEpisodio	assistenteNonFamiliareConvivente	Persona non appartenente al nucleo familiare (es: badante) che convive con l'assistito (24 h).	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1= presente 2= non presente</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=PRESASS</p> <p>NOTE: - Se ADR (paziente in residenza non protetta o non convenzionata) inserire 2= non presente.</p>
B011	datiEpisodio	nucleoFamiliareConvivente	Indicare il numero dei componenti del nucleo familiare convivente, escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente	N	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: N</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): da 0 a 9</p> <p>NOTE: - rientrano nel conteggio coniuge/partner convivente, figlio/a, fratello/sorella, nipote, genero/nuora, cognato/a.</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B012	datiEpisodio	livelloIntensitaAssistenziale	Assegnato dalle Commissioni Professionali Domiciliari sulla base delle indicazioni regionali; misurano la complessità sanitaria e socio-assistenziale dei casi assistiti in regime di cure a domicilio.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Bassa intensità 2 = Media intensità 3 = Alta intensità</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=LIV</p>
B013	datiEpisodio	dataChiusuraTad	Individua la data della chiusura dell'episodio di cura a domicilio.	AN	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio per l'invio 4 e successivi (E).</p> <p>FORMATO: AAAA-MM-GG</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Se valorizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere maggiore della data di presa in carico (E). - deve essere compresa nell'anno di riferimento (E). - deve essere maggiore della data di chiusura della presa in carico precedente sullo stesso paziente (E). - deve essere diversa dal 31/12 dell'anno di riferimento se l'invio è inferiore a 4 (E). - deve essere valorizzata se modalità chiusura è valorizzata (E) - deve essere precedente o uguale alla scadenza fissata per l'invio (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B014	datiEpisodio	picSocioSanitaria	Specifica se durante l'episodio di cura sono state fornite anche prestazioni sociali a rilievo sanitario con oneri a carico del F.S.R..	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = si 2 = no ALTRI CONTROLLI: - deve essere uguale a 1 se Tipologia di TAD è Assistenza Socio-Sanitaria (E).
B015	datiEpisodio	totaleOrePICsocioSanitaria	Corrisponde al n° totale di ore per cui è previsto il rimborso a carico del F.S.R.	N	4	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Presa in carico socio-sanitaria è 1 (E). FORMATO: NNNN ALTRI CONTROLLI: - deve essere maggiore di 0 se Presa in carico socio-sanitaria =1 (E). - deve essere 0 o nullo se Presa in carico socio-sanitaria è 2 (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B016	datiEpisodio	modalitaChiusuraTad	Corrisponde alla motivazione che ha portato alla chiusura dell'episodio domiciliare.	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Data di chiusura TAD (E).