



Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

**Servizio Governo dell'integrazione socio-sanitaria
e delle politiche per la non autosufficienza**

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Raffaele Fabrizio

**Servizio Sistema Informativo
Sanità e Politiche Sociali**

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Eleonora Verdini

ALLEGATO TECNICO

FLUSSO INFORMATIVO: ASSISTENZA RESIDENZIALE e SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI o persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

PREMESSA

Con la emanazione del Decreto Ministeriale 17 Dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" (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 in assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani.

Tale Decreto attiva la rilevazione e prevede che le regioni predispongano un Piano di Adeguamento (PdA) per la messa a regime della rilevazione prevista per l'anno 2011, secondo le specifiche tecniche del decreto. La rilevazione ministeriale prevede due fasi: una prima fase di rilevazione delle informazioni anagrafiche, sanitarie e socio-sanitarie (dal 01/07/2010) ed una seconda fase di rilevazione per la valutazione multi-dimensionale dell'assistito (dal 01/01/2011).

Il conferimento dei dati dell'assistenza residenziale e semi-residenziale costituisce adempimento della Regione verso il Ministero ai sensi dell'Intesa del 23 marzo 2005 e ripreso dal Patto per la salute 2006-2008, a partire dal 2012.

Con nota prot. 4379-P- 25/11/2009 DGSI, il Ministero ha comunicato che la Cabina di Regia dell' NSIS nella seduta del 10 novembre u.s. ha approvato il PdA della Regione Emilia-Romagna.

Il presente allegato tecnico contiene le necessarie specifiche riguardanti la rilevazione regionale in base a quanto previsto dal suddetto Decreto ed è valido a partire dal 1° gennaio 2010.

L'avvio del nuovo flusso FAR rappresenta un'opportunità per il sistema dei servizi socio-sanitari integrati e costituisce uno strumento che favorisce lo sviluppo della capacità gestionale e la responsabilizzazione dei soggetti erogatori rispetto all'obbligo che la D.G.R. 514/2009 già espressamente prevede, relativamente alla garanzia delle informazioni previste dalla Regione. Le premesse e il percorso di attuazione sono stati condivisi con gli Enti locali nell'ambito del Comitato tecnico scientifico della Cabina di Regia regionale per le politiche sociali e sanitarie. E' stato costituito un apposito gruppo tecnico con rappresentanti delle AUSL e dei Comuni per discutere nel merito i contenuti dei tracciati ministeriali con riferimento alle procedure e agli strumenti in uso nel nostro territorio, sulla base delle cui proposte si è arrivati a definire lo strumento di valutazione multi-dimensionale da utilizzare per ricostruire le informazioni richieste dal ministero.

Per verificare la situazione attualmente esistente nei servizi interessati, in termini di livello di informatizzazione, con la collaborazione dei Direttori dell'Integrazione socio-sanitaria delle AUSL e dei responsabili degli Uffici di Piano, è stata realizzata una rilevazione sulla presenza e l'utilizzo di specifici software "gestionali". Questa verifica è stata anche l'occasione per aprire una riflessione a livello locale richiamando l'opportunità e la necessità di sviluppare la capacità dei servizi di rilevare, elaborare, utilizzare e trasmettere le informazioni relative agli utenti, alle prestazioni e ai costi. La situazione emersa, di cui si riporta di seguito una sintesi, rileva un discreto livello di informatizzazione, specialmente nelle residenze e rappresenta la base di partenza per l'implementazione del flusso informativo.

TABELLA 1

STRUTTURE RESIDENZIALI - (situazione ad ottobre 2009)

azienda sanitaria	distretto sanitario	n. SERVIZI informatizzate	n. SERVIZI ad informatizzazione completa	POSTI LETTO con informatizzazione completa
PIACENZA	CITTA' DI PIACENZA	2	0	0
	LEVANTE	3	0	0
	PONENTE	3	0	0
PARMA	PARMA	11	11	667
	FIDENZA	11	0	0
	VALLI TARO E CENO	1	0	0
	SUD EST	7	0	0
REGGIO EMILIA	MONTECCHIO EMILIA	5	2	74
	REGGIO EMILIA	4	0	0
	GUASTALLA	7	0	0
	CORREGGIO	2	0	0
	SCANDIANO	1	1	10
	CASTELNUOVO NE' MONTI	6	0	0
MODENA	CARPI	0	0	0
	MIRANDOLA	3	3	220
	MODENA	14	14	635
	SASSUOLO	5	0	0
	PAVULLO NEL FRIGNANO	7	0	0
	VIGNOLA	4	0	0
	CASTELFRANCO EMILIA	2	0	0
BOLOGNA	CASALECCHIO DI RENO	7	0	0
	PORRETTA TERME	7	2	59
	SAN LAZZARO DI SAVENA	7	4	176
	PIANURA EST	11	11	428
	PIANURA OVEST	4	0	0
	CITTA' DI BOLOGNA	22	4	462
IMOLA	IMOLA	0	0	0
FERRARA	OVEST	5	3	90
	CENTRO-NORD	9	0	0
	SUD-EST	5	5	228
RAVENNA	RAVENNA	10	0	0
	LUGO	8	6	301
	FAENZA	11	2	137
FORLI'	FORLI'	11	2	2
CESENA	CESENA - VALLE DEL SAVIO	3	3	196
	RUBICONE	5	5	221
RIMINI	RIMINI	5	0	0
	RICCIONE	5	0	0
REGIONE		233	78	3.906

