

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

**Servizio Assistenza distrettuale,
Pianificazione e sviluppo dei Servizi Sanitari**

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eugenio Di Ruscio

**Servizio Sistema Informativo
Sanità e Politiche Sociali**

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eleonora Verdini

ALLEGATO TECNICO

FLUSSO INFORMATIVO REPETTO SI-ADI

INTRODUZIONE

Il presente allegato tecnico è valido **a partire dal 1° gennaio 2008**.

Le informazioni devono essere trasmesse dalle Aziende USL al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, secondo le caratteristiche e le modalità descritte nei seguenti punti:

- Ambito di applicazione
- Contenuti e codifica delle variabili
- Tracciato record e controlli
- Modalità per l'invio dei dati e scadenze
- Ritorno informativo

A partire dal 2008 la rilevazione si caratterizza con **periodicità semestrale** ed è costituita da 2 tabelle ai sensi della L. n° 196 del 30 giugno 2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali":

- Dati anagrafici dell'assistito (Tabella A)
- Dati riguardanti il dettaglio dell'episodio di cura (Tabella B)

AMBITO DI APPLICAZIONE

Oggetto della rilevazione è **ciascun episodio di cura di assistenza domiciliare resa al singolo paziente**, pertanto il flusso informativo dell'assistenza domiciliare prevede la trasmissione **di un record in corrispondenza di ogni episodio di cura**, ovvero un record in corrispondenza di ogni tipologia di assistenza domiciliare (TAD).

Sono comprese nella rilevazione: l'assistenza sociale a rilievo sanitario, l'assistenza infermieristica e l'assistenza integrata a bassa, media ed alta intensità.

Sono oggetto di rilevazione le **caratteristiche anagrafiche del paziente** e, in separata tabella, le condizioni patologiche o i problemi prevalenti ai fini dell'assistenza. Viene infatti richiesto di individuare il problema (sanitario o no) che determina il maggior impegno assistenziale nell'ambito della TAD ma che non necessariamente fa esplicito riferimento alla patologia principale di cui è affetto il paziente.

Vengono altresì 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 domiciliare, la tipologia di assistenza, la motivazione della cessazione, il livello di intensità delle cure, gli operatori coinvolti nella realizzazione del piano di cura, gli accessi effettuati al domicilio, le date di inizio e conclusione dell'episodio di cura. Vi sono inoltre due variabili riferibili all'assistenza sociale: una segnala se l'episodio di cura prevede oneri a rilievo sanitario, l'altra consente di inserire il numero totale di ore effettuate dagli operatori del servizio sociale, rimborsate dalle AUSL.

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, mentre le PRESTAZIONI OCCASIONALI sono 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.

Per chiarire ulteriormente 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 per essere considerata tale;
- consulenze (anche infermieristiche per altri professionisti)

CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

Tabella A

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

CODICE DELL'AZIENDA USL (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice dell'Azienda USL erogatrice (file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata al flusso Repetto SI-ADI all'indirizzo: <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/>).

CODICE DEL DISTRETTO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice del Distretto erogante (file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata al flusso Repetto SI-ADI all'indirizzo: <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/>). Per l'ANT codificare 999.

IDENTIFICATIVO DELL'EPISODIO DI CURA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Contatore identificativo della TAD, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto.

La **chiave del record** è composta dai campi: **CODICE DELL'AZIENDA USL**, **CODICE DEL DISTRETTO**, **IDENTIFICATIVO DELL'EPISODIO DI CURA**.

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Devono essere indicati il cognome e il nome dell'assistito.

CODICE FISCALE DELL'ASSISTITO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Dev'essere indicato il codice fiscale dell'assistito preferibilmente rilevato dalla nuova tessera sanitaria del paziente.

DATA DI NASCITA DELL'ASSISTITO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare la data di nascita dell'assistito.

Formato consentito: ggmmaaaa.

SESSO DELL'ASSISTITO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare il sesso dell'assistito.

Valori ammessi:

1 = Maschio

2 = Femmina

COMUNE DI NASCITA DELL'ASSISTITO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare il comune di nascita dell'assistito.

Per i nati in Italia, codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata al flusso Repetto SI-ADI all'indirizzo <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/>).

Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS).

Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non esiste.

COMUNE DI RESIDENZA DELL'ASSISTITO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare il comune di residenza dell'assistito.

Per i residenti in Italia, codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata al flusso Repetto SI-ADI all'indirizzo <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/>).

CITTADINANZA (*livello di controllo SCARTANTE*)

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

Codifica: codice a 3 cifre (file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata al flusso Repetto SI-ADI all'indirizzo <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/>). Per gli apolidi codificare 999.

Tabella B

CARATTERISTICHE DELL'ASSISTENZA EROGATA

CODICE DELL'AZIENDA USL (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice dell'Azienda USL erogatrice (file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata al flusso Repetto SI-ADI all'indirizzo: <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/>).