</p> <p>FORMATO: AA</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 = Completamento del programma assistenziale previsto 2 = Decesso al domicilio 3 = Trasferimento in struttura residenziale (con chiusura dell'assistenza domiciliare) 4 = Trasferimento in Hospice (con chiusura dell'assistenza domiciliare) 5 = Cessazione volontaria 6 = Chiusura temporanea al 31 dicembre 7 = Cambio medico 8 = Cambio del livello di intensità assistenziale e/o cambio TAD 9 = Trasferimento di residenza o di domicilio in altro distretto 10= Ricovero in ospedale (con chiusura dell'assistenza domiciliare) 11= Decesso in ospedale 12= Decesso in Hospice 13=Passaggio dalla rete pediatrica alla rete adulti 14=Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi) <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=MCH</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Se valorizzato: - se =13 Tipologia di TAD deve essere 6 o 7</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B017	datiEpisodio	dataSegnalazioneCaso	Data di segnalazione del caso	AN	10	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAA-MM-GG ALTRI CONTROLLI: Se valorizzato: - deve essere minore o uguale alla data di presa in carico (E). - deve essere precedente o uguale alla scadenza fissata per l'invio (E).
B018	datiEpisodio	appartenenzaErogatoreRete	Indica se l'erogatore appartiene alla rete	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Tipologia di TAD è 6 o 7 (E). FORMATO: N DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = sì 2 = no ALTRI CONTROLLI: - Non deve essere valorizzato se Tipologia di TAD è diversa da 6 o 7 (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B019	datiEpisodio	tipoRete	Indica a quale rete appartiene l'erogatore	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Tipologia di TAD è 6 o 7 e appartenzaErogatoreRete è 1(E).</p> <p>FORMATO: N</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1 = RLCP (rete locale di cure palliative)</p> <p>2 = RCPPTD (rete di cure palliative pediatriche e terapia del dolore)</p> <p>3 = RLTD (rete locale di terapia del dolore)</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link:</p> <p>https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=TIPORETE</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <p>Se valorizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non deve essere valorizzato se Erogatore appartenente alla rete è 2 (E). - se =2 età deve essere <18 (E). - se =1 età deve essere >=18 (E).
B020	datiEpisodio	pianificazioneCondivisaPIC	Indica se esiste una pianificazione condivisa delle cure in cartella/fascicolo ai sensi della legge 219/2017 art.5	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: N</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1 = si</p> <p>2 = no</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B021	datiEpisodio	posizioneContabile	Si utilizza per gestire gli invii dei dati. Informazione necessaria per indicare che tipo di operazione tecnica si vuol eseguire sul record.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Campo obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1 = trasmesso nell'invio di competenza</p> <p>2 = trasmesso in ritardo rispetto all'invio di competenza</p> <p>3 = variazione di un record in banca dati</p> <p>4 = cancellazione di un record in banca dati</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link:</p> <p>https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=PCNT</p>
	Dati Episodio	Accesso	Nodo accesso			
C001	accesso	progressivoAccesso	Contatore identificativo dell'accesso al domicilio, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	N	3	<p style="text-align: center;">CAMPO CHIAVE</p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Campo obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNN</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere numerico e maggiore di 0 (E). - non sono ammessi progressivi diversi a parità di DataAccesso, TipoOperatore, TipoAccesso e tipoPrestazione (E)

