Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Assistenza distrettuale, Pianificazione e sviluppo dei Servizi Sanitari

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Antonio Brambilla

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eleonora Verdini

ALLEGATO TECNICO

FLUSSO INFORMATIVO REPETTO SI-ADI

INTRODUZIONE

Con la recente 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 del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 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. Lo stesso decreto prevede che le regioni predispongano il Piano di Adeguamento (PdA) per la messa a regime della rilevazione, secondo le specifiche tecniche del decreto. 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.

Con nota prot. 1597-P- 06/05/2009 DGSI, il Ministero ha comunicato che la Cabina di Regia dell' NSIS nella seduta del 29 aprile u.s. ha approvato il PdA della Regione Emilia-Romagna.

Il PdA prevede, per l'anno 2009, l'invio dei dati secondo un tracciato "ridotto", e per i successivi 2 anni un tracciato "integrato" e con tempistica secondo la tabella di seguito riportata:

anno di rilevazione	cadenza invio	numero invii	data degli invii
2010	semestrale	I invio	31/07/2010
		II invio	31/01/2011
2011	trimestrale	I invio	30/04/2011
		II invio	31/07/2011
		III invio	30/10/2011
		IV invio	31/01/2012

Il presente allegato tecnico contiene i necessari adeguamenti della rilevazione regionale a quanto previsto dal suddetto Decreto ed è valido a partire dal 1° gennaio 2010.

Le principali novità del flusso ADI:

- La tempistica (periodicità semestrale per il 2010, trimestrale per gli anni successivi)
- Nuovi campi oggetto di rilevazione (stato civile del paziente, assistente non familiare, nucleo familiare)
- Rilevazione dei singoli accessi per data dell'accesso al domicilio
- Introduzione della scheda di valutazione multi-dimensionale del paziente
- Rilevazione della patologia ICD IX CM-2007 (solo prime 3 cifre)

Si sottolinea che solo gli episodi di cura che superano i sistemi regionali di controllo comprensivi di scheda di valutazione del paziente potranno essere inviati al Ministero della Salute nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). I record che non potranno essere inviati perché privi di scheda di valutazione rimarranno comunque presenti in banca dati regionale ADI.

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 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 2010 la rilevazione sarà costituita da 4 tabelle nel rispetto 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)
- Dati sulla rilevazione degli accessi (Tabella C)
- Dati riguardanti le valutazioni / rivalutazioni del paziente (Tabella D).

AMBITO DI APPLICAZIONE

Oggetto della rilevazione è ciascun episodio di cura 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 (detto anche TAD).

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 no) 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, etcc...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.

Rientrano nella rilevazione, per la prima volta, 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, fisioterapisti, psicologi, logopedisti, OSS, dietisti, terapisti occupazionali.

Esce dal flusso ADI la rilevazione delle prestazioni occasionali. Se ne ribadisce comunque la definizione per eventuali rilevazioni interne all'azienda, anche ai fini di un miglioramento del piano individualizzato di assistenza.

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

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 (livello di controllo SCARTANTE)
Devono essere indicati il cognome e il nome dell'assistito.

CODICE FISCALE (livello di controllo SCARTANTE)
Dev'essere indicato il codice fiscale dell'assistito preferibilmente rilevato dalla nuova tessera sanitaria del paziente.

DATA DI NASCITA (livello di controllo SCARTANTE)
Indicare la data di nascita dell'assistito.
Formato consentito: ggmmaaaa.

SESSO (livello di controllo SCARTANTE)
Indicare il sesso dell'assistito.
Valori ammessi:
1 = Maschio
2 = Femmina

COMUNE DI NASCITA (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 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 (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 A

STATO CIVILE (livello di controllo SCARTANTE) NUOVO CAMPO:
Indicare lo stato civile dell'assistito al momento della rilevazione.
Valori ammessi:
1 = celibe/nubile
2 = coniugato/a
3 = separato/a
4 = divorziato/a
5 = vedovo/a
6 = non dichiarato

Tabella B

TABELLA B

EPISODIO DI CURA DOMICILIARE

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. E' stato eliminato il valore 9=Altro.
Valori consentiti:
1 = Abitazione
2 = Residenza non protetta

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.
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 corrispondenti ai contratti amministrativi dei medici di medicina generale.
Se non c'è nessun contratto con il Medico di Medicina Generale:
3 = Assistenza Infermieristica
Sono così definiti tutti gli episodi di cura dove l'infermiere è il responsabile assistenziale.
4 = Assistenza Associazioni no profit
Sono così definiti tutti gli episodi di cura che vedono la responsabilità terapeutica dei medici dell'associazione no profit (prima chiamata TAD volontariato).
5 = Assistenza Socio-Sanitaria (ex assistenza sociale)
Sono così definiti tutti gli episodi di cura di assistenza domiciliare dove è prevalente l'assistenza "tutelare" permettendo così di rilevare l'assistenza domiciliare sociale con onere a rilievo sanitario. Anche per questo tipo di TAD, 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. Ma, poichè per le TAD Socio-sanitarie risulta difficoltoso riuscire a reperire tutte le informazioni richieste, nei primi tempi la mancata compilazione di molte informazioni sarà oggetto solo di segnalazione, con produzione di opportuno ritorno informativo e non di scarto, così come indicato nella precedente Circolare regionale fino a nuova comunicazione.