TABELLA 2

STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI centri diurni - (situazione ad ottobre 2009)

azienda sanitaria	distretto sanitario	n. SERVIZI informatizzati	n. SERVIZI ad informatizzazione completa	POSTI cd con informatizzazione completa
PIACENZA	CITTA' DI PIACENZA	3	0	0
	LEVANTE	1	0	0
	PONENTE	0	0	0
PARMA	PARMA	0	0	0
	FIDENZA	8	0	0
	VALLI TARO E CENO	0	0	0
	SUD EST	5	0	0
REGGIO EMILIA	MONTECCHIO EMILIA	5	1	12
	REGGIO EMILIA	13	1	17
	GUASTALLA	6	0	0
	CORREGGIO	3	0	0
	SCANDIANO	0	0	0
	CASTELNUOVO NE' MONTI	2	0	0
MODENA	CARPI	0	0	0
	MIRANDOLA	1	0	0
	MODENA	6	6	136
	SASSUOLO	3	0	0
	PAVULLO NEL FRIGNANO	4	0	0
	VIGNOLA	3	0	0
	CASTELFRANCO EMILIA	0	0	0
BOLOGNA	CASALECCHIO DI RENO	3	0	0
	PORRETTA TERME	0	0	0
	SAN LAZZARO DI SAVENA	0	0	0
	PIANURA EST	7	7	56
	PIANURA OVEST	5	0	0
	CITTA' DI BOLOGNA	7	0	0
IMOLA	IMOLA	0	0	0
FERRARA	OVEST	2	1	17
	CENTRO-NORD	1	0	0
	SUD-EST	2	2	20
RAVENNA	RAVENNA	6	0	0
	LUGO	4	4	52
	FAENZA	7	2	25
FORLI'	FORLI'	6	1	1
CESENA	CESENA - VALLE DEL SAVIO	1	0	0
	RUBICONE	2	2	25
RIMINI	RIMINI	3	0	0
	RICCIONE	1	0	0
REGIONE		120	27	361

Nello specifico, più del 64% delle residenze socio-sanitarie per anziani convenzionate presenta una gestione informatizzata. Di queste, circa la metà rileva tutti i campi. Invece, relativamente ai servizi semi-residenziali, più della metà (55%) è dotata di software applicativi.

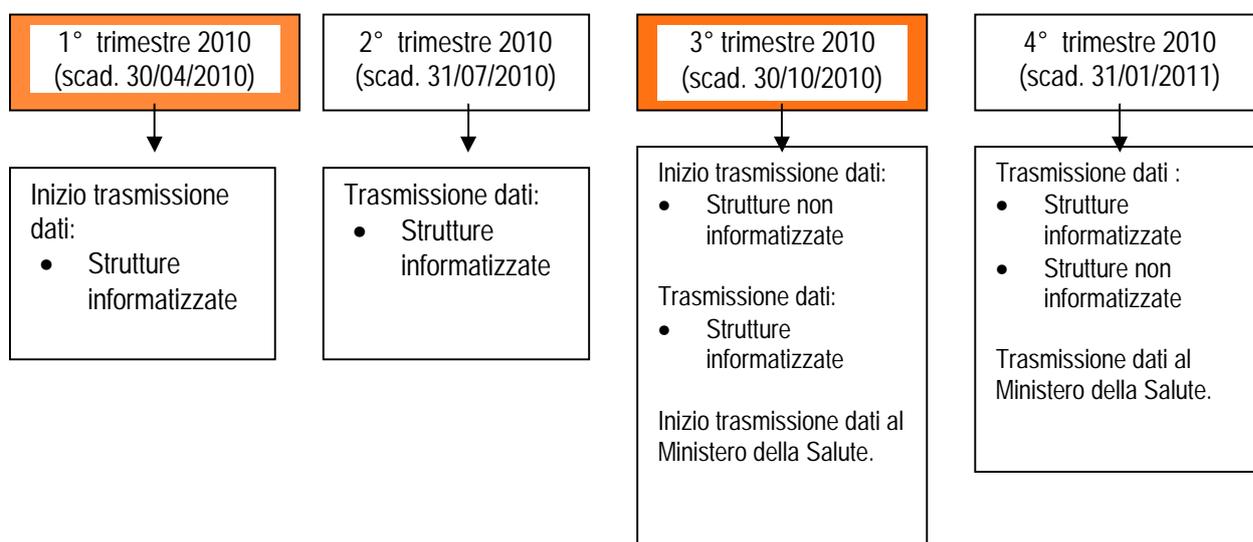
Ne consegue che, a fronte di una situazione di partenza differenziata, si prevede, per il 2010, l'attivazione di un percorso graduale degli adempimenti richiesti ai soggetti erogatori.

La gradualità è necessaria per la messa a punto del sistema informativo e per il miglioramento dell'organizzazione inerente questa tipologia di attività.

Il flusso informativo regionale ha comunque valenza dal 01 gennaio 2010 (prima scadenza 30/04/2010) e pertanto il sistema di accoglienza regionale sarà predisposto da tale data per l'invio dei file inerenti il primo trimestre 2010.

Le strutture già informatizzate invieranno i dati in regione secondo il calendario previsto a pag. 23 della presente Circolare.

I soggetti erogatori non informatizzati o informatizzati parzialmente avranno a disposizione il primo semestre 2010 per adeguare i propri sistemi informativi/informatici. Tali strutture sono tenute comunque a recuperare le informazioni richieste sull'intero anno 2010.



La rilevazione ha **periodicità trimestrale** ed è costituita da 3 sezioni, nel rispetto della legge sulla riservatezza, Legge 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 periodo di assistenza residenziale o semi-residenziale (**Tabella B**)
- Dati riguardanti la valutazione socio-sanitaria multi-dimensionale dell'assistito (**Tabella C**)

Le informazioni devono essere predisposte dai soggetti erogatori (soggetti gestori delle strutture residenziali o servizi semiresidenziali), e trasmesse dai Sistemi Informativi/Informatici delle Aziende UsI (ovvero, in prospettiva, dagli Uffici di Piano), 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:

1. Ambito di applicazione
2. Contenuti e codifica delle variabili
3. Tracciato record e controlli
4. Modalità per l'invio dei dati
5. Trasmissione dei file e scadenze
6. Ritorno informativo

Per la rilevazione dell'anno 2010 l'invio della Tabella C (valutazione multi-dimensionale dell'assistito) sarà facoltativo. A partire dall'anno 2011 ad ogni ammissione, rivalutazione periodica o straordinaria è obbligatorio l'invio delle schede di valutazione dell'assistito (Tabella C).

Si precisa comunque che, a regime, la comunicazione della valutazione socio-sanitaria dell'utente è prevista ordinariamente ogni sei mesi.

1. AMBITO DI APPLICAZIONE

Oggetto della rilevazione è ciascun **periodo in assistenza residenziale o semiresidenziale del singolo PAZIENTE ANZIANO o persona non autosufficiente in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche**; il periodo riguarda l'assistenza erogata su posti convenzionati/accreditati in strutture residenziali e semi-residenziali convenzionate/accreditate all'interno del territorio aziendale nei confronti di cittadini residenti e non residenti.

