

SPECIFICHE FUNZIONALI
Flusso ADI
Assistenza Domiciliare Integrata

Versione 1.0 del 02/02/2022

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.	Descrizione dei tracciati	5
4.1.	Schema relazionale dei tracciati	6
4.2.	Specifiche di compilazione di alcuni campi	7
5.	Definizioni e formati	10
5.1.	Formato dei file	10
5.2.	Standard dei campi	10
5.3.	Legenda	11
6.	Tracciati	13
6.1.	Tabella A– Informazioni anagrafiche	13
6.2.	Tabella B– Episodio di cura domiciliare	16
6.3.	Tabella C– Accessi al domicilio	22
6.4.	Tabella D– Valutazione del paziente	24
6.5.	Tabella E– Sospensioni dalla presa in carico	35
7.	Controlli specifici	37
7.1.	Controlli generalizzati sui Codice Identificativo del paziente	37
7.2.	Controlli sulla residenza	37
8.	Tabelle	38
8.1.	Tabella Codici dei messaggi di errori e segnalazioni	38
9.	Modalità e tempi di trasmissione	39
9.1.	Modalità di invio	39
9.2.	Scadenze	39
10.	Ritorno informativo	40
10.1.	Diagnostica fornita in validazione flusso	40
10.2.	Debito informativo da fornire dopo il caricamento	40
11.	Referenti regionali	43

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. 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 regionale SI-ADI è attivo dal 2002, e mira a costruire una base dati integrata a livello regionale, incentrata sull'assistito, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN.

Con l'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), 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.

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 dell'assistenza domiciliare 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 a bassa, media ed alta intensità. 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 multi-dimensionali 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 multi-dimensionale del paziente.

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 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, 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”**.

Rientrano nella rilevazione **le 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. 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:

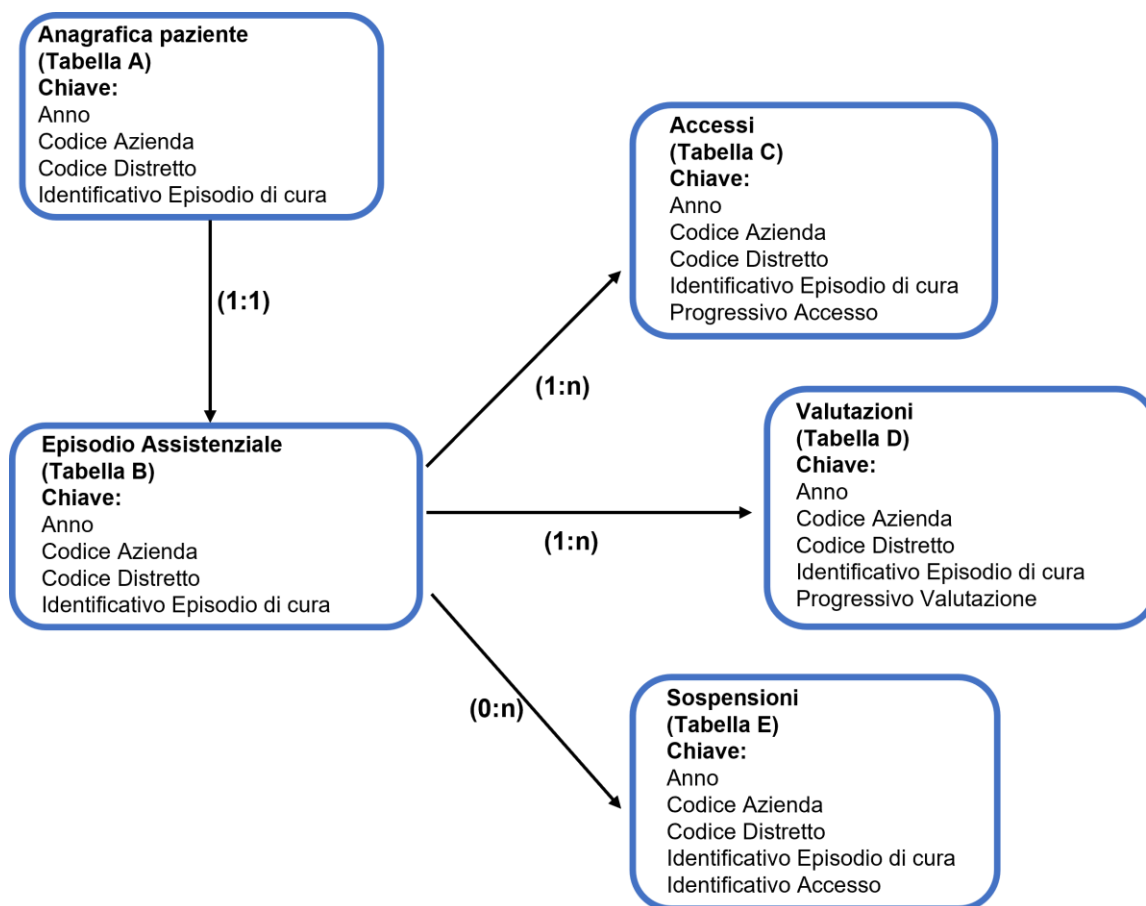
Dati anagrafici dell’assistito (Tabella A)