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
C002	accesso	tipoOperatore	Identifica l'operatore che ha effettuato l'accesso.	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AA</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1= MMG</p> <p>2= PLS/pediatra</p> <p>3 = infermiere</p> <p>4 = medico specialista</p> <p>5 = medico esperto di cure palliative</p> <p>6 = medico di continuità assistenziale/guardia medica</p> <p>7 = psicologo</p> <p>8 = fisioterapista</p> <p>9 = logopedista</p> <p>10 = OSS</p> <p>11 = dietista</p> <p>12 = assistente sociale del SSN/ Comune</p> <p>13 = terapeuta occupazionale</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=OPERATORE</p>
C003	accesso	dataAccesso	Data in cui l'operatore effettua l'accesso al domicilio dell'assistito	AN	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAAA-MM-GG</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere maggiore o uguale alla data di presa in carico (E). - deve essere minore o uguale alla data di chiusura (E). - non deve essere compreso in un periodo di sospensione (E). - deve essere minore o uguale alla scadenza fissata per l'invio (E). - deve essere maggiore o uguale alla Data di valutazione iniziale (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
C004	accesso	numeroAccessi	Numero accessi effettuati nella stessa data	N	1	OBBLIGATORIETÀ: Campo obbligatorio (E). FORMATO: N ALTRI CONTROLLI: deve essere numerico e maggiore di 0 (E).
C005	accesso	tipoAccesso	Indica se l'accesso è programmato o non programmato	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: N DOMINIO: Valori ammessi (E): 1= programmato 2= non programmato I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=TIPOACCESSO
C006	accesso	tipoPrestazione	Tipologia di prestazione	AN	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: N DOMINIO: I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=TIPOPRESTAZ
C007	accesso	nrprestazioni	Indica la quantità delle prestazioni	N	2	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: N ALTRI CONTROLLI: se valorizzato: - deve essere numerico e maggiore di 0 (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
	Dati Episodio	Valutazione	Nodo valutazione			
D001	valutazione	progressivoValutazione	Contatore identificativo della valutazione o rivalutazione, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	N	1	<p align="center"><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Campo obbligatorio (E). FORMATO: N ALTRI CONTROLLI: -deve essere numerico e maggiore di 0 (E).</p>
D002	valutazione	tipoValutazione	Tipologia di valutazione multi-dimensionale	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1= valutazione iniziale dell'assistito 2= rivalutazione dell'assistito I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=VALUTAZIONE</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D003	valutazione	motivoRivalutazione	Motivazione per cui viene eseguita una rivalutazione.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Tipo valutazione è 2 (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1= scadenza del periodo previsto (90 gg) 2= variazioni nella condizione del paziente I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=RIVAL</p> <p>NOTE: È facoltativo l'invio delle informazioni delle rivalutazioni a scadenza (ogni 90 giorni) che non comportano cambiamenti in nessuno degli item della scheda di valutazione multi-dimensionale del paziente (paziente rivalutato con medesimo esito o conferma della valutazione).</p>
D004	valutazione	dataValutazione	Data della valutazione dell'assistito.	AN	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAAA-MM-GG</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se è la valutazione iniziale dell'assistito, deve essere minore o uguale alla data di presa in carico (E). - se è una rivalutazione, deve essere maggiore o uguale alla data di presa in carico (E). - non deve essere compreso in un periodo di sospensione (E). - deve essere minore o uguale alla scadenza fissata per l'invio (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D005	valutazione	patologiaPrevalenteFiniAssistenza	Codice patologia secondo la classificazione Internazionale delle malattie (ICD 9 CM) - modificazione clinica versione italiana 2007 e successive modificazioni.	AN	5	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: AAAAAA DOMINO: Codici ICD9-CM di diagnosi I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/patologie
D006	valutazione	patologiaConcomitan te	Individuare il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.	AN	5	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (E). FORMATO: AAAAAA DOMINO: Codici ICD9-CM di diagnosi I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/patologie
D007	valutazione	autonomia	Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio per età >=6 alla data della valutazione (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= autonomo 2= parzialmente dipendente 3= totalmente dipendente I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=AUTONOMIA