La rilevazione riguarda l'attività erogata presso:

- **Casa protetta / RSA** (inclusi i nuclei residenziali dedicati all'accoglienza temporanea di soggetti con demenza nella fase con elevati disturbi comportamentali e cognitivi)
- **Centro diurno assistenziale** (inclusi i centri diurni dedicati all'accoglienza temporanea di soggetti con demenza nella fase con elevati disturbi comportamentali e cognitivi)

Per periodo assistenziale si intende un periodo di tempo che inizia nella data di inserimento o ammissione in residenza o semiresidenza del paziente, un lasso di tempo in cui vengono erogate "prestazioni residenziali e semiresidenziali" di diversa natura ed intensità integrate nell'ambito di un piano assistenziale individualizzato (trattamenti intensivi, cure mediche ed infermieristiche, trattamenti estensivi di tipo riabilitativo, prestazioni socio-sanitarie, etc...), e termina con la data di fine assistenza o data di dimissione dalla struttura (compreso il decesso).

Per "prestazione residenziale e semi-residenziale" si intende il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a favore di persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio, all'interno di idonee Unità di Offerta accreditate - unità organizzative di risposta assistenziale di carattere residenziale o semiresidenziale. (Decreto Ministeriale del 17/12/2008 art. 1 comma 2,3). Ne consegue che rimane esclusa dalla rilevazione l'attività svolta in strutture di tipo prettamente socio-assistenziali (es: comunità alloggio per anziani)

Per "valutazione multi-dimensionale" si intende invece la valutazione globale della persona non autosufficiente a cura di un'equipe multiprofessionale che valuta lo stato di salute complessivo della persona anziana, analizzando le risorse e i bisogni che la persona anziana presenta a livello biologico, clinico, psicologico, sociale e funzionale.

La valutazione multi-dimensionale è alla base dell'elaborazione di un programma di assistenza personalizzato in cui si definiscono quali interventi attivare per promuovere il recupero dell'autonomia, il mantenimento delle abilità residue, il miglioramento delle condizioni di vita e del benessere.

Si precisa che, secondo le indicazioni della Regione Emilia-Romagna la valutazione multidimensionale dell'assistito deve essere svolta di norma al momento dell'ammissione presso la singola struttura e deve essere ripetuta ogni qualvolta risultino significativamente modificate le necessità assistenziali dell'assistito (rivalutazione straordinaria) e comunque ogni 180 giorni (rivalutazione periodica), anche ai fini della conferma della valutazione. Ovviamente, nel caso di inserimenti in emergenza, la valutazione può essere effettuata anche dopo l'ammissione in struttura, comunque entro alcuni giorni dall'ingresso.

Nella Regione Emilia-Romagna lo strumento di valutazione individuato per la valutazione del paziente anziano è la **Bina (Breve Indice di Non Autosufficienza)**, modificata nel corso del 2009. La scheda Bina, modificata rispetto alla precedente versione, è stata ufficialmente condivisa dal sistema delle autonomie locali nell'ambito del Comitato Tecnico scientifico Cabina di Regia regionale per le politiche sociali e sanitarie.

2. CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

Tabella A

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO TABELLA A

CODICE AZIENDA USL (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice dell'Azienda USL nel cui territorio è ubicata la struttura (Anagrafe Unica Regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie).

CODICE STRUTTURA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice di identificazione della struttura.

Codifica: codice Ministero della Salute a 6 cifre STS.11 (Anagrafe Unica Regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie).

ANNO AMMISSIONE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare l'anno di ammissione in struttura residenziale o semi-residenziale.

Formato consentito: aaaa

IDENTIFICATIVO_PERIODO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Identificativo del periodo assistenziale, comunque univoco all'interno dell'anno e della struttura.

Per i casi ripresi o modificati dall'anno precedente nell'anno nuovo va mantenuto lo stesso numero identificativo dell'anno precedente.

(La chiave del record è composta dai campi: **CODICE AZIENDA USL, CODICE STRUTTURA, ANNO AMMISSIONE E IDENTIFICATIVO_PERIODO.**)

COGNOME E NOME (*livello di controllo SCARTANTE*)

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

CODICE FISCALE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Deve essere indicato il codice fiscale dell'assistito; per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il codice fiscale ufficiale, ovvero quello attribuito dal Ministero delle Finanze (legge 412/91) nella nuova tessera sanitaria; per gli stranieri non residenti (domiciliati in Italia) ma iscritti al servizio sanitario nazionale con il codice fiscale calcolato dalla routine di calcolo; per gli stranieri temporaneamente presenti con il codice regionale STP, (Straniero Temporaneamente Presente) a 16 caratteri, ai sensi del D.P.R. 31/8/1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24/4/2000, n.5.

Sono accettati inoltre i codici ENI per i soli residenti in Bulgaria e Romania.

DATA DI NASCITA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare la data di nascita dell'assistito. La data di nascita va riportata, riempiendo tutti gli otto caratteri previsti: i primi due caratteri indicano il giorno, i successivi due il mese, gli ultimi quattro l'anno.

Formato consentito: ggmmaaaa.

GENERE (*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).

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 alla data di ammissione in struttura.

Per i residenti in Italia, codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS).

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

Per gli stranieri non residenti ma iscritti al SSN (domiciliati in Italia) indicare il comune di domicilio.

CITTADINANZA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Riportare la cittadinanza dell'assistito tenendo presente che il Paese di cittadinanza può essere diverso da quello di residenza.

Codifica: codice a 3 cifre (file TCOMNOS). Per gli apolidi codificare 999.

NUMERO IDENTIFICATIVO ISTITUZIONE (TEAM)

Indica il codice di identificazione assegnato a livello nazionale alla istituzione di assicurazione o di residenza competente, come previsto nella Tessera Europea di Assicurazione Malattia. Riportare quanto ricavabile dall'omonimo campo situato nel verso della tessera sanitaria.

STATO CIVILE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Identifica 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

TITOLO DI STUDIO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Identifica il titolo di studio dell'assistito al momento della rilevazione.

Valori ammessi:

1= nessuno

2= licenza elementare

3= licenza media inferiore

4= diploma media superiore

5= diploma universitario

6= laurea

9= sconosciuto

POSIZIONE CONTABILE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Informazione necessaria per indicare l'operazione tecnica che si vuol eseguire sul set di record.

Valori ammessi:

1 = per set di record di competenza del trimestre. (esempio: 1° trimestre = 1° invio, 2° trimestre = 2° invio, etc..)