Dati riguardanti la Presa in carico del paziente:

- episodio di cura (Tabella B)
- rilevazione degli accessi (Tabella C)
- valutazione / rivalutazioni del paziente (Tabella D)
- sospensioni della presa in carico (Tabella E)

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.

4.1. Schema relazionale dei tracciati



4.2. 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 in ogni caso 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, saranno prese a riferimento solo le prime 3 cifre che permettono una più semplice rilevazione pur garantendo un sufficiente livello informativo.

Rilevazione dei casi con infezione da SARS-Cov2

A partire dall'anno 2022 la rilevazione dovrà comprendere anche i casi di infezione da SARS-Cov2 presi in carico nell'ambito di un programma di assistenza domiciliare.

La rilevazione dei casi covid riguarda **solo i pazienti con un'ADI**: i casi di pazienti covid trattati a domicilio che non hanno necessità di una presa in carico in Assistenza Domiciliare Integrata non dovranno essere oggetto di rilevazione.

Nel caso di:

- **ADI in corso con prosecuzione dall'anno precedente:** se il paziente è risultato positivo al COVID-19 nel corso del 2021 e la stessa infezione è ancora in corso all'1/1/2022 è necessario che dalla rilevazione dei dati 2022 il codice patologia prevalente/concomitante sia valorizzato con 043. La data di valutazione segue le regole già in uso: sarà 1/1/2022;
- **ADI di nuova attivazione:** la data di valutazione dovrà coincidere con la data di inizio trattamento del paziente per sintomi covid-19 o la data dell'esito positivo del tampone;
- **Infezione COVID-19 durante un'ADI già in corso:** va trasmessa una rivalutazione la cui data coincide con la data dell'esito positivo del tampone (motivo della rivalutazione deve essere "Variazione nelle condizioni del paziente").

Il codice patologia prevalente o concomitante deve essere 043 – Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19).
Gli eventuali accessi del personale delle unità USCA potranno essere rilevati con le nuove tipologie:

- Medico USCA
- Altro personale USCA

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...). 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.

5. DEFINIZIONI E FORMATI

5.1. Formato dei file

L'invio dei dati è previsto in più file con tracciati in formato testo, che devono avere estensione .TXT ed essere compressi in un file con estensione .ZIP.

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

5.2. Standard dei campi

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

- Progressivo campo
- Nome del campo
- Descrizione
- Posizione
- Tipologia
- Lunghezza
- Informazioni e controlli sul formato, il dominio e la congruenza dei dati stessi.

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: **GGMMAAAA** (ad es.22092016 corrisponde a 22 settembre 2016), dove:

- ✓ 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.