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D008	valutazione	gradoMobilita	Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità (cioè nel proprio ambiente di vita).	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio per età >=3 alla data della valutazione (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si sposta da solo 2= si sposta assistito 3= non si sposta</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=GMOBILITA</p>
D009	valutazione	disturbiCognitivi	Identifica l'entità dei disturbi cognitivi (memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINO: Valori ammessi (E): 1= assenti/lievi 2= moderati 3= gravi</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=DISTURBI</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D010	valutazione	disturbiComportamentali	Identifica l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINO: Valori ammessi (E): 1= assenti/lievi 2= moderati 3= gravi</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=DISTURBI</p>
D011	valutazione	supportoSociale	Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINO: Valori ammessi (E): 1= presente 2= presenza parziale e/o temporanea 3= non presente</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=SUPPORTO</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Deve essere diverso da 3 se Assistente familiare non convivente = 1 o Nucleo familiare convivente maggiore di 1 (E)</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D012	valutazione	assistenzaRischiInfettivo	Indica se il paziente necessita di assistenza specifica per prevenire il rischio di contagio (devono essere adottate misure assistenziali specifiche per prevenire che il paziente contagi altre persone, o per prevenire che venga contagiato, in caso di immunodepressione)	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D013	valutazione	broncorespirazioneDrenaggioPosturale	Indica la presenza del bisogno; comprende tutte le tecniche-procedure di riabilitazione respiratoria inclusi presidi di assistenza alla tosse e per la clearance delle secrezioni.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D014	valutazione	ossigenoterapia	Indica se il paziente necessita di ossigenoterapia continuativa (almeno 3 ore al giorno tutti i giorni)	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D015	valutazione	ventiloterapia	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D016	valutazione	tracheostomia	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D017	valutazione	alimentazioneAssistita	Indica se il paziente deve essere imboccato. Sono esclusi i pazienti che necessitano di supervisione durante i pasti o che necessitano di assistenza per la preparazione degli stessi	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D018	valutazione	alimentazioneEntrale	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D019	valutazione	alimentazioneParenterale	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D020	valutazione	gestioneStomia	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D021	valutazione	manovreEliminazioneUrinariaintestinale	Indica se il paziente, abbisogna di assistenza sanitaria per consentire l'eliminazione urinaria e/o fecale (ad es.: cateterismi, clisteri frequenti).	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D022	valutazione	assistenzaAlterazioneRitmoSonnoVeglia	Indica se una alterazione del ritmo sonno/veglia costituisce un rilevante problema assistenziale. Sono esclusi i casi in cui il problema non è tale da condizionare il piano di assistenza, ed i casi in cui il problema è ben controllato dall'utilizzo di farmaci.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D023	valutazione	interventiEducazioneTerapeutica	Indica il bisogno di interventi formali di educazione terapeutica.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D024	valutazione	curaUlcereCutanee1E2Grado	1°grado (arrossamento persistente che non scompare alla digitopressione) 2°grado (lesione di continuo che coinvolge l'epidermide, il derma o entrambi)	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D025	valutazione	curaUlcereCutanee3E4Grado	3°grado (interessamento fino alla fascia muscolare, senza attraversarla) 4°grado (interessamento del piano muscolare ed eventualmente osseo)	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D026	valutazione	prelieviVenosiNonOccasionali	Indica la necessità di prelievi venosi non occasionali (per esempio: monitoraggio terapia anticoagulante orale). Sono esclusi i casi di prelievo venoso occasionale, anche se ripetuto.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D027	valutazione	ecg	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D028	valutazione	telemetria	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D029	valutazione	proceduraTerapeutic aSottocutlintramInfus	Indica la necessità in maniera continuativa o a cicli terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva tramite accesso venoso periferico.