2 = per set di record, non presenti nell'archivio regionale, il cui trimestre di competenza è antecedente all'invio. Si tratta di integrazioni di set di record frutto di ritardi nell'invio dei dati o di scarti prodotti dai controlli di 1° livello (integrazione)

3 = per set di record, già presenti nell'archivio regionale, ai quali si ritiene di apportare delle correzioni (modifiche). Ogni volta che la struttura modifica qualche informazione, è necessario re-inviare i set di record (tabella A, B e C). Anche la dimissione a qualunque titolo dalla struttura è una modifica.

4 = da utilizzare esclusivamente per set di record già presenti nell'archivio regionale che si ritiene di voler cancellare (eliminazioni).

Tabella B

DATI RELATIVI AL PERIODO ASSISTENZIALE IN RESIDENZA O SEMI-RESIDENZA TABELLA B

CODICE AZIENDA USL (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice dell'Azienda USL nel cui territorio è ubicata la struttura (Anagrafe Unica Regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie).

CODICE STRUTTURA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice di identificazione della struttura.

Codifica: codice Ministero della Salute a 6 cifre STS.11 (Anagrafe Unica Regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie).

ANNO AMMISSIONE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare l'anno di ammissione in struttura residenziale o semi-residenziale.

Formato consentito: aaaa

IDENTIFICATIVO_PERIODO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Identificativo del periodo assistenziale, comunque univoco all'interno dell'anno e della struttura.

Per i casi ripresi o modificati dall'anno precedente nell'anno nuovo va mantenuto lo stesso numero identificativo dell'anno precedente.

(La **chiave del record** è composta dai campi: **CODICE AZIENDA USL, CODICE STRUTTURA, ANNO AMMISSIONE E IDENTIFICATIVO_PERIODO.**)

DATA INSERIMENTO IN STRUTTURA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Questo campo corrisponde alla data di ammissione in residenza o semi-residenza.

Questa data può essere antecedente all'01/01/2010 (data inizio della rilevazione).

Formato consentito: ggmmaaaa

TIPO STRUTTURA DI PROVENIENZA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare la tipologia di struttura di provenienza dell'assistito.

Valori ammessi:

- 1 = Abitazione
- 2 = Struttura protetta socio-sanitaria
- 3 = Struttura socio assistenziale
- 4 = Struttura ospedaliera
- 5 = Struttura di riabilitazione extra-ospedaliera
- 7 = Altro

INIZIATIVA RICHIESTA DI INSERIMENTO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Specifica il soggetto da cui è partita l'iniziativa di richiesta di inserimento nella struttura in cui è stata erogata la prestazione.

Valori ammessi:

- 1 = Propria
- 2 = Familiare/affine
- 3 = Soggetto civilmente obbligato (tutore, amministratore di sostegno)
- 4 = Assistente Sociale
- 5 = Medico di Medicina Generale
- 6 = Medico Ospedaliero
- 7 = Unità di valutazione Multidimensionale

MOTIVAZIONE RICHIESTA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Specifica la motivazione prevalente alla base della richiesta di inserimento in struttura.

Valori ammessi:

- 1 = Perdita autonomia (decorso degenerativo)

- 2 = Stabilizzazione stato clinico (post-acuzie)
- 3 = Insufficienza del supporto familiare
- 4 = Solitudine
- 5 = Alloggio non idoneo
- 6 = Altra motivazione sociale

TIPOLOGIA ACCOGLIENZA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Specifica il tipo di accoglienza per cui l'anziano è inserito in struttura.

Valori ammessi:

- 1 = Accoglienza di lunga permanenza
- 2 = Accoglienza temporanea di Sollievo (emergenza per mancanza improvvisa caregiver, sollievo per caregiver, ridefinizione capacità di cura caregiver a seguito mutate condizioni persona non autosufficiente)
- 3 = Accoglienza per necessità di convalescenza e riabilitazione post-dimissione ospedaliera
- 4 = Accoglienza di persone con demenza nella fase con elevati disturbi comportamentali e cognitivi

QUOTA GIORNALIERA per prestazioni sanitarie (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indica la componente della tariffa applicata alla prestazione a carico del SSN per assistenza infermieristica, riabilitativa e coordinamento assistenza sanitaria interna, formazione e aggiornamento, fornitura delle divise e dei dispositivi di protezione individuale per il suddetto personale infermieristico e riabilitativo.

Codifica: Numerico di 7 cifre.

QUOTA GIORNALIERA FRNA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indica la componente della tariffa applicata alla prestazione a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per le prestazioni ad integrazione socio-sanitaria.

Codifica: Numerico di 7 cifre

QUOTA UTENTE (retta) (*livello di controllo SCARTANTE*)

Segnalare la quota giornaliera versata dall' utente e/o dai familiari a titolo di compartecipazione al costo del servizio.

Codifica: Numerico di 7 cifre.

QUOTA COMUNE (retta) (*livello di controllo SCARTANTE*)

Segnalare la quota giornaliera versata dal Comune a titolo di compartecipazione al costo del servizio.

Codifica: Numerico di 7 cifre.

CLASSIFICAZIONE DELL'OSPITE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare l'intensità assistenziale di cui necessita l'ospite. Occorre utilizzare i risultati della classificazione degli ospiti ai sensi della Determina del Direttore Politiche sociali n° 7108/1999.

Valori ammessi:

- 1 = Soggetto con grave disturbo comportamentale (gruppo A per le residenze)
- 2 = Soggetto con elevato bisogno sanitario e correlato bisogno assistenziale (gruppo B per le residenze)
- 3 = Soggetto con disabilità severo (gruppo C per le residenze)
- 4 = Soggetto con disabilità moderato (gruppo D per le residenze)
- 5 = Soggetto non autosufficiente con demenza e gravi disturbi del comportamento (per le semi-residenze)
- 6 = Soggetto non autosufficiente di grado severo (per le semi-residenze)
- 7 = Soggetto non autosufficiente di grado moderato (per le semi-residenze)

GIORNI DI FREQUENZA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Solo per le strutture semi-residenziali: rilevare il numero di giorni di frequenza settimanale dell'utente nella struttura prevista nel piano assistenziale individualizzato (PAI) alla data di scadenza dell'invio (es: primo trimestre: giorni di frequenza previsti dal PAI al 31/03; secondo trimestre: giorni di frequenza previsti dal PAI al 30/06, ettc..).