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

In particolare per i controlli è specificato se il controllo genera scarto (**E**) oppure una segnalazione non bloccante (**W**).

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

Inoltre, 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 accesso e l'inserimento del nuovo.

Tutti i controlli di dominio verranno effettuati in maniera storica: ogni codice dovrà quindi essere valido nella banca dati regionali alla **data di riferimento** calcolata per ogni record. In generale la data di riferimento corrisponde alla data di dimissione, 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>

5.3. 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
TEAM	Tessere europea di assicurazione malattia

TS	Tessera sanitaria
UCPD	Unità di cure palliative domiciliari
UVM	Unità di valutazione multidimensionale

6. TRACCIATI

6.1. Tabella A- Informazioni anagrafiche

Codice campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A001	Codice dell'Azienda USL	Codice dell'azienda USL erogatrice	1-3	AN	3	<p>CAMPO CHIAVE</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>
A004	Codice del Distretto	Codice del Distretto erogatore	4-6	AN	3	<p>CAMPO CHIAVE</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>
A007	Identificativo dell'episodio di cura	Contatore identificativo della presa in carico, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	7-16	AN	10	<p>CAMPO CHIAVE</p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). ALTRI CONTROLLI: - deve essere numerico e maggiore di 0 (E). - deve essere univoco nel Distretto (E).</p>
A017	Cognome	Cognome dell'assistito	17-56	AN	40	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Patologia prevalente (Tab D) non è 042 (pazienti affetti da HIV) (E). ALTRI CONTROLLI: - se Patologia prevalente (file D) non è 042 (HIV) deve essere diverso da "ANONIMO" (E).</p>

Codice campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A057	Nome	Nome dell'assistito	57-96	AN	40	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Patologia prevalente (Tab D) non è 042 (pazienti affetti da HIV) (E). ALTRI CONTROLLI: - se Patologia prevalente (file D) non è 042 (HIV) deve essere diverso da "ANONIMO" (E).
A097	Codice identificativo del paziente	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	97-112	AN	16	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Patologia prevalente (Tab D) non è 042 (pazienti affetti da HIV) (E). FORMATO/DOMINIO/ALTRI CONTROLLI: Deve essere valido secondo le indicazioni riportate nel paragrafo Controlli generalizzati sui Codice Identificativo del paziente (E).
A113	Data di nascita	Data di nascita dell'assistito	113-120	DT	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: GGMMAAAA ALTRI CONTROLLI: - deve essere minore od uguale della data di presa in carico (E) - deve essere minore o uguale alla scadenza fissata per l'invio (E)
A121	Genere	Sesso dell'assistito	121	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = maschio 2 = femmina ALTRI CONTROLLI: - deve essere congruente con il sesso ricavato dal "codice fiscale" (W).

Codice campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A122	Comune di nascita dell'assistito	Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale l'assistito risulta essere nato	122-127	AN	6	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio tranne per i comuni/stato estero cessati e privi di codice ISTAT (E). FORMATO: NNNNNN DOMINIO: I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni ALTRI CONTROLLI: - deve essere congruente con il comune ricavato dal Codice fiscale (W).
A128	Comune di residenza dell'assistito	Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il paziente risulta legalmente residente al momento dell'accesso	128-133	AN	6	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNNNNN DOMINIO: I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni ALTRI CONTROLLI: - deve essere valido secondo le indicazioni riportate nel paragrafo Controlli sulla residenza (E).
A134	Cittadinanza	Cittadinanza dell'assistito	134-136	AN	3	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: NNN 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'. ALTRI CONTROLLI: - 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).