CODICE DEL DISTRETTO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice del Distretto erogante (file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata al flusso Repetto SI-ADI all'indirizzo: <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/>). Per l'ANT codificare 999.

IDENTIFICATIVO DELL'EPISODIO DI CURA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Contatore identificativo della TAD, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto.

La **chiave del record** è composta dai campi: **CODICE DELL'AZIENDA USL, CODICE DEL DISTRETTO, IDENTIFICATIVO DELL'EPISODIO DI CURA.**

DOMICILIO DEL PAZIENTE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Tale variabile corrisponde al domicilio del paziente dove viene effettuata l'Assistenza Domiciliare anche se non coincidente con la residenza.

Valori consentiti:

- 1 = Abitazione
- 2 = Residenza non protetta
- 9 = Altro

TIPO DI TAD (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare la tipologia di assistenza domiciliare che viene fornita al paziente.

La Tipologia di Assistenza Domiciliare (TAD) definisce l'episodio di cura in relazione all'apertura di contratti amministrativi di Medici di Medicina Generale o in alternativa della figura che prevalentemente assiste il paziente (responsabile dell'assistenza). Qualunque sia la tipologia di TAD è possibile la presenza al domicilio di diversi professionisti i cui accessi vanno segnalati nei campi previsti.

Visto il numero esiguo di TAD di Assistenza Specialistica (in cui la responsabilità terapeutica è in capo al Medico Specialista) si è ritenuto opportuno non riproporle ulteriormente, e nel raro caso in cui si verificasse un episodio di cura con la responsabilità terapeutica del Medico Specialista, esso verrà indicato come TAD di Assistenza di Medicina Generale.

Valori consentiti:

Se è stato aperto un contratto con il Medico di Medicina Generale:

1 = Assistenza di Medicina Generale: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) corrispondenti ai contratti amministrativi dei medici di medicina generale "ADI, ADP, NODO".

Se non c'è nessun contratto con il Medico di Medicina Generale:

3 = Assistenza Infermieristica: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) dove l'infermiere è il responsabile assistenziale.

4 = Assistenza Associazioni no profit: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) che vedono la responsabilità terapeutica dei medici dell'associazione no profit (prima chiamata TAD volontariato).

5 = Assistenza Sociale: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) di assistenza domiciliare dove è prevalente l'assistenza tutelare permettendo così di rilevare l'assistenza domiciliare sociale con onere a rilievo sanitario. (*).

(*) Modalità di compilazione della TAD Sociale

Poiché per le TAD Sociali risulta difficoltoso riuscire a reperire tutte le informazioni richieste, **le variabili che risultano obbligatorie per questa tipologia di TAD sono:**

- **tutte le variabili anagrafiche** (ovvero tutta la tabella A)
- **e le seguenti variabili della tabella B:**
 - CODICE DELL'AZIENDA USL
 - CODICE DEL DISTRETTO
 - IDENTIFICATIVO DELL'EPISODIO DI CURA
 - TIPO DI TAD
 - EPISODIO DI CURA CON ONERE A RILIEVO SANITARIO (deve essere valorizzato a SI')
 - TOTALE ORE DI ASSISTENZA TUTELARE CON ONERE A RILIEVO SANITARIO

Le rimanenti variabili della tabella B sono a compilazione facoltativa; se valorizzate in modo errato determinano lo scarto del record.

DATA DELLA SEGNALAZIONE (livello di controllo SCARTANTE) CAMPO ELIMINATO

DATA DELLA PRESA IN CARICO (livello di controllo SCARTANTE)

Corrisponde alla data in cui viene effettuata la PRIMA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE anche se avviene in ospedale. Qualora non vi sia presa in carico la valutazione diventa una prestazione occasionale e va segnalata nell'apposito file.

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

Per le TAD interrotte formalmente al 31/12 dell'anno precedente, corrisponde al 1° gennaio.

Deve risultare minore o uguale alla data di chiusura TAD.

Formato consentito: ggmmaaaa

PROSECUZIONE TAD PRECEDENTE (livello di controllo SCARTANTE)

Specifica se la TAD è di nuova attivazione o se è la prosecuzione di una TAD aperta nell'anno precedente.

Valori consentiti:

1 = TAD di nuova attivazione

2 = TAD che prosegue dall'anno precedente.

RICHIESTA/PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA (livello di controllo SCARTANTE)

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 che hanno comunicato la necessità di attivazione dell'ADI.

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 strutture residenziali non ospedaliere) 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).

Valori consentiti:

1 = Ospedale (dimissione protetta)

2 = Hospice (dimissione protetta)

3 = Medico di Medicina Generale

4 = Paziente e/o familiari

5 = UVM (Unità di valutazione multidimensionale)

6 = Strutture residenziali

7 = Servizi Sociali

Da compilare **solo** nelle TAD di nuova attivazione

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA (*livello di controllo SCARTANTE*)

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; **è stato eliminato il valore**

3=Impossibilità ad essere trasportato per ricevere cure.