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.
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.

Tabella B

Per gli episodi di cura interrotti 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 sempre, anche in caso di prosecuzione tad precedente

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;
Valori consentiti:
1 = Malattie croniche
2 = Evento acuto temporaneamente invalidante
4 = Malato terminale
5 = Bisogno socio-assistenziale
Da compilare sempre, anche in caso di prosecuzione tad precedente

ASSISTENTE NON FAMILIARE CONVIVENTE (livello di controllo SCARTANTE) NUOVO CAMPO
Persona non appartenente al nucleo familiare (es: badante) che convive con l'assistito (24 h).
Valori consentiti:
1 = presente
2 = non presente

NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (livello di controllo SCARTANTE) NUOVO CAMPO
Indicare il numero dei componenti del nucleo familiare convivente, escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente (rientrano nel conteggio ad esempio: coniuge/partner convivente, figlio/a, fratello/sorella, nipote, genero/nuora, cognato/a).
Codifica: Numerico di 1 cifra.

Tabella B

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. E' stato eliminato il valore 9=Altro e la possibilità di inserire sottocodifiche.
Valori consentiti:
1 = Bassa intensità
2 = Media intensità
3 = Alta intensità

DATA DI CHIUSURA (livello di controllo SCARTANTE)
Individua la data della chiusura dell'episodio di cura a domicilio.
Al fine di evitare la contemporaneità di due episodi di cura (TAD) 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 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 dell'episodio 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 se l'episodio assistenziale non è chiuso ma prosegue.
Al 2° semestre (chiusura anno 2010) o 4° trimestre (chiusura anno 2011, etc) utilizzare la chiusura temporanea al 31/12 dell'anno di riferimento se l'episodio 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 tutti gli episodi di cura di tipo Socio-sanitario (tipo di Tad = 5) inserite nel flusso dovranno sempre ricomprendere gli oneri a rilievo sanitario; e' perciò inserito un controllo per la verifica che in tutte le TAD socio-sanitarie 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

Tabella B

sanitario (tipo di Tad = 5); e' perciò inserito un controllo per la verifica che in tutte le TAD socio-sanitarie risulti correttamente compilato il campo (N (0).

MODALITA' DI CHIUSURA (livello di controllo SCARTANTE) NUOVI VALORI:
Corrisponde alla motivazione che ha portato alla chiusura dell'episodio domiciliare.
Così come per la data, anche per le modalità di chiusura sono state apportate alcune modifiche. Si sottolinea la necessità della chiusura dell'episodio 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 dell'episodio in caso di sostituzione del medico che comporti una revisione del piano assistenziale (vedi anche "data di chiusura"). Si ricorda infine che gli episodi di cura a domicilio vanno chiusi per cambio di livello assistenziale e/o di tipologia dell'episodio a seguito di una rivalutazione del paziente. Dal 2010 sono introdotte nuove modalità di chiusura così come indicato nel D.M. 17/12/2008.
Valori consentiti:
1 = Completamento del programma assistenziale previsto
2 = Decesso al domicilio
3 = Trasferimento in struttura residenziale (anche temporaneo)
4 = Trasferimento in Hospice (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)
10= Ricovero in ospedale (anche temporaneo)
11= Decesso in ospedale
12= Decesso in Hospice
Non compilare se l'episodio assistenziale non è chiuso ma prosegue.
Al 2° semestre (chiusura anno 2010) o 4° trimestre (chiusura anno 2011, etc) utilizzare la chiusura fittizia al 31/12 dell'anno di riferimento se l'episodio non è chiuso ma prosegue.

POSIZIONE CONTABILE (livello di controllo SCARTANTE)
Si utilizza per gestire gli invii dei dati. Informazione necessaria per indicare che tipo di operazione tecnica si vuol eseguire sul record.
Valori consentiti:
1 = record appartenente al periodo di riferimento (semestre o trimestre) e mai inviato in precedenza
2 = record non appartenente al periodo di riferimento (semestre o trimestre), inviato in ritardo o inviato nuovamente perché scartato nei precedenti invii. Si tratta di integrazioni frutto di ritardi nell'invio dei dati o di scarti prodotti dai controlli di 1° livello.
3 = record già inviato e già presente nell'archivio regionale, al quale si vogliono apportare modifiche
4 = record già inviato e già presente nell'archivio regionale, che si ritiene di voler cancellare in modo definitivo.