Codice campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A137	Stato civile	Stato civile dell'assistito al momento della rilevazione	137	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1= celibe/nubile 2= coniugato/a 3= separato/a 4= divorziato/a 5= vedovo/a 6= non dichiarato I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=STATOCIV

6.2. Tabella B- Episodio di cura domiciliare

Codice campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B001	Codice dell'Azienda USL	Codice dell'azienda USL	1-3	AN	3	CAMPO CHIAVE Vedere tabella A
B004	Codice del Distretto	Codice del Distretto	4-6	AN	3	CAMPO CHIAVE Vedere tabella A
B007	Identificativo dell'episodio di cura	Contatore identificativo della presa in carico, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	7-16	AN	10	CAMPO CHIAVE Vedere tabella A

Codice campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B017	Domicilio del paziente	Corrisponde luogo in cui viene effettuata l'Assistenza Domiciliare anche se non coincidente con la residenza.	17	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
B018	Tipologia di TAD	Definisce l'episodio di cura in relazione all'apertura di contratti amministrativi.	18	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A 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 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 ALTRI CONTROLLI: - deve essere diverso da 5 se Presa in carico Socio-sanitaria è diverso da 1 (E).
			19-26	AN	8	Campo vuoto
B027	Data della presa in carico	Data di apertura della presa in carico.	27-34	DT	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: GGMMAAAA 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).

Codice campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B035	Prosecuzione TAD precedente	Prosecuzione dell'episodio di cura da un anno al successivo Specifica se la presa in carico è di nuova attivazione o se è la prosecuzione di una aperta nell'anno precedente.	35	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = TAD nuova 2 = Prosecuzione TAD precedente 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: - se è uguale a 2 la Data di presa in carico deve essere uguale all'01.01 dell'anno di riferimento (E).</p>
B036	Richiesta/Proposta di attivazione	Individua chi fa o da dove parte la richiesta/proposta di attivazione di un programma di assistenza domiciliare.	36	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Ospedale (dimissione protetta) 2 = Hospice (dimissione protetta) 3 = Medico di Medicina Generale 4 = Paziente e/o familiari 5 = UVM 6 = Strutture residenziali 7 = Servizi sociali 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>

Codice campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B037	Motivazione della richiesta	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.	37	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Malattie croniche 2 = Evento acuto temporaneamente invalidante 4 = Malato terminale 5 = Bisogno socio-assistenziale 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
B038	Assistente non familiare convivente	Persona non appartenente al nucleo familiare (es: badante) che convive con l'assistito (24 h).	38	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1= presente 2= non presente I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=PREASS NOTE: - Se ADR (paziente in residenza non protetta o non convenzionata) inserire 2= non presente.
B039	Nucleo familiare convivente	Indicare il numero dei componenti del nucleo familiare convivente, escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente	39	N	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: N DOMINIO: Valori ammessi (E): da 0 a 9 NOTE: - rientrano nel conteggio ad esempio: coniuge/partner convivente, figlio/a, fratello/sorella, nipote, genero/nuora, cognato/a.

Codice campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B040	Livello di intensità assistenziale	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.	40	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = Bassa intensità 2 = Media intensità 3 = Alta intensità 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
			41	AN	1	Campo vuoto
B042	Data di chiusura TAD	Individua la data della chiusura dell'episodio di cura a domicilio.	42-49	DT	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio per l'invio 4 e successivi (E). FORMATO: GGMMAAAA ALTRI CONTROLLI: Se valorizzato: - 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).
B050	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 F.S.R..	50	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).
B051	Totale ore di assistenza tutelare per presa in carico socio-sanitaria	Corrisponde al n° totale di ore per cui è previsto il rimborso a carico del F.S.R.	51-54	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).

Codice campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B055	Modalità di chiusura TAD	Corrisponde alla motivazione che ha portato alla chiusura dell'episodio domiciliare.	55-56	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio se Data di chiusura TAD (E).</p> <p>FORMATO: AA</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 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</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
B057	Posizione contabile	Si utilizza per gestire gli invii dei dati. Informazione necessaria per indicare che tipo di operazione tecnica si vuol eseguire sul record.	57	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Campo obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1 = trasmesso nell'invio di competenza 2 = trasmesso in ritardo rispetto all'invio di competenza 3 = variazione di un record in banca dati 4 = cancellazione di un record in banca dati</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=PCNT

Codice campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B058	Data di segnalazione del caso	Data di segnalazione del caso	58-65	DT	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: GGMMAAAA 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).