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D030	valutazione	gestioneCatetereCen trale	Indica la necessità di gestire un accesso centrale (ad esempio: CVC, Porth-cath, cateterismo peridurale)	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D031	valutazione	trasfusioni	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D032	valutazione	controlloDolore	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D033	valutazione	bisogniAssistenzialiT erminalitaOncologica	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D034	valutazione	bisogniAssistenzialiT erminalitaNonOncolo gica	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D035	valutazione	trattamRiabilNeurolo gicInPresenzaDisab ilita	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D036	valutazione	trattamRiabilMotorioInPresenzaDisabilita	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D037	valutazione	trattamRiabilMantenimentoInPresenzaDisabilita	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D038	valutazione	supervisioneContinuaUtentiDisabilita	Indica la presenza del bisogno	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D039	valutazione	assistenzaaladlUtentiDisabilita	Indica se c'è bisogno di assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (pulizia della casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia, assumere farmaci...).	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D040	valutazione	assistenzaAdlUtenti Disabilita	Indica se c'è bisogno di assistenza nelle attività di base della vita quotidiana della persona (fare il bagno, utilizzare i servizi igienici, lavarsi, vestirsi, mangiare, spostarsi)	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D041	valutazione	supportoCaregiver	Indica se esiste una alterazione della relazione fra assistito e caregiver, tale da condizionare il piano di assistenza.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D042	valutazione	lesioniCutePatologie Correlate	Medicazioni/Trattamenti preventivi e/o terapeutici della cute.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D043	valutazione	curePalliative	Indica se il Paziente al momento dell'attivazione della UCPD presenta un'aspettativa di vita presumibilmente molto breve (per adulto Performance Status sec Karnofsky < o = a 30) tale da richiedere un immediato PAI di Cure di Fina Vita e non di Cure Palliative "standard"	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Tipologia di TAD è 6 o 7 (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D044	valutazione	rischioSanguinamentoAcuto	Indica se l'assistito è a rischio sanguinamento acuto.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D045	valutazione	fragilitaFamiliare	Indica la presenza di Fragilità familiare	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D046	valutazione	segnoSintomoClinico	Per ogni Valutazione possono essere specificati max 5 Segni/sintomi clinici.	AN	5	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se tipo presa in carico è 6 o 7 (E). FORMATO: AAAAAA DOMINO: Codici ICD9-CM di diagnosi I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/patologie dove "Segno o sintomo clinico" =S ALTRI CONTROLLI: - Se tipo presa in carico non è 6 o 7 non deve essere valorizzato (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D047	valutazione	usoStrumentoIdBisogniCP		AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se tipo presa in carico è 6 o 7 (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no ALTRI CONTROLLI: Se tipo presa in carico non è 6 o 7 non deve essere valorizzato (E).
D048	valutazione	usoStrumentoValMultidim		AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se tipo presa in carico è 6 o 7 (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no ALTRI CONTROLLI: Se tipo presa in carico non è 6 o 7 non deve essere valorizzato (E).
	Dati Episodio	Sospensione	Nodo sospensione			
E001	sospensione	progressivoSospensione	Contatore identificativo della valutazione o sospensione, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	N	2	<u>CAMPO CHIAVE</u> OBBLIGATORIETÀ: Campo obbligatorio (E). FORMATO: NN ALTRI CONTROLLI: deve essere numerico e maggiore di 0 (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
E002	sospensione	dataInizioSospensione	Data in cui inizia la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	AN	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAAA-MM-GG</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere maggiore o uguale alla data di presa in carico (E). - deve essere minore o uguale alla data di chiusura della presa in carico (E). - deve essere minore o uguale alla data di fine sospensione (E). - deve essere compresa nell'anno di riferimento (E).
E003	sospensione	dataFineSospensione	Identifica la data in cui termina la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	AN	10	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAAA-MM-GG</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere maggiore o uguale alla data di presa in carico (E). - deve essere minore o uguale alla data di chiusura della presa in carico (E). - deve essere maggiore o uguale alla data di inizio sospensione (E). - deve essere compresa nell'anno di riferimento (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
E004	sospensione	motivoSospensione	Indica la motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1= ricovero temporaneo in ospedale</p> <p>2= allontanamento temporaneo (ad es. trasferimento durante il periodo estivo, presso parenti ecc.)</p> <p>3= ricovero temporaneo in struttura residenziale</p> <p>4=ricovero in Hospice</p> <p>9= altro</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=MOTIVOSOSP</p>