Tabella C

TABELLA C

ACCESSI AL DOMICILIO

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.

PROGRESSIVO ACCESSO (livello di controllo SCARTANTE)
Contatore identificativo dell'accesso al domicilio, comunque univoco all'interno dell'anno.
Codifica: Numerico di 3 cifre.
La chiave del record è composta dai campi: CODICE DELL'AZIENDA USL, CODICE DEL DISTRETTO, IDENTIFICATIVO DELL'EPISODIO DI CURA E PROGRESSIVO ACCESSO.

TIPO OPERATORE (livello di controllo SCARTANTE) NUOVO CAMPO:
Identifica l'operatore che ha effettuato l'accesso.
Valori consentiti:
1= MMG
2= PLS
3 = infermiere
4 = medico specialista (es: oncologo, etcc…)
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= terapista occupazionale

DATA ACCESSO (livello di controllo SCARTANTE) NUOVO CAMPO:
Indicare la data in cui è effettuato l'accesso a domicilio dell'assistito.
Formato consentito: ggmmaaaa.

NUMERO ACCESSI (livello di controllo SCARTANTE) NUOVO CAMPO:
Indica il numero di accessi del singolo operatore nel corso della stessa data.
Codifica: Numerico di 1 cifra.

Tabella D

TABELLA D

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

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.

PROGRESSIVO VALUTAZIONE (livello di controllo SCARTANTE)
Contatore identificativo della valutazione o rivalutazioni del paziente, comunque univoco all'interno dell'anno.
Codifica: Numerico di 1 cifra.
La chiave del record è composta dai campi: CODICE DELL'AZIENDA USL, CODICE DEL DISTRETTO, IDENTIFICATIVO DELL'EPISODIO DI CURA E PROGRESSIVO VALUTAZIONE.

TIPO VALUTAZIONE (livello di controllo SCARTANTE)
Tipologia di valutazione multi-dimensionale.
Valori consentiti:
1= valutazione iniziale dell'assistito
2= rivalutazione dell'assistito
E' obbligatorio l'invio delle informazioni della scheda valutazione multi-dimensionale al momento della presa in carico del paziente. Per le valutazioni di pazienti presi in carico in anni precedenti al 2010 (primo anno di rilevazione della valutazione) segnalare la rivalutazione per scadenza del periodo previsto.

MOTIVO RIVALUTAZIONE (livello di controllo SCARTANTE)
Motivazione per cui viene eseguita una rivalutazione. La compilazione è richiesta solo se se in presenza di una rivalutazione (tipo valutazione = 2).
Valori consentiti:
1= Scadenza del periodo previsto (90 giorni)
2= Variazioni nella condizioni del paziente
E' 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).

DATA VALUTAZIONE (livello di controllo SCARTANTE)
Identifica la data in cui avviene la valutazione/rivalutazione dell'assistito. Nel caso di prima valutazione questa data corrisponde alla data di presa in carico. Infatti 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…".
Formato consentito: ggmmaaaa.

Tabella D

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. 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 (vedi allegato A).

PATOLOGIA CONCOMITANTE (livello di controllo FACOLTATIVO)
Individuare il codice della patologia concomitante, eventualmente presente, in grado di condizionare la presa in carico.
Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie (ICD 9 CM) - modificazione clinica versione italiana 2007 e successive modificazioni, solo prime 3 cifre, in allegato.

AUTONOMIA (livello di controllo SCARTANTE)
Indica il livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno).
Valori consentiti:
1= 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"
2= parzialmente dipendente - nei casi non segnalati ai punti 1 e 3
3= totalmente dipendente - se in tutte le attività indicate al punto 1 ha necessità di aiuto da parte di altre persone

GRADO MOBILITA' (livello di controllo SCARTANTE)
Indica il livello di autonomia dell'assistito nell'area di mobilità (cioè nel proprio ambiente di vita).
Valori consentiti:
1= 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)
2= 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.
3= 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.

DISTURBI COGNITIVI (livello di controllo SCARTANTE)
Identifica l'entità dei disturbi cognitivi (memoria, orientamento, attenzione) eventualmente presenti.
Valori consentiti:
1= 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.
2= moderati - nei casi non segnalati al punto 1 e 3
3= 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).