6.3. Tabella C- Accessi al domicilio

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
C001	Codice dell'Azienda USL	Codice dell'azienda USL	1-3	AN	3	CAMPO CHIAVE Vedere tabella A
C004	Codice del Distretto	Codice del Distretto	4-6	AN	3	CAMPO CHIAVE Vedere tabella A
C007	Identificativo dell'episodio di cura	Contatore identificativo della presa in carico, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	7-16	N	10	CAMPO CHIAVE Vedere tabella A
C017	Progressivo accesso	Contatore identificativo dell'accesso al domicilio, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	17-19	N	3	OBBLIGATORIETÀ: Campo obbligatorio (E). FORMATO: NNN ALTRI CONTROLLI: - deve essere numerico e maggiore di 0 (E).

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
C020	Tipo Operatore	Identifica l'operatore che ha effettuato l'accesso.	20-21	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AA</p> <p>DOMINIO: Valori ammessi (E): 1= MMG 2= PLS 3 = infermiere 4 = medico specialista 5 = medico esperto di cure palliative 6= medico di continuità assistenziale/guardia medica 7 = psicologo 8 = fisioterapista 9 = logopedista 10 = OSS 11= dietista 12= assistente sociale del SSN/ Comune 13= terapeuta occupazionale 14= Medico USCA 15= Altro personale USCA</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> <p>ALTRI CONTROLLI: - se il campo è = 14 o =15 allora ci deve essere almeno una valutazione in Tabella D con Patologia prevalente ai fini dell'assistenza o Patologia concomitante = 043 (E).</p>
C022	Data Accesso	Data in cui l'operatore effettua l'accesso al domicilio dell'assistito.	22-29	DT	8	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: GGMMAAAA</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	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
C030	Numero accessi	Numero accessi effettuati nella stessa data	30	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Campo obbligatorio (E). FORMATO: N ALTRI CONTROLLI: - deve essere numerico e maggiore di 0 (E).

6.4. Tabella D- Valutazione del paziente

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D001	Codice dell'Azienda USL	Codice dell'azienda USL	1-3	AN	3	CAMPO CHIAVE Vedere tabella A
D004	Codice del Distretto	Codice del Distretto	4-6	AN	3	CAMPO CHIAVE Vedere tabella A
D007	Identificativo dell'episodio di cura	Contatore identificativo della presa in carico, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	7-16	N	10	CAMPO CHIAVE Vedere tabella A
D017	Progressivo valutazione	Contatore identificativo della valutazione o rivalutazione, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	17	N	1	OBBLIGATORIETÀ: Campo obbligatorio (E). FORMATO: N ALTRI CONTROLLI: - deve essere numerico e maggiore di 0 (E). CAMPO CHIAVE

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D018	Tipo valutazione	Tipologia di valutazione multi-dimensionale	18	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>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>
D019	Motivo Valutazione	Motivazione per cui viene eseguita una rivalutazione.	19	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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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).
D020	Data valutazione	Data della valutazione dell'assistito.	20-27	DT	8	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: GGMMAAAA</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	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D028	Patologia prevalente ai fini dell'assistenza	Codice patologia secondo la classificazione Internazionale delle malattie (ICD 9 CM) - modificazione clinica versione italiana 2007 e successive modificazioni.	28-30	AN	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAA</p> <p>DOMINO: Codici ICD9-CM di diagnosi, le prime 3 cifre I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/patologie</p> <p>ALTRI CONTROLLI: - Se tipologia di TAD è Assistenza di Medicina generale, Cure palliative di base o Cure palliative specialistiche sono ammessi solo i valori per cui il flag FLG_TAD_MMG (Flag ammissibilità della patologia per PIC ADI di tipo MMG) è 'S' (W)</p>
D031	Patologia concomitante	Individuare il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.	31-33	AN	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (E).</p> <p>FORMATO: AAA</p> <p>DOMINO: Codici ICD9-CM di diagnosi, le prime 3 cifre I valori sono consultabili attraverso il seguente link: https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/patologie</p>
D034	Autonomia	Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana	34	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>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</p>