Valori consentiti:

1 = Malattie croniche

2 = Evento acuto temporaneamente invalidante

4 = Malato terminale

5 = Bisogno socio-assistenziale

Da compilare **solo** nelle TAD di nuova attivazione

PATOLOGIA PREVALENTE AI FINI DELL'ASSISTENZA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Viene chiesto di individuare il **problema** (sanitario o no) che presenta il paziente in quel particolare momento 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.

L'aggregazione qui proposta nasce dall'esperienza di raccolta dei dati analitici per singolo codice diagnostico nella fase sperimentale del flusso; tale esperienza ha messo in evidenza, da un lato il concentrarsi della casistica su alcune specifiche patologie o gruppi di patologie, dall'altro le notevoli possibilità di errore e/o diversità di interpretazione insite nel sistema di segnalazione analitico. Tenendo conto di questi elementi e del grado di approfondimento richiesto, si sono individuati i raggruppamenti sotto riportati, con le corrispondenze dei codici analitici della Classificazione ICD-9 CM, a ciascun gruppo, per chi voglia mantenere, a livello locale, la rilevazione analitica.

La medesima classificazione risulta valida anche utilizzando la codifica ICD-9 CM nella versione 2002.

Codice	Descrizione	Codici ICD-9CM di
01	Infezioni da HIV	042
02	Tumori	Da 140 a 239
03	Diabete mellito	250
04	Demenza senile e morbo di Alzheimer	290; 331
05	Altre psicosi, neurosi, ritardo mentale	Da 291 a 319
06	Parkinson e altre malattie degenerative SNC	da 330 a 337 (escluso 331)
07	Emiplegie, monoplezie e altre sindromi paralitiche	Da 342 a 344
08	Scompenso cardiaco e cardiopatie maldefinite	428; 429
09	Malattie cerebrovascolari acute e croniche	Da 430 a 439
10	Altre mal. sistema circolatorio	restanti codici da 390 a 459
11	Malattie apparato respiratorio	Da 460 a 519
12	Malattie apparato digerente	Da 520 a 579
13	Insufficienza renale ed altre malattie sistema genitourinario	Da 580 a 629
14	Ulcere croniche e da decubito e altre malattie pelle	Da 680 a 709
15	Artrosi, artite e altra patologia sistema osteomuscolare e connettivo	Da 710 a 739
16	Fratture femore e altri postumi fratture	da 800 a 829; 905
17	Altra patologia non altrove indicata	restanti codici da 001 a 999
18	Problemi non legati a patologia ma ad altre circostanze	Da V60 a V68

LIVELLO DI INTENSITA' ASSISTENZIALE (*livello di controllo SCARTANTE*)

I livelli di intensità delle cure misurano la complessità sanitaria e socio-assistenziale dei casi assistiti in regime di cure a domicilio.

Livello 1: assistenza domiciliare a bassa intensità sanitaria

Livello 2: assistenza domiciliare a media intensità sanitaria

Livello 3: assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria

I pazienti, durante gli episodi di cura, vanno ascritti ad uno dei livelli a seconda delle caratteristiche individuate dalle Commissioni Professionali Domiciliari sulla base delle indicazioni regionali.

Valori consentiti:

1 = Bassa intensità

2 = Media intensità

3 = Alta intensità

9 = Non definibile

Le aziende che prevedono sottocodifiche nell'ambito di ciascun livello possono inserire tale dettaglio direttamente, es.: 1a, 1b, 2a, ecc.

DATA DI CHIUSURA TAD (*livello di controllo SCARTANTE*)

Individua la data della chiusura dell'episodio di cura.

Al fine di evitare la contemporaneità di due TAD è necessario chiudere la TAD 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 TAD 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. L'accesso per supporto al lutto o ritiro materiale/documentazione, anche se questo avviene dopo il decesso, sarà comunque inserito all'interno della TAD e la data di chiusura dovrà coincidere con la data di decesso del paziente.

Corrisponde:

- 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 durante l'episodio di cura 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.

Deve risultare maggiore o uguale alla data della presa in carico.

Non compilare al primo semestre se l'episodio assistenziale non è chiuso ma prosegue.

Formato consentito: ggmmaaaa

EPISODIO DI CURA (TAD) CON ONERE A RILIEVO SANITARIO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Specifica se durante l'episodio di cura sono state fornite anche prestazioni sociali a rilievo sanitario con oneri a carico del F.S.R. come previsto al punto 4.1 della D.G.R. 1378/99 e successive modifiche. Appare perciò evidente che tutte le TAD Sociali inserite nel flusso dovranno sempre ricomprendere gli oneri a rilievo sanitario; e' perciò inserito un controllo per la verifica che in tutte le TAD Sociali risulti correttamente compilato il campo.