DISTURBI COMPORTAMENTALI (livello di controllo SCARTANTE)
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…
Valori consentiti:
1= assenti/lievi - quando non sono presenti o, se presenti, non producono disturbo al paziente e non condizionano l'assistenza
2= moderati - nei casi non segnalati al punto 1 e 3
3= gravi - quando sono molto disturbanti per il paziente e richiedono la somministrazione di farmaci

Tabella D

SUPPORTO SOCIALE (livello di controllo SCARTANTE)
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.
Valori consentiti:
1= presenza - quando è sufficiente a rispondere ai bisogni assistenziali della persona, o la persona presenta bisogni assistenziali minimi
2= presenza parziale e/o temporaneo- nei casi non segnalati al punto 1 e 3
3= non presenza quando i bisogni assistenziali devono essere completamente coperti dalla rete formale (servizi sociali pubblici o privati accreditati)

ASSISTENZA PER RISCHIO INFETTIVO (livello di controllo SCARTANTE)
Utilizzare quando 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)
Valori consentiti
1= si
2= no

BRONCORESPIRAZIONE/DRENAGGIO POSTURALE (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

OSSIGENO TERAPIA (livello di controllo SCARTANTE)
Utilizzare quando il paziente abbisogna di ossigenoterapia continuativa (almeno 3 ore al giorno tutti i giorni)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

VENTILOTERAPIA (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

TRACHEOTOMIA (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

ALIMENTAZIONE ASSISTITA (livello di controllo SCARTANTE)
Utilizzare quando 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
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

ALIMENTAZIONE ENTERALE (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

Tabella D

ALIMENTAZIONE PARENTERALE (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

GESTIONE DELLA STOMIA (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

MANOVRE PER FAVORIRE L'ELIMINAZIONE URINARIA/INTESTINALE (livello di controllo SCARTANTE)
Utilizzare quando il paziente, abbisogna di assistenza sanitaria per consentire l'eliminazione urinaria e/o fecale (ad es.: cateterismi, clisteri frequenti).
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

ASSISTENZA PER ALTERAZIONE DEL RITMO SONNO/VEGLIA (livello di controllo SCARTANTE)
Utilizzare quando 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.
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

INTERVENTI DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA (livello di controllo SCARTANTE)
Utilizzare quando viene rilevato il bisogno di interventi formali di educazione terapeutica.
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

CURA DI ULCERE CUTANEE DI 1° E 2° GRADO (livello di controllo SCARTANTE)
1°grado (arrossamento persistente che non scompare alla digitopressione)
2°grado (lesione di continuo che coinvolge l'epidermide, il derma o entrambi)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

CURA DI ULCERE CUTANEE DI 3° E 4° GRADO (livello di controllo SCARTANTE)
3°grado (interessamento fino alla fascia muscolare, senza attraversarla)
4°grado (interessamento del piano muscolare ed eventualmente osseo)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

PRELIEVI VENOSI NON OCCASIONALI (livello di controllo SCARTANTE)
Necessità di prelievi venosi non occasionali (per esempio: monitoraggio terapia anticoagulante orale). Sono esclusi i casi di prelievo venoso occasionale, anche se ripetuto.
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

Tabella D

ECG (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

TELEMETRIA (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)
PROCEDURA TERAPEUTICA SOTTOCUTANEA/INTRAMUSCOLARE/INFUSIONALE (livello di controllo SCARTANTE)
Utilizzare quando sono necessari in maniera continuativa o a cicli terapia intramuscolare o sottocutanea o infusiva tramite accesso venoso periferico.
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

GESTIONE CATETERE CENTRALE (livello di controllo SCARTANTE)
Oppure quando è necessario gestire un accesso centrale (ad esempio: CVC, Porth-cath, cateterismo peridurale)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

TRASFUSIONI (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

CONTROLLO DEL DOLORE (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

BISOGNI ASSISTENZIALI RELATIVI ALLO STATO DI TERMINALITA' ONCOLOGICA (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

BISOGNI ASSISTENZIALI RELATIVI ALLO STATO DI TERMINALITA' NON ONCOLOGICA (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

TRATTAMENTO RIABILITATIVO NEUROLOGICO IN PRESENZA DI DISABILITA' (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

TRATTAMENTO RIABILITATIVO ORTOPEDICO IN PRESENZA DI DISABILITA' (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

Tabella D

TRATTAMENTO RIABILITATIVO DI MANTENIMENTO IN PRESENZA DI DISABILITA' (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

SUPERVISIONE CONTINUA DI UTENTI CON DISABILITA' (livello di controllo SCARTANTE)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

ASSISTENZA NELLE IADL PER UTENTI CON DISABILITA' (livello di controllo SCARTANTE)
Utilizzare quando vi è bisogno di assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (pulizia della casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia, assumere farmaci…).
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