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D035	Grado di mobilità	Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità (cioè nel proprio ambiente di vita).	35	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si sposta da solo 2= si sposta assistito 3= non si sposta 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
D036	Disturbi cognitivi	Identifica l'entità dei disturbi cognitivi (memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti.	36	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= assenti/lievi 2= moderati 3= gravi 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
D037	Disturbi comportamentali	Identifica l'entità dei disturbi comportamentali eventualmente presenti.	37	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= assenti/lievi 2= moderati 3= gravi 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

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D038	Supporto sociale	Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali.	38	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= presente 2= presenza parziale e/o temporanea 3= non presente 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
D039	Assistenza per rischio infettivo	Indica se il paziente abbisogna 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)	39	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D040	Broncorespirazione /drenaggio posturale	Indica la presenza del bisogno	40	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D041	Ossigenoterapia	Indica se il paziente abbisogna di ossigenoterapia continuativa (almeno 3 ore al giorno tutti i giorni)	41	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D042	Ventiloterapia	Indica la presenza del bisogno	42	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D043	Tracheotomia	Indica la presenza del bisogno	43	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D044	Alimentazione assistita	Indica se il paziente deve essere imboccato. Sono esclusi i pazienti che abbisognano di supervisione durante i pasti o che abbisognano di assistenza per la preparazione degli stessi	44	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D045	Alimentazione enterale	Indica la presenza del bisogno	45	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D046	Alimentazione parenterale	Indica la presenza del bisogno	46	AN	1	OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D047	Gestione della stomia	Indica la presenza del bisogno	47	AN	1	OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D048	Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinali	Indica se il paziente, abbisogna di assistenza sanitaria per consentire l'eliminazione urinaria e/o fecale (ad es.: cateterismi, clisteri frequenti).	48	AN	1	OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D049	Assistenza per alterazione del ritmo sonno/veglia	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.	49	AN	1	OBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D050	Interventi di educazione terapeutica	Indica il bisogno di interventi formali di educazione terapeutica.	50	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D051	Cura di ulcere cutanee di 1° e 2° grado	1°grado (arrossamento persistente che non scompare alla digitopressione) 2°grado (lesione di continuo che coinvolge l'epidermide, il derma o entrambi)	51	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D052	Cura di ulcere cutanee di 3° e 4° grado	3°grado (interessamento fino alla fascia muscolare, senza attraversarla) 4°grado (interessamento del piano muscolare ed eventualmente osseo)	52	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D053	Prelievi venosi non occasionali	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.	53	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D054	ECG	Indica la presenza del bisogno	54	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D055	Telemetria	Indica la presenza del bisogno	55	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D056	Procedura terapeutica sottocutanea/int ramuscolare/infusione	Indica la necessità in maniera continuativa o a cicli terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva tramite accesso venoso periferico.	56	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D057	Gestione catetere centrale	Indica la necessità di gestire un accesso centrale (ad esempio: CVC, Porth-cath, cateterismo peridurale)	57	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D058	Trasfusioni	Indica la presenza del bisogno	58	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D059	Controllo del dolore	Indica la presenza del bisogno	59	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D060	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica	Indica la presenza del bisogno	60	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D061	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica	Indica la presenza del bisogno	61	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D062	Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità	Indica la presenza del bisogno	62	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D063	Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità	Indica la presenza del bisogno	63	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D064	Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità	Indica la presenza del bisogno	64	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D065	Supervisione continua di utenti con disabilità	Indica la presenza del bisogno	65	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D066	Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità	Indica se c'è bisogno di assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (pulizia della casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia, assumere farmaci...).	66	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no
D067	Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità	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)	67	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
D068	Supporto al caregiver	Indica se esiste una alterazione della relazione fra assistito e caregiver, tale da condizionare il piano di assistenza.	68	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= si 2= no