Valori consentiti:

- 1 = SI'
- 2 = NO

TOTALE ORE DI ASSISTENZA CON ONERE A RILIEVO SANITARIO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Se durante l'episodio di cura sono state fornite anche prestazioni sociali con oneri a carico del F.S.R. come previsto al punto 4.1 della D.G.R. 1378/99 e successive modifiche, si chiede di indicare il n° totale di ore per cui è previsto il rimborso a carico del F.S.R.

La variabile è da compilare solo se è presente un episodio di cura con onere a rilievo sanitario.

MODALITA' DI CHIUSURA TAD (*livello di controllo SCARTANTE*)

Corrisponde alla motivazione che ha portato alla chiusura della TAD.

Così come per la data, anche per le modalità di chiusura sono state apportate alcune modifiche rispetto alle indicazioni delle precedenti circolari. Tra queste, la chiusura della TAD per i trasferimenti temporanei dei pazienti sia verso strutture (RSA, Hospice, ospedale o altre strutture) che verso un domicilio situato in un altro Distretto (ad es. trasferimento durante il periodo estivo, presso parenti ecc.). Inoltre si rende necessaria la chiusura della TAD in caso di sostituzione del medico che comporti una revisione del piano assistenziale (vedi anche "data di chiusura TAD"). E' utile ricordare infine che le TAD vanno chiuse per cambio di livello assistenziale e/o di tipologia dell'episodio di cura a seguito di una rivalutazione del paziente. **E' stato eliminato il valore 4= trasferimento in Hospice** adesso ricompreso nel valore 3.

Valori consentiti:

1 = Completamento del programma assistenziale previsto

2 = Decesso

3 = Trasferimento in altra struttura (anche temporaneo)

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 (anche temporaneo)

Non compilare al primo semestre se l'episodio assistenziale non è chiuso ma prosegue.

NUMERO DI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (*) (*livello di controllo SCARTANTE*)

Numero totale di accessi del Medico di Medicina Generale effettuati durante il periodo di validità della TAD.

NUMERO DI ACCESSI DELL'INFERMIERE DELL'EQUIPE INFERMIERISTICA DOMICILIARE (EID) (*) (*livello di controllo SCARTANTE*)

Numero totale di accessi dell'infermiere dell'equipe infermieristica domiciliare effettuati durante il periodo di validità della TAD.

NUMERO DI ACCESSI DEL MEDICO ONCOLOGO (*) (*livello di controllo SCARTANTE*)

Numero totale di accessi del medico oncologo effettuati durante il periodo di validità della TAD.

NUMERO DI ACCESSI DI ALTRI SPECIALISTI MEDICI (*) (*livello di controllo SCARTANTE*)

Numero totale di accessi di altri specialisti medici effettuati durante il periodo di validità della TAD.

NUMERO DI ACCESSI DELLO PSICOLOGO (*) (*livello di controllo SCARTANTE*)

Numero totale di accessi dello psicologo effettuati durante il periodo di validità della TAD.

NUMERO DI ACCESSI DELL'ASSISTENTE SOCIALE (*) (*livello di controllo SCARTANTE*)

Numero totale di accessi dell'assistente sociale effettuati durante il periodo di validità della TAD.

NUMERO DI ACCESSI DELL'OPERATORE SOCIO-SANITARIO (*) (*livello di controllo SCARTANTE*)

Numero totale di accessi degli operatori di base del servizio sociale (operatore socio-sanitario OSS, OTA, ADB) effettuati durante il periodo di validità della TAD.

NUMERO DI ACCESSI DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE (*) *(livello di controllo SCARTANTE)*

Numero totale di accessi del tecnico della riabilitazione effettuati durante il periodo di validità della TAD.

NUMERO DI ACCESSI DELLA GUARDIA MEDICA – CONTINUITA' ASSISTENZIALE (*) *(livello di controllo SCARTANTE)*

Numero totale di accessi della guardia medica effettuati durante il periodo di validità della TAD.

(*) Il record viene scartato se non viene compilato almeno uno di questi campi.

POSIZIONE CONTABILE *(livello di controllo SCARTANTE)* **CAMPO ELIMINATO**

TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

I contenuti delle colonne sono:

Posizione

Posizione del primo carattere del campo

Formato

Definisce il formato del campo:

AN = alfanumerico

N = numerico

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio". I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero".

Lunghezza

Numero dei caratteri del campo

Nome Campo

Termine ufficiale che identifica il campo

Grado di obbligatorietà (Vincolo)

Codice che identifica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBBV = Campo obbligatorio e vincolante. Se non valorizzato o valorizzato in modo errato il record viene scartato.

OBB = Campo obbligatorio in determinate circostanze. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato.

FAC = Campo facoltativo. Se valorizzato in modo errato il record viene scartato.