ASSISTENZA NELLE ADL PER UTENTI CON DISABILITA' (livello di controllo SCARTANTE)
Utilizzare quando vi è bisogno di assistenza nelle attività di base della vita quotidiana della persona (fare il bagno, utilizzare i servizi igienici, lavarsi, vestirsi, mangiare, spostarsi)
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

SUPPORTO AL CARE GIVER (livello di controllo SCARTANTE)
Utilizzare quando esiste una alterazione della relazione fra assistito e caregiver, tale da condizionare il piano di assistenza.
Valori consentiti
1= si (bisogno presente)
2= no (bisogno assente)

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
Dati anagrafici dell'assistito

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, AN	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, AN	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	Scrivere in maiuscolo	OBB V	^b	SCARTANTE
57	AN 40	Nome	Scrivere in maiuscolo	OBB V	^b	SCARTANTE
97	AN 16	Codice fiscale	Preferibilmente rilevato dalla nuova tessera sanitaria del paziente	OBB V	^b, valido e compatibile con dati anagrafici	SCARTANTE
113	AN 8	Data di nascita	Formato: ggmmaaaa	OBB V	^b, ggmmaaaa, valida, < data di presa in carico	SCARTANTE
121	AN 1	Sesso	1 = Maschio 2 = Femmina	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
122	AN 6	Comune di nascita	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	AN	SCARTANTE
128	AN 6	Comune di residenza	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, AN	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, AN	SCARTANTE
137	AN 1	Stato civile	1= celibe/nubile 2= coniugato/a 3= separato/a 4= divorziato/a 5=vedovo/a 6= non dichiarato	OBB V	^b, AN	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
Episodio di cura domiciliare

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, AN	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, AN	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	1 = Abitazione 2 = Residenza non protetta	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
18	AN 1	Tipo di TAD	1 = Assistenza di Medicina Generale 3 = Assistenza Infermieristica 4 = Assistenza no profit 5 = Assistenza Socio-sanitaria	OBB V	^b, AN	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	1 = TAD di nuova attivazione 2 = TAD che prosegue dall'anno precedente.	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
36	AN 1	Richiesta/ Proposta di attivazione	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 Da compilare sempre, anche in caso di prosecuzione tad precedente	OBB V	^b, AN	SCARTANTE

37	AN 1	Motivazione della richiesta	1 = Malattie croniche 2 = Evento acuto temporaneamente invalidante 4 = Malato terminale 5 = Bisogno socio-assistenziale Da compilare sempre, anche in caso di prosecuzione tad precedente	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
38	AN 1	Assistente non familiare convivente	1= presente 2= non presente	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
39	N 1	Nucleo familiare convivente	Numero dei componenti del nucleo familiare convivente.	OBB V	^b, N>0	SCARTANTE
40	AN 1	Livello di intensità assistenziale	1 = Bassa intensità 2 = Media intensità 3 = Alta intensità	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
41	AN 1	Filler	Impostare a spazi			
42	AN 8	Data di chiusura TAD	Corrisponde: • 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. Non compilare se l'episodio assistenziale non è chiuso ma prosegue Formato: ggmmaaaa	OBB	^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: 1 = si 2 = no Negli episodio di tipo socio-sanitari (tipo di tad = 5) deve essere valorizzato a 1	OBB	^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	1 = Completamento del programma assistenziale previsto 2 = Decesso al domicilio 3 = Trasferimento altra struttura residenziale(anche temporaneo) 4= Trasferimento in Hospice (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) 10= Ricovero in ospedale (anche temporaneo) 11= Decesso in ospedale 12= Decesso in Hospice Non compilare se l'episodio assistenziale non è chiuso ma prosegue.	OBB	^b, AN	SCARTANTE
55	AN 1	Posizione contabile	1 = record appartenente al periodo di riferimento (semestre o trimestre) e mai inviato in precedenza 2 = record non appartenente al periodo di riferimento (semestre o trimestre), inviato in ritardo o inviato nuovamente perché scartato nei precedenti invii. 3 = record già inviato e già presente nell'archivio regionale al quale si vogliono apportare modifiche 4 = record già inviato e già presente nell'archivio regionale che si ritiene di voler cancellare in modo definitivo	OBB V	^b, AN	SCARTANTE

(*) 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.