6.5. Tabella E- Sospensioni dalla presa in carico

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
E001	Codice dell'Azienda USL	Codice dell'azienda USL	1-3	AN	3	CAMPO CHIAVE
E004	Codice del Distretto	Codice del Distretto	4-6	AN	3	CAMPO CHIAVE Vedere tabella A
E007	Identificativo dell'episodio di cura	Contatore identificativo della presa in carico, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	7-16	N	10	CAMPO CHIAVE Vedere tabella A
E017	Progressivo sospensione	Contatore identificativo della valutazione o sospensione, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	17-18	N	2	CAMPO CHIAVE OBBLIGATORIETÀ: Campo obbligatorio (E). FORMATO: NN ALTRI CONTROLLI: - deve essere numerico e maggiore di 0 (E).

Progressivo campo	Nome campo	Descrizione	Posizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
E019	Data inizio sospensione	Data in cui inizia la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	19-26	DT	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: GGMMAAAA ALTRI CONTROLLI: <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).
E027	Data fine sospensione	Identifica la data in cui termina la sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	27-34	DT	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: GGMMAAAA ALTRI CONTROLLI: <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).
E035	Motivo sospensione	Indica la motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito.	35	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). FORMATO: A DOMINO: Valori ammessi (E): 1= ricovero temporaneo in ospedale 2= allontanamento temporaneo (ad es. trasferimento durante il periodo estivo, presso parenti ecc.) 3= ricovero temporaneo in struttura residenziale 9= altro 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

7. CONTROLLI SPECIFICI

7.1. Controlli generalizzati sui Codice Identificativo del 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

Utilizzare il servizio:

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=ADI&CODICE_TIPO=TAD

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.

Posizione	Formato e lunghezza	Nome campo
1	AN 3	Codice Azienda USL
4	AN 3	Codice del Distretto
7	N 10	Identificativo dell'episodio di cura
17	N 3	Progressivo accessi
20	N 1	Progressivo valutazione
21	N 2	Progressivo sospensione
23	AN 1	Tabella (A, B, C, D, E)
24	AN 3	Codice campo (posizione del campo sul quale è stato rilevato l'errore)
27	AN 3	Codice errore (tipo di errore rilevato)
30	AN 70	Descrizione 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.

Posizione	Formato e lunghezza	Nome campo
1	AN 3	Codice Azienda USL
4	AN 3	Codice del Distretto
7	N 10	Identificativo dell'episodio di cura
17	N 3	Progressivo accessi
20	N 1	Progressivo valutazione
21	N 2	Progressivo sospensione
23	AN 1	Tabella (A, B, C, D, E)
24	AN 3	Codice campo (posizione del campo sul quale è stato rilevato l'errore)
27	AN 3	Codice errore (tipo di errore rilevato)
30	AN 70	Descrizione 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.

Posizione	Formato e lunghezza	Nome campo
1	AN 3	Codice Azienda USL
4	AN 3	Codice del Distretto
7	N 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.

Posizione	Formato E Lunghezza	Nome Campo
1	AN 3	Codice azienda USL
4	AN 3	Codice del Distretto
7	N 10	Identificativo dell'episodio di cura
17	N 1	Progressivo valutazione
18	AN 8	Data valutazione
26	N 3	Giorni intercorsi tra la data di ultima valutazione e la data di fine trimestre

11. REFERENTI REGIONALI

Servizio ICT, tecnologie e strutture sanitarie	Servizio Assistenza Territoriale
Giulia Previatti	Maria Rolfini
Tel. 051 527 7301	Tel. 051 527 7246
Flusso.ADI@regione.emilia-romagna.it	Flusso.ADI@regione.emilia-romagna.it