Controlli logico formali

Controlli a cui le schede sono sottoposte prima di entrare in banca dati.

Livello di controllo indica se il tipo di controllo è scartante in riferimento all'inserimento in banca dati regionale del record, oppure se è oggetto di una segnalazione non scartante.

Il verificarsi di una mancata o errata informazione della tabella A o della tabella B genererà lo scarto dell'intero record.

TRACCIATO TABELLA A (1 record per ogni TAD)

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	CONTROLLI LOGICI FORMALI	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Codice dell'Azienda USL	Codice dell'Azienda USL (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS disponibile all'indirizzo internet: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/tabelle_riferimento.htm)	OBB V	^b, <u>AN</u>	SCARTANTE
4	AN 3	Codice del Distretto	Codice del Distretto secondo l'organizzazione in essere al 1° gennaio di ogni anno (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS disponibile all'indirizzo internet: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/tabelle_riferimento.htm . Per l'ANT codificare 999)	OBB V	^b, <u>AN</u>	SCARTANTE
7	N 10	Identificativo dell'episodio di cura	Contatore identificativo della TAD, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	OBB V	^b, N, >0	SCARTANTE
17	AN 40	Cognome dell'assistito	Scrivere in maiuscolo	OBB V	^b	SCARTANTE
57	AN 40	Nome dell'assistito	Scrivere in maiuscolo	OBB V	^b	SCARTANTE
97	AN 16	Codice fiscale dell'assistito	Preferibilmente rilevato dalla nuova tessera sanitaria del paziente	OBB V	^b, valido e compatibile con dati anagrafici	SCARTANTE
113	AN 8	Data di nascita dell'assistito	Formato: ggmmaaaa	OBB V	^b, ggmmaaaa, valida, < data di presa in carico	SCARTANTE
121	AN 1	Sesso dell'assistito	Valori consentiti: 1 = Maschio 2 = Femmina	OBB V	^b, <u>AN</u>	SCARTANTE
122	AN 6	Comune di nascita dell'assistito	Per i nati in Italia, codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS disponibile all'indirizzo internet: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/). Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri (file TCOMNOS). Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non esiste.	OBB V	<u>AN</u>	SCARTANTE

128	AN 6	Comune di residenza dell'assistito	Per i residenti in Italia, codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS disponibile all'indirizzo internet: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/)	OBB V	^b, <u>AN</u>	SCARTANTE
134	AN 3	Cittadinanza	Codifica: codice a 3 cifre (file TCOMNOS disponibile all'indirizzo internet: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/). Per gli apolidi codificare 999.	OBB V	^b, <u>AN</u>	SCARTANTE

- ^b** Controllo sul valore del campo: non si ammette il blank.
N Controllo sulla tipologia del campo: deve essere numerico.
AN Controllo sulla tipologia del campo: deve essere un codice alfanumerico compreso nel range ammesso.

TRACCIATO TABELLA B (1 record per ogni TAD)

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	VINCOLO	CONTROLLI LOGICO FORMALI	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Codice dell'Azienda USL	Codice dell'Azienda USL (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS disponibile all'indirizzo internet: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/tabelle_riferimento.htm)	OBB V	^b, <u>AN</u>	SCARTANTE
4	AN 3	Codice del Distretto	Codice del Distretto secondo l'organizzazione in essere al 1° gennaio di ogni anno (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS disponibile all'indirizzo internet: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/tabelle_riferimento.htm . Per l'ANT codificare 999)	OBB V	^b, <u>AN</u>	SCARTANTE
7	N 10	Identificativo dell'episodio di cura	Contatore identificativo della TAD, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	OBB V	^b, N, >0	SCARTANTE
17	AN 1	Domicilio del paziente	Valori consentiti: 1 = Abitazione 2 = Residenza non protetta 9 = Altro	OBB V	^b, <u>AN</u>	SCARTANTE
18	AN 1	Tipo di TAD	Tipologia di Assistenza Domiciliare: si riferisce alla modalità assistenziale che viene fornita al paziente. I valori consentiti sono: 1 = Assistenza di Medicina Generale 3 = Assistenza Infermieristica 4 = Assistenza no profit 5 = Assistenza Sociale (per la compilazione della TAD Sociale ved. pag. 6)	OBB V	^b, <u>AN</u>	SCARTANTE
19	AN 8	Filler	Impostare a spazi			
27	AN 8	Data della presa in carico	Corrisponde alla prima data di valutazione del paziente. Per le TAD interrotte al 31/12 dell'anno precedente, corrisponde al 1° gennaio. Deve risultare minore o uguale della data di chiusura TAD. Formato: ggmmaaaa	OBB V	^b, ggmmaaaa, valida, ≤ data chiusura TAD	SCARTANTE
35	AN 1	Prosecuzione TAD precedente	Valori consentiti: • 1 = TAD di nuova attivazione • 2 = TAD che prosegue dall'anno precedente.	OBB V	^b, <u>AN</u>	SCARTANTE