Numerico da 1 a 7

FREQUENZA GIORNALIERA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Solo per le strutture semi-residenziali: indicare la tipologia di frequenza giornaliera prevista nel piano assistenziale individualizzato (PAI) alla data di scadenza dell'invio (es: primo trimestre: frequenza prevista dal PAI al 31/03 secondo trimestre: frequenza prevista dal PAI al 30/06, ettc..).

Valori ammessi:

- 1= presenza programmata dell'assistito nel Centro diurno a tempo parziale
- 2= presenza programmata dell'assistito nel Centro diurno a tempo pieno

MANTENIMENTO DEL POSTO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Individua gli eventuali ricoveri ospedaliero e le assenze programmate (rientri temporanei in famiglia, soggiorni climatici o terapeutici, incluse le assenze certificate per malattia dell'utente nei centri diurni) con pagamento quota ridotta a carico FRNA e dei cittadini. Non compilare se non c'è mantenimento del posto.

Valori ammessi:

1= ricovero ospedaliero

2= assenza programmata

TIPOLOGIA DI DIMISSIONE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Individua la tipologia di dimissione dalla struttura.

Valori ammessi:

1 = Dimissione a domicilio

2 = Dimissione ad altra struttura residenziale o servizio semiresidenziale

3 = Decesso

Nel caso di ricoveri temporanei in strutture ospedaliere per acuti il periodo assistenziale non si chiude e l'anziano rimane in carico alla struttura.

Non compilare se il periodo assistenziale non è chiuso ma prosegue.

DATA FINE ASSISTENZA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Corrisponde alla:

- data di dimissione dalla struttura (per dimissioni al domicilio)
- data di dimissione per trasferimento in altra struttura residenziale o semi-residenziale
- data di decesso dell'assistito

Formato consentito: ggmmaaaa

Non compilare se il periodo assistenziale non è chiuso ma prosegue

Tabella C

VALUTAZIONE DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

TABELLA C

CODICE AZIENDA USL (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice dell'Azienda USL nel cui territorio è ubicata la struttura (Anagrafe Unica Regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie).

CODICE STRUTTURA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice di identificazione della struttura.

Codifica: codice Ministero della Salute a 6 cifre STS.11 (Anagrafe Unica Regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie).

ANNO AMMISSIONE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare l'anno di ammissione in struttura residenziale o semi-residenziale.

Formato consentito: aaaa

IDENTIFICATIVO_PERIODO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Identificativo del periodo assistenziale, comunque univoco all'interno dell'anno e della struttura.

Per i casi ripresi o modificati dall'anno precedente nell'anno nuovo va mantenuto lo stesso numero identificativo dell'anno precedente.

PROGRESSIVO VALUTAZIONE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Contatore identificativo univoco della valutazione o rivalutazione dell'assistito.

Codifica: Numerico di 3 cifra.

(La chiave del record è composta dai campi: **CODICE AZIENDA USL, CODICE STRUTTURA, ANNO AMMISSIONE, IDENTIFICATIVO_PERIODO e PROGRESSIVO VALUTAZIONE.**)

TIPO VALUTAZIONE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Valori consentiti:

1= valutazione all'ammissione

2= rivalutazione periodica

3= rivalutazione straordinaria

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.

Formato consentito: ggmmaaaa.

VITA QUOTIDIANA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indica il livello della fragilità relativo alla valutazione sanitaria per le attività di vita quotidiana secondo la scala "BINA".

Valori consentiti:

1= totalmente indipendente

2= aiuto saltuario

3= aiuto necessario ma parziale

4= totalmente dipendente

MOBILITA' (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indica il livello della fragilità relativo alla mobilità dell'assistito per le attività di vita quotidiana secondo la scala "BINA".

Valori consentiti:

1= cammina autonomamente senza aiuto

2= cammina o si sposta con aiuto saltuario di altre persone

3= si sposta con aiuto costante di altre persone o con sedia a rotelle

4= allettato, deve essere alzato

FUNZIONI DEL LINGUAGGIO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indica il livello della fragilità relativo all'area del linguaggio dell'assistito secondo la scala "BINA".

Valori consentiti:

- 1= parla e comprende normalmente
- 2= linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero
- 3= non riesce ad esprimere il suo pensiero ma comprende
- 4= non comprende, non si esprime

DISTURBI COMPORTAMENTALI (*livello di controllo SCARTANTE*)

Identifica la presenza o meno di disturbi comportamentali, secondo la scala "BINA".

Valori consentiti:

- 1= assenti
- 2= disturbi dell'umore (aspetto triste, melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci)
- 3= disturbi della cognitiv  (non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessit  ma non presenta gravi e costanti disturbi comportamentali)
- 4= costante atteggiamento aggressivo e/o violento (paziente agitato, irrequieto, pericoloso per s  e per gli altri)

DEFICIT SENSORIALI (*livello di controllo SCARTANTE*)

Identifica la presenza o meno di deficit di tipo sensoriale, secondo la scala "BINA".

Valori consentiti

- 1= normale
- 2= deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e/o occhiali
- 3= grave deficit non correggibile
- 4= cecit  o sordit  completa

CONTROLLO SFINTERICO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Rilevazione del controllo sfinterico da parte dell'anziano, secondo la scala "BINA".

Valori consentiti

- 1= presente
- 2= incontinenza saltuaria
- 3= incontinenza urinaria
- 4= incontinenza totale

MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indica se l'anziano ha necessit  di medicazioni chirurgiche secondo la scala di valutazione "BINA".

- 1= non necessarie
- 2= per ulcerazioni e distrofie cutanee
- 3= per catetere e permanenza
- 4= piaghe da decubito

NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indica se il paziente ha necessit  di prestazioni o trattamenti sanitari secondo la scala di valutazione "BINA".

- 1= buona salute per cui non necessarie
- 2= necessit  di prestazioni sanitarie interne non continuative
- 3= necessit  di prestazioni sanitarie esterne (terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica)
- 4= necessit  di prestazioni sanitarie interne continuative a causa di patologie croniche in labile compenso con elevata necessit  di tutela sanitaria (come ad es. : cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e. v., trattamenti specialistici)

TRATTAMENTI SPECIALISTICI (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare nel caso in cui siano presenti necessit  di trattamenti specialistici, secondo la scala di valutazione "BINA".

Compilare se il campo precedente   valorizzato 4= necessit  di prestazioni sanitarie interne continuative e l'utente ha bisogno di trattamenti specialistici).