6.2.3 FILE2 – Esempio XML

Per prendere visione di un esempio del **FILE 2** in formato XML fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/adi/documentazione/normativa>

file: ADI_presa_in_carico_esempio.xml

6.2.4 FILE2 – Schema XSD

Per prendere visione dello schema XSD del **FILE 2** fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/adi/documentazione/normativa>

file: ADI_Specifiche_funzionali_V2.0_presa_in_carico.xsd

Per prendere visione dello schema XSD comune al FILE 1 e FILE 2 fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/adi/documentazione/normativa>

file: ADI_Specifiche_funzionali_V2.0_common.xsd

7. CONTROLLI SPECIFICI

7.1 Controlli generalizzati sul Codice Identificativo Paziente

La variabile è obbligatoria eccetto i casi di anonimato.

Il campo dell'identificativo del soggetto prevede Codici fiscali, STP, ENI, PSU e AS e identificativo provvisorio numerico.

Il codice fiscale non deve essere mai calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici.

Il Codice Identificativo deve essere compilato come segue:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il Codice Fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (DLgs 326/2003 art.50), cioè quello riportato nella tessera sanitaria;
- per gli stranieri temporaneamente presenti con il codice 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 e Romania privi di copertura sanitaria nel paese di provenienza con il codice ENI (Europei non iscritti). Questo codice è di 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con ENI – vedi note Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2009/96745 del 27.04.2009 – e PG/2008/50529 del 20/02/2008;
- per gli immigrati destinati al soggiorno temporaneo nel territorio regionale (D.G.R. 11 704/2011 n. 487) e in particolare per i rifugiati provenienti dai paesi del Nord Africa con il codice PSU (Permesso di Soggiorno per motivi Umanitari). Anche questo codice è composto da 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli

STP, sostituendo le lettere STP con le lettere PSU vedi nota Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2011/96394 del 15.04.2011;

- per gli immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa che hanno richiesto il permesso di soggiorno per asilo con il codice regionale AS a 16 caratteri costruito come previsto nella nota regionale P.G./2011/215405 dell'08/09/2011.
- con il codice provvisorio numerico a 11.

L'amministrazione finanziaria può attribuire alle persone fisiche un numero di codice fiscale provvisorio. Il numero di codice fiscale provvisorio delle persone fisiche è costituito **da una espressione numerica di undici cifre**. Le prime sette cifre rappresentano il numero di matricola del soggetto; le cifre dall'ottava alla decima identificano l'ufficio che attribuisce il numero di codice fiscale provvisorio e l'undicesimo è il carattere numerico di controllo.

Nei casi protetti dalla normativa vigente (vedi nome e cognome: 'ANONIMO', 'ANONIMO'), non va compilato il campo codice identificativo paziente.

7.2 Controlli sulla residenza

Il Codice Comune di residenza identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il soggetto risulta legalmente residente.

In questo campo non devono mai essere utilizzati i codici dei comuni/stati cessati e deve essere compilato come segue:

- Per i residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre, 3 per la provincia e 3 per il comune.
- Per i residenti all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dello stato estero.
- Per gli irreperibili codificare: 999999
- Per i neonati si ricorda che il comune di residenza è quello della madre fatto salvo quanto previsto dalla legge n.127 del 15 maggio 1997.
- Per gli stranieri extracomunitari non residenti, ma iscritti al SSN, indicare il comune di effettiva dimora (domicilio).

8. TABELLE

Le tabelle di riferimento sono consultabili nella sezione "Tabelle di riferimento" del flusso ADI nel portale del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali oppure attraverso i servizi web la cui consultazione è libera.

I servizi WEB esposti sono suddivisi in due macro-categorie:

- servizi dell'Anagrafe Strutture: consentono di ottenere informazioni anagrafiche relative alle strutture fisiche, alle strutture erogatrici ed agli enti (titolari e gestori) che sono archiviati nella banca dati dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- servizi di decodifica: consentono di visualizzare le informazioni relative alle decodifiche (dizionari) che sono archiviate nel database regionale delle tabelle di riferimento (metadati).

La tecnologia adottata è basata sull'architettura a servizi REST[REST] sviluppati secondo lo standard del linguaggio XML[XML] / JSon[JSON] / CSV[CSV] per la rappresentazione dei dati.

Per accedere ai diversi formati specificare al termine del path l'estensione relativa al formato che si desidera ottenere, ad esempio:

- https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=TAD
per ottenere i dati in formato XML
- https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso.json?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=TAD
per ottenere i medesimi dati in formato JSON
- https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso.csv?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=TAD
per ottenere i dati in formato CSV

8.1 Tabella Codici dei messaggi di errori e segnalazioni

I messaggi di errore/segnalazione sono consultabili attraverso il seguente link:

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/errori_flusso.xml?codice_flusso=ADI

9. MODALITÀ E TEMPI DI TRASMISSIONE

9.1 Modalità di invio

Tutti i Servizi dovranno trasmettere i file tramite l'opportuno applicativo web presente nel portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali cliccando "Assistenza Domiciliare Integrata - ADI" – "Gestione Flusso Informativo".

La gestione del flusso si articola in due fasi fondamentali: ELABORAZIONE FILE e RITORNO INFORMATIVO. Ogni Azienda sanitaria invia i file (INVIO FILE) da sottomettere al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE), verifica l'esito dell'elaborazione, corregge gli eventuali errori e segnalazioni e, successivamente, invia i dati definitivi (CONSOLIDAMENTO).