36	AN 1	Richiesta/ Proposta di attivazione	<p>Individua chi ha richiesto l'attivazione di un programma assistenziale sul paziente.</p> <p>Valori consentiti:</p> <p>1 = Ospedale (dimissione protetta)</p> <p>2 = Hospice (dimissione protetta)</p> <p>3 = Medico di Medicina Generale</p> <p>4 = Paziente e/o familiari</p> <p>5 = UVM</p> <p>6 = Strutture residenziali</p> <p>7 = Servizi sociali</p> <p>Da compilare solo nelle TAD di nuova attivazione</p>	OBB	<u>AN</u>	SCARTANTE
37	AN 1	Motivazione della richiesta	<p>Condizione clinica, o socio-assistenziale prevalente che determina la richiesta di attivazione di un programma di assistenza al domicilio per il paziente.</p> <p>Valori consentiti:</p> <p>1 = Malattie croniche</p> <p>2 = Evento acuto temporaneamente invalidante</p> <p>4 = Malato terminale</p> <p>5 = Bisogno socio-assistenziale</p> <p>Da compilare solo nelle TAD di nuova attivazione</p>	OBB	<u>AN</u>	SCARTANTE
38	AN 2	Patologia prevalente ai fini dell'assistenza	<p>In questo campo dev'essere indicata la patologia o il problema che risulta prevalente ai fini dell'assistenza domiciliare, cioè che determina il maggior impegno assistenziale nell'ambito della TAD.</p> <p>Per la codifica ved. pag. 7</p>	OBB V	[^] b, <u>AN</u>	SCARTANTE
40	AN 2	Livello di intensità assistenziale	<p>Livello di intensità assistenziale al quale è stato ascritto il paziente nel presente episodio di cura.</p> <p>Valori consentiti:</p> <p>1 = Bassa intensità</p> <p>2 = Media intensità</p> <p>3 = Alta intensità</p> <p>9 = Non definibile</p> <p>Le aziende che prevedono sottocodifiche nell'ambito di ciascun livello possono inserire tale dettaglio direttamente, es.: 1a, 1b, 2a, ecc.</p>	OBB V	[^] b, <u>AN</u>	SCARTANTE

42	AN 8	Data di chiusura TAD	Corrisponde:	Per il 1° invio OBB	ggmmaaaa, valida, ≥ data della presa in carico	SCARTANTE
			<ul style="list-style-type: none"> • alla data dell'ultimo accesso al domicilio del paziente se il programma assistenziale è completato; • alla data dell'ultimo accesso se è cambiato il medico famiglia • 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. <p>Deve risultare maggiore o uguale alla data della presa in carico. Non compilare al primo semestre se l'episodio assistenziale non è chiuso ma prosegue. Formato: ggmmaaaa</p>	Per il 2° invio OBB V	^b, ggmmaaaa, valida, ≥ data della presa in carico	SCARTANTE
50	AN 1	Episodio di cura (TAD) con onere a rilievo sanitario	Presenza o meno di onere a rilievo sanitario. Valori consentiti: <ul style="list-style-type: none"> • 1 = SI • 2 = NO Nelle TAD Sociali deve essere valorizzato a SI'	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
51	N 3	Totale ore di assistenza tutelare con onere a rilievo sanitario	Corrisponde al numero totale di ore di assistenza tutelare con onere a rilievo sanitario relative alla TAD di riferimento. Da compilare solo se SI al precedente quesito	OBB	N >0	SCARTANTE
54	AN 1	Modalità di chiusura TAD	Corrisponde alle motivazioni che hanno portato alla chiusura della TAD. I valori consentiti sono:	Per il 1° invio OBB	AN	SCARTANTE
			1 = Completamento del programma assistenziale previsto 2 = Decesso 3 = Trasferimento altra struttura (anche temporaneo) 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 domicilio in altro distretto (anche temporaneo)	Per il 2° invio OBB V	^b, AN	SCARTANTE
55	N 4	Numero di accessi del Medico di Medicina Generale	Numero totale di accessi del Medico di Medicina Generale effettuati durante il periodo di validità della TAD	OBB (*)	N, >0	SCARTANTE
59	N 4	Numero di accessi dell'Infermiere dell'équipe infermieristica domiciliare (EID)	Numero totale di accessi dell'Infermiere dell'équipe infermieristica domiciliare effettuati durante il periodo di validità della TAD	OBB (*)	N, >0	SCARTANTE