Valori consentiti:

- 1= alimentazione parenterale
- 2= SNG/PEG
- 3= tracheotomia
- 4= respiratorie/ventilazione assistita
- 5= ossigenoterapia

6= dialisi
7= C.V.C. (catetere venoso centrale)
8= trasfusioni eseguite in struttura
9= terapia antalgica parenterale (infusori elastomerici – pompe)
Nel caso di trattamenti specialistici multipli indicare il prevalente.

AREA SOCIALE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indica l'eventuale supporto delle reti formali ed informali secondo la scala di valutazione "BINA".

Valori consentiti

1= mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia
2= non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia ma solo con parenti e amici
3= parenti amici e volontari sono disponibili solo in caso di bisogno: problemi sanitari, pratiche burocratiche
difficoltà economiche, disagi assistenziali, etcc)
4= può contare solo sull'aiuto istituzionale

ATTIVITA' OCCUPAZIONALI E IMPEGNO TEMPO LIBERO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare se l'anziano svolge qualche attività occupazionale nella struttura, secondo la scala di valutazione "BINA".

Valori consentiti

1= entra ed esce consapevolmente dalla residenza
2= è motivato a svolgere attività costruttive solo all'interno della residenza
3= è in grado di svolgere attività all'interno della residenza con lo stimolo e la supervisione di operatori
4= non svolge alcuna attività (non e' in grado di svolgere, si rifiuta di svolgere)

3. 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

- **Note per la compilazione (Descrizione Campo)**

- **Grado di obbligatorietà (Vincolo)**

Codice che identifica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBB V = 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.

- **Livello di controllo** indica se il tipo di controllo produce uno scarto del record, oppure se produce una segnalazione senza impedire il caricamento del record in banca dati.

Il verificarsi di almeno uno scarto in qualunque tabella A, B, C, D o E genererà lo scarto dell'intero set di record riferiti al periodo assistenziale.

TRACCIATO TABELLA A
Dati anagrafici della persona Non Autosufficiente

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	GRADO DI OBBLIGATORIETA'	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Codice Azienda USL	Codice dell'Azienda USL (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
4	AN 6	Codice Struttura	Codice Struttura erogante (Modello Ministeriale STS.11 Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
10	AN 4	Anno Ammissione	Anno di ammissione in struttura residenziale o semi-residenziale Formato: aaaa	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
14	AN 8	Identificativo periodo	Identificativo del periodo di assistenza, comunque univoco all'interno dell'anno e della struttura.	OBB V	Valorizzato	SCARTANTE
22	AN 30	Cognome	Cognome dell'assistito. Scrivere in maiuscolo	OBB V		SCARTANTE
52	AN 20	Nome	Nome dell'assistito. Scrivere in maiuscolo	OBB V		SCARTANTE
72	AN 16	Codice fiscale	Per i residenti in Italia (italiani e stranieri) codice fiscale ufficiale, ovvero quello attribuito dal Ministero delle Finanze (legge 412/91); per gli stranieri non residenti (domiciliati in Italia) ma iscritti al SSN con il codice fiscale calcolato dalla routine di calcolo; per gli stranieri temporaneamente presenti con il codice regionale STP. Sono accettati i codici ENI per i residenti in Bulgaria e Romania.	OBB V	valido e compatibile con dati anagrafici	SCARTANTE
88	AN 8	Data di nascita	Formato: ggmmaaaa	OBB V	valida, < data di inserimento in struttura	SCARTANTE
96	AN 1	Genere	Valori consentiti: 1 = Maschio 2 = Femmina	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
97	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) Per i nati all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dei Paesi esteri. Per i comuni cessati tale campo non va valorizzato se il codice non esiste. i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS.	OBB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
103	AN 6	Comune di residenza	Comune di residenza alla data di ammissione in struttura. Per i residenti in Italia, codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS). Per i residenti all'estero codificare 999+ codice a 3 cifre dei Paesi esteri; Per i senza fissa dimora 999999; Per gli stranieri non residenti ma iscritti al SSN indicare il comune di domicilio.	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE

109	AN 3	Cittadinanza	codice ISTAT a 3 cifre, per gli apolidi 999 (file TCOMNOS).	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
112	AN 20	Numero Identificativo Istituzione TEAM	Codice TEAM assegnato a livello nazionale alla istituzione di assicurazione o di residenza competente, come previsto nella Tessera Europea di Assicurazione malattia	FAC		
132	AN 1	Stato civile	1=celibe/nubile 2=coniugato/a 3=separato/a 4=divorziato/a 5=vedovo/a 6= non dichiarato	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
133	AN 1	Titolo di studio	1= nessuno 2= licenza elementare 3= licenza media inferiore 4= diploma media superiore 5= diploma universitario 6= laurea 9= sconosciuto	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
134	AN 1	Posizione contabile	Campo che indica il tipo di operazione tecnica sul record: 1 = record relativo al trimestre di competenza 2 = record relativo a trimestri di competenza antecedenti all'invio 3 = record già presente nella banca dati regionale a cui si vogliono apportare modifiche 4 = record già presente nella banca dati regionale che deve essere eliminato	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE

TRACCIATO TABELLA B
Periodo assistenziale in residenza o semi-residenza

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	GRADO DI OBBLIGATORIETA'	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Codice Azienda USL	Codice dell'Azienda USL (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
4	AN 6	Codice Struttura	Codice Struttura erogante (Modello Ministeriale STS.11 Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
10	AN 4	Anno Ammissione	Anno di ammissione in struttura residenziale o semi-residenziale Formato: aaaa	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
14	AN 8	Identificativo periodo	Identificativo del periodo di assistenza, comunque univoco all'interno dell'anno e della struttura.	OBB V	Valorizzato	SCARTANTE
22	AN 8	Data inserimento In struttura	Data di ammissione in residenza o semi-residenza Formato: ggmmaaaa	OBB V	valida, antecedente o uguale alla data fine assistenza	SCARTANTE
30	AN 1	Tipo struttura di provenienza	1 = Abitazione 2 = Struttura protetta socio-sanitaria 3 = Struttura socio assistenziale 4 = Struttura ospedaliera 5 = Struttura di riabilitazione extra-ospedaliera 7 = Altro	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
31	AN 1	Iniziativa richiesta di inserimento	1 = Propria 2 = Familiare/affine 3 = Soggetto civilmente obbligato (tutore, amministratore di sostegno) 4 = Assistente Sociale 5 = Medico di Medicina Generale 6 = Medico Ospedaliero 7= Unità di Valutazione Multidimensionale	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
32	AN 1	Motivazione richiesta	1 = Perdita autonomia (decorso degenerativo) 2 = Stabilizzazione stato clinico (post-acuzie) 3 = Insufficienza del supporto familiare 4 = Solitudine 5 = Alloggio non idoneo 6 = Altra motivazione sociale	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
33	AN 1	Tipologia accoglienza	1 = Accoglienza di lunga permanenza 2 = Accoglienza temporanea di Sollievo (emergenza per mancanza improvvisa caregiver, sollievo per caregiver, ridefinizione capacità di cura caregiver a seguito mutate condizioni persona non autosufficiente) 3 = Accoglienza per necessità di convalescenza e riabilitazione post-dimissione ospedaliera 4 = Accoglienza di persone con demenza nella fase con elevati disturbi comportamentali e cognitivi	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
34	N 5	Quota giornaliera Parte intera	Parte intera della componente della tariffa applicata alla prestazione a carico SSN per assistenza infermieristica, riabilitativa e coord. Ass. sanitaria interna.	OBB V	valorizzato	SCARTANTE