TRACCIATO TABELLA C
Accessi al domicilio

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, AN	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, AN	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	N 3	Progressivo accesso	Contatore identificativo dell'accesso al domicilio, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	OBB V	^b, N, >0	SCARTANTE
20	AN 2	Tipo operatore	1= MMG 2= PLS 3 = infermiere 4 = medico specialista (es: oncologo, etcc…) 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= terapista occupazionale	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
22	AN 8	Data accesso	Data in cui è effettuato l'accesso al domicilio Formato ggmmaaaa	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
30	N 1	Numero accessi	Numero accessi effettuati nella stessa data	OBB V	^b, N, >0	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 D
Valutazione del paziente

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, AN	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, AN	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	N 1	Progressivo valutazione	Contatore identificativo della valutazione o rivalutazione, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto	OBB V	^b, N, >0	SCARTANTE
18	AN 1	Tipo valutazione	1= valutazione iniziale dell'assistito 2= rivalutazione dell'assistito	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
19	AN 1	Motivo rivalutazione	1= scadenza del periodo previsto (90 gg) 2= variazioni nella condizione del paziente	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
20	AN 8	Data valutazione	Data in cui avviene la valutazione/rivalutazione multi-dimensionale dell'assistito. Formato ggmmaaaa	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
28	AN 3	Patologia prevalente ai fini dell'assistenza	Viene chiesto di individuare il problema (sanitario o no) che presenta il paziente che determina il maggior impegno assistenziale. Codifica: Classificazione Internaz. delle malattie (ICD 9 CM) - modificazione clinica versione italiana 2007 e successive modificazioni, solo prime 3 cifre. Vedi allegato A	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
31	AN 3	Patologia concomitante	Codifica: Classificazione Internaz. delle malattie (ICD 9 CM) - modificazione clinica versione italiana 2007 e successive modificazioni, solo prime 3 cifre. Vedi allegato A	FAC		SEGNALAZIONE
34	AN 1	Autonomia	1= autonomo 2= parzialmente dipendente 3= totalmente dipendente	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
35	AN 1	Grado Mobilità	1= si sposta da solo (eventualmente con ausili) 2= si sposta da solo 3= non si sposta	OBB V	^b, AN	SCARTANTE

36	AN 1	Disturbi cognitivi	1= assenti/lievi 2= moderati 3= gravi	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
37	AN 1	Disturbi comportamentali	1= assenti/lievi 2= moderati 3= gravi	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
38	AN 1	Supporto sociale	1= presenza 2= presenza parziale e/o temporaneo 3= non presenza	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
39	AN 1	Assistenza per rischio infettivo	1= si 2= no	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
40	AN 1	Broncorespirazione /drenaggio posturale	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
41	AN 1	Ossigenoterapia	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
42	AN 1	Ventiloterapia	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
43	AN 1	Tracheotomia	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
44	AN 1	Alimentazione assistita	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
45	AN 1	Alimentazione entrale	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
46	AN 1	Alimentazione parenterale	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
47	AN 1	Gestione della stomia	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
48	AN 1	Manovre per favorire l'eliminazione urinaria/intestinale	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
49	AN 1	Assistenza per alterazione del ritmo sonno/veglia	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
50	AN 1	Interventi di educazione terapeutica	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
51	AN 1	Cura di ulcere cutanee di 1° e 2° grado	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
52	AN 1	Cura di ulcere cutanee di 3° e 4° grado	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
53	AN 1	Prelievi venosi non occasionali	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
54	AN 1	ECG	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
55	AN 1	Telemetria	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
56	AN 1	Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolare/infusionale	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
57	AN 1	Gestione catetere centrale	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
58	AN 1	Trasfusioni	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
59	AN 1	Controllo del dolore	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
60	AN 1	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità oncologica	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
61	AN 1	Bisogni assistenziali relativi allo stato di terminalità non oncologica	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
62	AN 1	Trattamento riabilitativo neurologico in presenza di disabilità	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE

63	AN 1	Trattamento riabilitativo ortopedico in presenza di disabilità	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
64	AN 1	Trattamento riabilitativo di mantenimento in presenza di disabilità	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
65	AN 1	Supervisione continua di utenti con disabilità	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
66	AN 1	Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
67	AN 1	Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	SCARTANTE
68	AN 1	Supporto al caregiver	1= si (bisogno presente) 2= no (bisogno assente)	OBB V	^b, AN	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.