63	N 4	Filler	Impostare a spazi			
67	N 4	Numero di accessi del medico Oncologo	Numero totale di accessi del medico Oncologo effettuati durante il periodo di validità della TAD	OBB (*)	N, >0	SCARTANTE
71	N 4	Filler	Impostare a spazi			
75	N 4	Numero di accessi di Altri specialisti medici	Numero totale di accessi di Altri specialisti medici effettuati durante il periodo di validità della TAD	OBB (*)	N, >0	SCARTANTE
79	N 4	Numero di accessi dello Psicologo	Numero totale di accessi dello Psicologo effettuati durante il periodo di validità della TAD	OBB (*)	N, >0	SCARTANTE
83	N 4	Numero di accessi dell'Assistente sociale	Numero totale di accessi dell'Assistente sociale effettuati durante il periodo di validità della TAD	OBB (*)	N, >0	SCARTANTE
87	N 4	Numero di accessi dell'Operatore socio-sanitario	Numero totale di accessi degli operatori di base del servizio sociale (operatore socio-sanitario, OTA, AdIB) effettuati durante il periodo di validità della TAD	OBB (*)	N, >0	SCARTANTE
91	N 4	Numero di accessi del Tecnico della riabilitazione	Numero totale di accessi del Tecnico della riabilitazione effettuati durante il periodo di validità della TAD	OBB (*)	N, >0	SCARTANTE
95	N 4	Numero di accessi della Guardia Medica	Numero totale di accessi della Guardia Medica effettuati durante il periodo di validità della TAD	OBB (*)	N, >0	SCARTANTE
99	AN 20	Filler	Riservato per eventuali usi futuri			

(*) **Almeno uno di questi campi deve obbligatoriamente essere compilato.**

^b **Controllo sul valore del campo: non si ammette il blank.**

N **Controllo sulla tipologia del campo: deve essere numerico.**

AN **Controllo sulla tipologia del campo: deve essere un codice alfanumerico compreso nel range ammesso.**

PRESTAZIONI OCCASIONALI

Il file contenente le prestazioni occasionali è denominato ADIALTROxxxzz.txt (dove: xxx = codice AUSL, zz = ultime due cifre dell'anno) e permette di rilevare le 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.

Il file ADIALTROxxxzz.txt dovrà contenere pertanto **solo dati di pazienti per i quali non è stato possibile creare una TAD** per mancanza di tutte o parte delle informazioni richieste come obbligatorie.

L'invio del file e' annuale ed avverrà via e-mail all'indirizzo di Gisella Garaffoni (ggaraffoni@regione.emilia-romagna.it) e la scadenza è il 28/02.

Il tracciato record del file ADIALTROxxxzz.txt per i dati di attività che si riferiscono all'anno 2008 e seguenti è:

POSIZIONE	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO
1	AN 3	Codice dell'Azienda
4	AN 3	Codice del Distretto
7	N 5	Numero di pazienti che hanno ricevuto prelievi occasionali
12	N 5	Numero di accessi per prelievi occasionali
17	N 4	Numero di pazienti che hanno ricevuto consulenze specialistiche
21	N 4	Numero di accessi per consulenze specialistiche
25	N 4	Numero di pazienti che hanno ricevuto altre prestazioni occasionali
29	N 4	Numero di accessi per altre prestazioni occasionali

MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE

A partire dalla rilevazione per l'anno 2008, le Aziende trasmettono i dati su base aziendale anziché distrettuale.

La trasmissione dei dati è semestrale. Ogni Azienda USL dovrà inviare 2 file: uno contenente i dati anagrafici (tabella A) e l'altro contenente i dati sanitari (tabella B).

I file dovranno essere prodotti in formato testo (caratteri ASCII) a lunghezza fissa. Ogni record è terminato dalla coppia di caratteri ASCII 13 e 10 (carriage return e line feed).

I file che non rispettano queste caratteristiche non potranno essere simulati/caricati nella banca dati regionale.

I file dovranno avere un nome che consenta di identificare: la provenienza dei dati (codice Azienda USL), l'invio di riferimento e la tipologia di dati inviati (ovvero se si tratta della parte anagrafica o di quella sanitaria). Il nome di ogni file dovrà essere del tipo: ADlxxx0nzzw.txt sulla base della legenda qui sotto riportata:

Legenda:

- xxx corrisponde al codice dell'Azienda USL
- 0n corrisponde al numero dell'invio
- zz corrisponde all'anno al quale si riferiscono i dati (indicare solo le ultime 2 cifre).
- w corrisponde ad A se si tratta della parte contenente i dati anagrafici, a B se si tratta dei dati sanitari.

Le Aziende USL dovranno trasmettere i file tramite un applicativo nel portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali (<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi>). Per fare questo occorre essere in possesso di un'utenza EXTRARER abilitata alla gestione del flusso e attribuita dalla Regione Emilia-Romagna (2 utenze per ogni Azienda usl). L'utenza potrà monitorare o valutare direttamente la qualità delle informazioni inviate attraverso l'uso di opportune procedure di simulazione di caricamento che produrranno un ritorno informativo. La simulazione consente di sottoporre i file al sistema dei controlli formali regionali prima dell'invio definitivo.