Ogni azienda può richiedere la creazione di più utenze per la gestione del flusso informativo. L'utenza deve essere nominativa, cioè ad essa deve essere collegata una specifica persona, con la propria e-mail individuale e non può, in nessun caso, corrispondere ad una funzione¹.

La richiesta di attivazione di nuove utenze va inviata via e-mail all'indirizzo flusso.ADI@regione.emilia-romagna.it indicando per ciascun nominativo: nome, cognome, codice fiscale, e-mail e telefono.

Sono disponibili dei **servizi WEB** che consentono le operazioni di:

- invio file
- simulazione file
- recupero della diagnostica post simulazione
- consolidamento
- recupero dei dati del ritorno informativo

La documentazione relativa è resa disponibile al link: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/adi/documentazione>

9.2 Scadenze

CALENDARIO DEGLI INVII

N. Invio	Scadenze	Dati in inserimento	Dati in variazione
1° invio	entro il 30 aprile dell'anno di riferimento	Primo trimestre	
2° invio	entro il 30 luglio dell'anno di riferimento	Primo e secondo trimestre	Primo trimestre
3° invio	entro il 30 ottobre dell'anno di riferimento	Primo, secondo e terzo trimestre	Primo e secondo trimestre
4° invio	entro il 30/01 dell'anno successivo all'anno di riferimento	Tutto l'anno	Primo, secondo e terzo trimestre
5° invio	entro il 28/02 dell'anno successivo all'anno di riferimento	Tutto l'anno	Tutto l'anno

¹ D.Lgs. 196/2003 e ss.mm. e "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)", D.Lgs. 101/2018

10. RITORNO INFORMATIVO

10.1 Diagnostica fornita in validazione flusso

Ogni Azienda può verificare on-line il risultato della simulazione dell'invio effettuato e provvedere alle eventuali correzioni. È infatti possibile verificare, in maniera automatica, il risultato della procedura regionale di controllo dei dati.

Al termine del processo di simulazione, oltre al *report riepilogativo* dei risultati dell'elaborazione, vengono restituiti all'Azienda i seguenti file disponibili nei formati XML, TXT, CSV.

- Scarti
- Segnalazioni

Scarti (E)

Il file contiene le chiavi dei record scartati per il mancato superamento dei controlli.

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
tipoFile	1	
codAzienda	3	Codice Azienda USL
codDistretto	3	Codice del Distretto
idEpisodioDiCura	10	Identificativo dell'episodio di cura
progressivoAccesso	3	Progressivo accesso
progressivoValutazione	1	Progressivo valutazione
progressivoSospensione	2	Progressivo sospensione
progressivocampo	4	Progressivo campo
descrCampo	200	Descrizione Campo
valoreCampo	30	Valore del campo
CodiceErrore	3	Codice errore (tipo di errore rilevato)
descrErrore	200	Descrizione errore
codiceErrore	4	Codice Errore
noteErrore	200	Note relative all'errore

Sono inoltre disponibili i tracciati **completi** dei record scartati e dei validi.

Segnalazioni (W)

Il file contiene le chiavi dei record che hanno prodotto segnalazioni non scartanti.

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
tipoFile	1	
codAzienda	3	Codice Azienda USL
codDistretto	3	Codice del Distretto
idEpisodioDiCura	10	Identificativo dell'episodio di cura
progressivoAccesso	3	Progressivo accesso
progressivoValutazione	1	Progressivo valutazione
progressivoSospensione	2	Progressivo sospensione
progressivocampo	4	Progressivo campo
descrCampo	200	Descrizione Campo
valoreCampo	30	Valore del campo
CodiceErrore	3	Codice errore (tipo di errore rilevato)
descrErrore	200	Descrizione errore
codiceErrore	4	Codice Errore
noteErrore	200	Note relative all'errore

10.2 Debito informativo da fornire dopo il caricamento

Ad ogni invio, dopo il consolidamento effettuato dall'Azienda e il caricamento dei dati **validi** nella banca dati regionale, vengono messi a disposizione degli utenti abilitati i file di ritorno informativo.