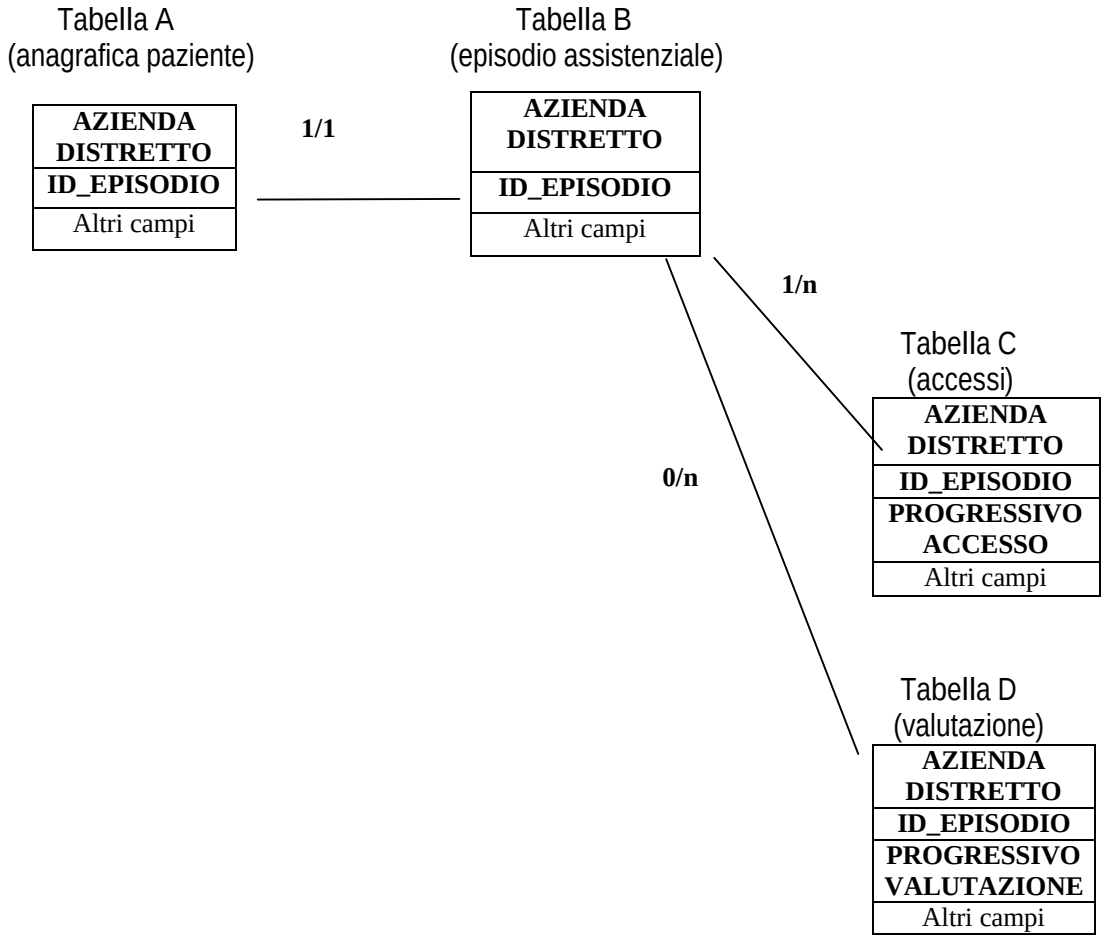
MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E SCADENZE

Ogni Azienda Usl dovrà inviare:

- un record contenente i dati anagrafici del paziente (tabella A) (un record per ogni paziente preso in carico)
- un record contenente i dati dell'episodio assistenziale (Tabella B) (un record per ogni episodio assistenziale)
- uno o più record con le informazioni sugli accessi (Tabella C) (un record per ogni data in cui è effettuato almeno un accesso al domicilio del paziente).
- nessuno, uno o più record con i dati sulla valutazione del paziente (Tabella D) (un record per ogni valutazione/rivalutazione)

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.

Le relazione tra le tabelle sono come di seguito riportate:



E' assolutamente necessario, anche ai fini di un corretto invio al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per la rilevazione nazionale dell'assistenza domiciliare (come da D.M. 17/12/2008), che LA CHIAVE DEI RECORD INVIATI in tabella A B C D sia LA MEDESIMA tra un periodo di riferimento e l'altro (stesso IDENTIFICATIVO DELL'EPISODIO e stessi PROGRESSIVO ACCESSO e PROGRESSIVO VALUTAZIONE).

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: ADIxxx0nzzw.txt sulla base della legenda qui sotto riportata:
Legenda:

- xxx corrisponde al codice dell'Azienda USL
- 0n corrisponde al numero dell'invio (01,02 per l'anno 2010.. 01,02,03,04 per i successivi anni)
- 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 dei dati sanitari, C degli accessi al domicilio, D per la scheda di valutazione.