Per favorire il monitoraggio delle attività i dati saranno trasmessi in due fasi:

- attività del primo semestre **entro il 31/07**
- attività di tutto l'anno **entro il 28/02**

Riassumendo la trasmissione sarà regolamentata dalle seguenti scadenze:

INVII	SCADENZE	ATTIVITA'	RITORNO INFORMATIVO
1° invio	entro il 31 luglio dell'anno di rilevazione	primo semestre	Segnalazioni/ Scarti
2° invio	entro il 28 febbraio dell'anno successivo all'anno di rilevazione	tutto l'anno	Segnalazioni/ Scarti

RITORNO INFORMATIVO

Per garantire elevati standard di qualità del flusso informativo, le procedure informatiche adottate dalla Regione per il controllo e validazione dei dati, si basano su requisiti minimi di qualità delle informazioni contenute su ogni singolo record: l'assenza di questi requisiti determina il mancato inserimento nell'archivio regionale del record.

Dai dati 2008 il ritorno informativo è effettuato su base aziendale anziché distrettuale.

Tramite il Ritorno Informativo vengono messi a disposizione delle Aziende tre tipi di file:

A) RIEPILOGO SCARTI che indica il numero dei record inviati e l'esito delle elaborazioni.

Il file in formato html è denominato RIEPILOGOxxx0nzz.htm, dove: xxx = codice AUSL, 0n corrisponde al numero dell'invio, zz corrisponde all'anno al quale si riferiscono i dati (indicare solo le ultime 2 cifre).

B) SCARTI: Schede che non hanno superato i controlli logico-formali di 1° livello e quindi scartate

Il file in formato testo è denominato SCARTIxxx0nzz.txt, dove: xxx = codice AUSL, 0n corrisponde al numero dell'invio, zz corrisponde all'anno al quale si riferiscono i dati (indicare solo le ultime 2 cifre).

Viene fornita inoltre una diagnostica riassuntiva degli errori scartanti classificati per campo e tipologia di errore in un file denominato: SCARTIxxx0nzz.htm.

C) SEGNALAZIONI: Schede che presentano segnalazioni (errori di 2° livello)

Il file in formato testo è denominato SEGNALAZIONIxxx0nzz.txt, dove: xxx = codice AUSL, 0n corrisponde al numero dell'invio, zz corrisponde all'anno al quale si riferiscono i dati (indicare solo le ultime 2 cifre).

Viene fornita inoltre una diagnostica riassuntiva delle segnalazioni classificati per campo e tipologia di segnalazione in un file denominato: SEGNALAZIONIxxx0nzz.htm.

Il tracciato record dei file SCARTI e SEGNALAZIONI è il medesimo, come segue:

POSIZIONE	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO
1	AN 3	Codice Azienda USL
4	AN 3	Codice del Distretto
7	N 10	Contatore identificativo della TAD
17	AN 1	Tabella (A o B)
18	AN 3	Codice campo (Posizione del campo nel quale è stato rilevato l'errore)
21	AN 3	Codice errore (corrispondente al tipo di errore rilevato)
24	AN 70	Descrizione errore
94	AN 16	Filler

La tabella contenente l'elenco dei codici degli errori verrà inoltre pubblicata sul sito internet del Sistema Informativo Sanità e Politiche sociali.

INDIVIDUAZIONE DELLE UTENZE

Ogni azienda può richiedere la creazione di 2 utenze per la gestione del flusso informativo. In attuazione del documento programmatico per la sicurezza della Regione (Prot. n. (DOR/07/60125, Atto Dirigente n. 2653 del 06/03/2007) 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 funzione.

L'utenza sarà abilitata alle funzioni di simulazioni, caricamento e gestione del ritorno informativo.

La richiesta va indirizzata al Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali (e-mail ggaraffoni@regione.emilia-romagna.it oppure vsavioli@regione.emilia-romagna.it) indicando per ciascun nominativo: nome, cognome, e-mail e telefono.

REPORTISTICA PREDEFINITA

Nel sito del Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali è disponibile una reportistica predefinita all'indirizzo: <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/reportistica.htm>

Referenti regionali:

Referente per la gestione del flusso:

Gisella Garaffoni e Valentina Savioli

Tel. 051 6397424 – 051 6397425

Fax - 051 6397067

ggaraffoni@regione.emilia-romagna.it ; vsavioli@regione.emilia-romagna.it

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Referente per l'organizzazione dell'Assistenza Domiciliare

Maria Rolfini

Tel. 051 6397246

Fax - 051 6397062

mrolfini@regione.emilia-romagna.it

Servizio assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna

V.le Aldo Moro, 21

40127 Bologna

Eugenio Di Ruscio
(f.to Di Ruscio)

Eleonora Verdini
(f.to Verdini)