I dati potranno essere ottenuti attraverso opportune funzioni presenti sul portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali cliccando Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e la voce RITORNO INFORMATIVO, oppure attraverso dei *servizi web* per i quali verrà fornita in seguito la documentazione tecnica.

L'utente potrà selezionare la tipologia di file che intende scaricare, il periodo di riferimento, e il formato del file che vuole ottenere (i formati previsti sono: XML, TXT, CSV)

I file prodotti riproporranno sempre **l'ultima situazione della banca dati regionale** rispetto ai dati di competenza dell'utente. Le tipologie di file che si possono richiedere sono le seguenti:

--- Per anno e trimestre (dati dell'invio n, non cumulativi)

- Riepilogo dell'elaborazione
- Scarti
- Segnalazioni
- Attesi
- Tempestività
- Valutazioni

Riepilogo dell'elaborazione

Questo file ripropone il report riepilogativo dei risultati del consolidamento.

Scarti

Tracciato: (vedere tracciato delle simulazioni)

Il file contenente i singoli record scartati per il mancato superamento dei controlli, viene fornito trimestralmente alle singole Aziende sanitarie che dovranno provvedere alla correzione e all'invio nei periodi successivi.

Segnalazioni

Tracciato: (vedere tracciato delle simulazioni)

Il file contenente i singoli record validati ma con segnalazioni, viene fornito mensilmente alle singole Aziende sanitarie.

Attesi

Il file contiene le chiavi dei record con prese in carico di persone presenti nell'archivio regionale che presentano delle discontinuità rispetto alla data di chiusura della presa in carico:

- episodi inviati e non chiusi nell'anno precedente a quello della rilevazione
- episodi inviati, ancora in corso nell'anno di competenza, non aggiornati nell'invio corrente

L' algoritmo seleziona tutti i record già in banca dati che presentano tutte le caratteristiche:

- data di presa in carico precedente al trimestre di competenza,
- data di fine chiusura non valorizzata o con chiusura temporanea al 31/12 nell'anno precedente,
- posizione contabile diversa da 4 (cancellazione).

Lo scopo è di verificare tutti i record sui quali si presuppone ci sia attività in corso.

I record selezionati sono messi a confronto con quelli contenuti nel file inviato in simulazione per CODICE AZIENDA, CODICE DISTRETTO e CODICE IDENTIFICATIVO DELL'ASSISTITO e se un record presente in banca dati, con le caratteristiche descritte, non è presente nel file inviato viene classificato come ATTESO.

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
codAzienda	3	Codice Azienda USL
codDistretto	3	Codice del Distretto
idEpisodioDiCura	10	Identificativo dell'episodio di cura

Tempestività

Report riepilogativo della percentuale di episodi nella fornitura inviati nel periodo di competenza dell'invio e inviati in ritardo.

Valutazioni

Il file contiene le chiavi dei record con prese in carico per cui sono trascorsi più di 90 giorni tra la data dell'ultima valutazione e la data di fine trimestre.

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
codAzienda	3	Codice Azienda USL
codDistretto	3	Codice del Distretto
idEpisodioDiCura	10	Identificativo dell'episodio di cura
progressivoValutazione	1	Progressivo valutazione
dataValutazione	10	Data valutazione
giorni	3	Giorni intercorsi tra la data di ultima valutazione e la data di fine trimestre

11. REFERENTI REGIONALI

Area ICT e transizione digitale dei servizi al cittadino	Area Assistenza primaria, Case della Comunità e presa in carico
Giulia Previatti	Maria Rolfini
Tel. 051 527 7301	Tel. 051 527 7246
Flusso.ADI@regione.emilia-romagna.it	Flusso.ADI@regione.emilia-romagna.it