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 l'anno 2010:
Gli episodi del I semestre saranno composti da:

- tad riprese dall'anno precedente (con data presa in carico 01/01) - posizione contabile 1
- tad aperte e chiuse nel primo semestre- posizione contabile 1
- tad aperte nel primo semestre non ancora chiuse – posizione contabile 1

Gli episodi del II semestre (chiusura anno) saranno composti da:

- tad aperte e chiuse (anche con chiusura temporanea al 31/12) nel secondo semestre – posizione contabile 1
- tad aperte nel primo semestre ed inviate in ritardo (anche con chiusura temporanea al 31/12) – posizione contabile 2
- modifiche (anche con chiusura temporanea al 31/12) di tad inviate nel primo invio - posizione contabile 3
- cancellazioni di tad inviate nel primo invio – posizione contabile 4

Riassumendo la trasmissione sarà regolamentata dalle seguenti scadenze:

- attività del primo semestre entro il 31/07/2010
- attività di tutto l'anno entro il 28/02/2011

INVII	SCADENZE	ATTIVITA'	RITORNO INFORMATIVO
1° invio	entro il 31 luglio 2010	primo semestre	Segnalazioni/ Scarti
2° invio	entro il 28 febbraio 2011	Secondo semestre	Segnalazioni/ Scarti

Per l'anno 2011 e seguenti:

Gli episodi del I trimestre saranno composti da:

- tad riprese dall'anno precedente (con data presa in carico 01/01) - posizione contabile 1
- tad aperte e chiuse nel primo trimestre- posizione contabile 1
- tad aperte nel primo trimestre non ancora chiuse – posizione contabile 1

Gli episodi del II trimestre saranno composti da:

- tad aperte e chiuse nel secondo trimestre- posizione contabile 1
- tad aperte nel secondo trimestre non ancora chiuse – posizione contabile 1
- tad aperte nel primo trimestre ed inviate in ritardo – posizione contabile 2
- modifiche di tad inviate nel primo trimestre (compresa la chiusura) - posizione contabile 3
- cancellazioni di tad inviate nel primo trimestre – posizione contabile 4

Gli episodi del III trimestre saranno composti da:

- tad aperte e chiuse nel terzo trimestre- posizione contabile 1
- tad aperte nel terzo trimestre non ancora chiuse – posizione contabile 1
- tad aperte nel primo o secondo trimestre ed inviate in ritardo – posizione contabile 2
- modifiche di tad inviate nel primo o secondo trimestre (compresa la chiusura) - posizione contabile 3
- cancellazioni di tad inviate nel primo o secondo trimestre – posizione contabile 4
-

Gli episodi del IV trimestre (chiusura anno) saranno composti da:

- tad aperte e chiuse (anche con chiusura temporanea al 31/12) nel quarto trimestre - posizione contabile 1
- tad aperte in trimestri precedenti ed inviate in ritardo (anche con chiusura temporanea al 31/12) – posizione contabile 2
- modifiche di tad inviate in trimestri precedenti (anche con chiusura temporanea al 31/12) - posizione contabile 3
- cancellazioni di tad inviate in trimestri precedenti – posizione contabile 4

Riassumendo la trasmissione sarà regolamentata dalle seguenti scadenze:

- attività del primo trimestre entro 30/04
- attività del primo semestre entro il 31/07
- attività dei primi nove mesi entro il 30/10
- attività di tutto l'anno entro il 31/01

INVII	SCADENZE	ATTIVITA'	RITORNO INFORMATIVO
1° invio	entro il 30 aprile dell'anno di riferimento	Primo trimestre	Segnalazioni/ Scarti
2° invio	entro il 31 luglio dell'anno di riferimento	Primo trimestre	Segnalazioni/ Scarti
3° invio	entro il 30 ottobre dell'anno di riferimento	secondo trimestre	Segnalazioni/ Scarti
4° invio	entro il 31/01 dell'anno successivo all'anno di riferimento	Quarto trimestre	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.
Dall'anno 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	identificativo dell'episodio di cura
17	N 3	Progressivo accessi
20	N 1	Progressivo valutazione
21	AN 1	Tabella (A, B, C, D)
22	AN 3	Codice campo (Posizione del campo nel quale è stato rilevato l'errore)
25	AN 3	Codice errore (corrispondente al tipo di errore rilevato)
28	AN 70	Descrizione errore

La tabella contenente l'elenco dei codici degli errori verrà inoltre pubblicata sul sito internet del Sistema Informativo Sanità e Politiche sociali (https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/adi/adi.html).

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. La simulazione consente di sottoporre i file al sistema dei controlli formali regionali prima dell'invio definitivo
L'utenza sarà abilitata alle funzioni di simulazioni, caricamento e gestione del ritorno informativo.

Le nuove richieste vanno indirizzate al Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche Sociali (e-mail: 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 la Reportistica Predefinita annuale all'indirizzo: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/adi/reportistica.htm

Referenti regionali:

Referente per la gestione del flusso:
Valentina Savioli
Tel. 051 6397425
Fax - 051 6397067
vsavioli@regione.emila-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

Antonio Brambilla

(f.to Brambilla)

Eleonora Verdini

(f.to Verdini)