39	N2	Quota giornaliera Parte decimale	Parte decimale della componente della tariffa applicata alla prestazione a carico SSN per assistenza infermieristica, riabilitativa e coord. Ass. sanitaria interna.	OBB V	valorizzato	SCARTANTE
41	N 5	Quota giornaliera FRNA parte intera	Parte intera della componente della tariffa applicata alla prestazione a carico del FRNA per le prestazioni ad integrazione socio-sanitaria.	OBB V	valorizzato	SCARTANTE
46	N2	Quota giornaliera FRNA parte decimale	Parte decimale della componente della tariffa applicata alla prestazione a carico del FRNA per le prestazioni ad integrazione socio-sanitaria.	OBB V	valorizzato	SCARTANTE
48	N 5	Quota utente (retta) parte intera	Parte intera della Quota giornaliera versata dall'utente o dai suoi familiari come compartecipazione al costo del servizio	OBB V	valorizzato	SCARTANTE
53	N2	Quota utente (retta) parte decimale	Parte decimale della Quota giornaliera versata dall'utente o dai suoi familiari come compartecipazione al costo del servizio	OBB V	valorizzato	SCARTANTE
55	N 5	Quota Comune (retta) Parte intera	Parte intera della Quota giornaliera versata dal Comune come compartecipazione al costo del servizio	OBB V	valorizzato	SCARTANTE
60	N2	Quota Comune (retta) Parte decimale	Parte decimale della Quota giornaliera versata dal Comune come compartecipazione al costo del servizio	OBB V	valorizzato	SCARTANTE
62	AN 1	Classificazione dell'ospite	1 = Soggetto con grave disturbo comportamentale (gruppo A per le residenze) 2 = Soggetto con elevato bisogno sanitario e correlato bisogno assistenziale (gruppo B per le residenze) 3 = Soggetto con disabilità severo (gruppo C per le residenze) 4 = Soggetto con disabilità moderato (gruppo D per le residenze) 5 = Soggetto non autosufficiente con demenza e gravi disturbi del comportamento (per le semi-residenze) 6 = Soggetto non autosufficiente di grado severo (per le semi-residenze) 7 = Soggetto non autosufficiente di grado moderato (per le semi-residenze)	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
63	N 1	Giorni di frequenza	Solo per le strutture semi-residenziali: numero di giorni di frequenza settimanale dell'utente in struttura previsti dal PAI alla data di scadenza dell'invio valori ammessi: da 1 a 7	OBB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
64	AN 1	Frequenza giornaliera	Solo per le strutture semi-residenziali: tipologia di frequenza giornaliera prevista dal PAI alla data di scadenza dell'invio 1= presenza programmata nel CD a tempo parziale 2= presenza programmata nel CD a tempo pieno	OBB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
65	AN 1	Mantenimento del posto	Eventuali ricoveri ospedalieri e le assenze programmate con pagamento quota ridotta a carico FRNA e dei cittadini. Valori ammessi: 1= ricovero ospedaliero 2= assenza programmata	OBB	Valido se valorizzato	SCARTANTE

66	AN 1	Tipologia di dimissione	Esito del programma di cura: 1 = Dimissione a domicilio 2 = Dimissione ad altra struttura residenziale o servizio semi-residenziale 3 = Decesso Non compilare se il periodo assistenziale non e' chiuso ma prosegue	OBB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
67	AN 8	Data Fine Assistenza	Identificare la data di chiusura del periodo assistenziale in residenza o semi-residenza; Formato: ggmmaaaa Non compilare se il periodo assistenziale non e' chiuso ma prosegue	OBB	valida, posteriore o uguale alla data inserimento in struttura	SCARTANTE
75	AN 20	filler				

TRACCIATO TABELLA C
Valutazione della persona Non Autosufficiente

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	GRADO DI OBBLIGATORIETA'	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Codice Azienda USL	Codice dell'Azienda USL (Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie)	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
4	AN 6	Codice Struttura	Codice Struttura erogante (Modello Ministeriale STS.11 Anagrafe Unica Regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie).	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
10	AN 4	Anno Ammissione	Anno di ammissione in struttura residenziale o semi-residenziale Formato: aaaa	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
14	AN 8	Identificativo periodo	Identificativo del periodo di assistenza, comunque univoco all'interno dell'anno e della struttura.	OBB V	Valorizzato	SCARTANTE
22	N 3	Progressivo valutazione	Contatore identificativo univoco della valutazione o rivalutazione dell'assistito.	OBB V	valorizzato	SCARTANTE
25	AN 1	Tipo valutazione	1= valutazione all'ammissione 2= rivalutazione periodica 3= rivalutazione straordinaria	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
26	AN 8	Data valutazione	Data in cui avviene la valutazione o rivalutazione Formato: ggmmaaaa	OBB V	Valorizzato	SCARTANTE
34	AN 1	Vita quotidiana	1= totalmente indipendente 2= aiuto saltuario 3= aiuto necessario ma parziale 4= totalmente dipendente	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
35	AN 1	Mobilità	1= cammina autonomamente senza aiuto 2= cammina o si sposta con aiuto saltuario di altre persone 3= si sposta con aiuto costante di altre persone o con sedia a rotelle 4= allettato, deve essere alzato	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
36	AN 1	Funzioni del linguaggio	1 = parla e comprende normalmente 2 = linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero 3 = non riesce ad esprimere il suo pensiero ma comprende 4= non comprende, non si esprime	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
37	AN 1	Disturbi comportamentali	1= assenti 2= disturbi dell'umore (aspetto triste, melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci) 3 = disturbi della cognitiv� (non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessit� ma non presenta gravi e costanti disturbi comportamentali) 4 = costante atteggiamento aggressivo e/o violento (paziente agitato, irrequieto, pericoloso per s� e per gli altri)	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
38	AN 1	Deficit sensoriali	1= normale 2= deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e/o occhiali 3= grave deficit non correggibile 4= cecit� o sordit� completa	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE

39	AN 1	Controllo sfinterico	1= presente 2= incontinenza saltuaria 3= incontinenza urinaria 4= incontinenza totale	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
40	AN 1	Medicazioni di tipo chirurgico	1= non necessarie 2= per ulcerazioni e distrofie cutanee 3= per catetere e permanenza 4= piaghe da decubito	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
41	AN 1	Necessità di prestazioni sanitarie	1= buona salute per cui non necessarie 2= necessità di prestazioni sanitarie interne non continuative 3= necessità di prestazioni sanitarie esterne (terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica) 4 = necessità di prestazioni sanitarie interne continuative a causa di patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad es. : cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e. v., trattamenti specialistici)	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
42	AN 1	Trattamenti specialistici	1= alimentazione parenterale 2= SNG/PEG 3= tracheotomia 4= respiratorie/ventilazione assistita 5= ossigenoterapia 6= dialisi 7= C.V.C. (catetere venoso centrale) 8= trasfusioni eseguite in struttura 9= terapia antalgica parenterale (infusori elastomerici – pompe) Compilare solo se il campo precedente (necessità di prestazioni sanitarie) è valorizzato 4= necessità di prestazioni sanitarie interne continuative	OBB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
43	AN 1	Area sociale	1= mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia 2= non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia ma solo con parenti e amici 3 = parenti amici e volontari sono disponibili solo in caso di bisogno: problemi sanitari, pratiche burocratiche difficoltà economiche, disagi assistenziali, etc 4 = può contare solo sull'aiuto istituzionale	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
44	AN 1	Attività occupazionali e impiego del tempo libero	1= entra ed esce consapevolmente dalla residenza 2= è motivato a svolgere attività costruttive solo all'interno della residenza 3= e' in grado di svolgere attività all' interno della residenza con lo stimolo e la supervisione di operatori 4= non svolge alcuna attività (non e' in grado di svolgere, si rifiuta di svolgere)	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
45	AN 20	filler				

4. MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI:

La trasmissione dei dati è **trimestrale** e la **generazione del record avviene all'ammissione in residenza**. Per il primo anno della rilevazione (anno 2010) la data di ammissione in residenza può essere anteriore al 01/01/2010. Questo permetterà la rilevazione a livello regionale di tutti gli utenti presenti in struttura all'01/01 (popolamento iniziale della banca dati).

Si invieranno perciò:

- **per il primo invio – (1° trimestre):**
 - periodi assistenziali che derivano da precedenti trimestri (con data di ammissione anteriore al 01/01/2010) che si concludano nel primo trimestre – popolamento iniziale della banca dati – *posizione contabile 1*;
 - periodi assistenziali che derivano da precedenti trimestri (con data di ammissione anteriore al 01/01/2010) che non si concludono nel primo trimestre – popolamento iniziale della banca dati – *posizione contabile 1*;
 - periodi assistenziali che iniziano nel primo trimestre (data di ammissione posteriore o uguale al 01/01/2010) che si concludono oppure non si concludono nel primo trimestre – *posizione contabile 1*;
- **per il secondo invio (2° trimestre):**
 - periodi assistenziali che iniziano nel secondo trimestre (data di ammissione posteriore o uguale al 01/04/2010) e che si concludano oppure non si concludono nel secondo trimestre – *posizione contabile 1*;
 - periodi assistenziali mai entrati in banca dati regionale, inviati in ritardo ad integrazione del precedente invio - *posizione contabile 2*;
 - periodi assistenziali già inviati nel primo invio ed entrati in banca dati regionale da modificare - *posizione contabile 3*;
 - periodi assistenziali già inviati nel primo invio ed entrati in banca dati regionale da eliminare - *posizione contabile 4*;
- **per il terzo invio (3° trimestre):**
 - periodi assistenziali che iniziano nel terzo trimestre (data di ammissione posteriore o uguale al 01/07/2010) e che si concludano oppure non si concludono nel terzo trimestre – *posizione contabile 1*;
 - periodi assistenziali mai entrati in banca dati regionale, inviati in ritardo ad integrazione di precedenti invii - *posizione contabile 2*;
 - periodi assistenziali già inviati nel primo o secondo invio ed entrati in banca dati regionale da modificare - *posizione contabile 3*;
 - periodi assistenziali già inviati nel primo o secondo invio ed entrati in banca dati regionale da eliminare - *posizione contabile 4*;
- **per il quarto invio (4° trimestre):**
 - periodi assistenziali che iniziano nel quarto trimestre (data di ammissione posteriore o uguale al 01/10/2010) e che si concludano oppure non si concludono nel quarto trimestre – *posizione contabile 1*;
 - periodi assistenziali mai entrati in banca dati regionale, inviati in ritardo ad integrazione di precedenti invii - *posizione contabile 2*;
 - periodi assistenziali già inviati nel primo, secondo o terzo invio ed entrati in banca dati regionale da modificare - *posizione contabile 3*;
 - periodi assistenziali già inviati nel primo, secondo o terzo invio ed entrati in banca dati regionale da eliminare - *posizione contabile 4*;

Per modifica si intende ogni variazione avvenuta in qualunque campo delle Tabella Anagrafica (Tabella A), Tabella Periodo assistenziale (Tabella B) e Tabella Valutazione (Tabella C).

La modifica e la cancellazione di un qualunque campo di Tabella A, B o C prevede il re-invio di tutto il set di record precedentemente inviato. Analogamente anche lo scarto di un record di tabella A, B, o C prevede il re-invio di tutto il set di record. Si sottolinea che la chiusura per dimissione dalla struttura o decesso è una modifica al set di record presente in banca dati regionale, precedentemente inviato.

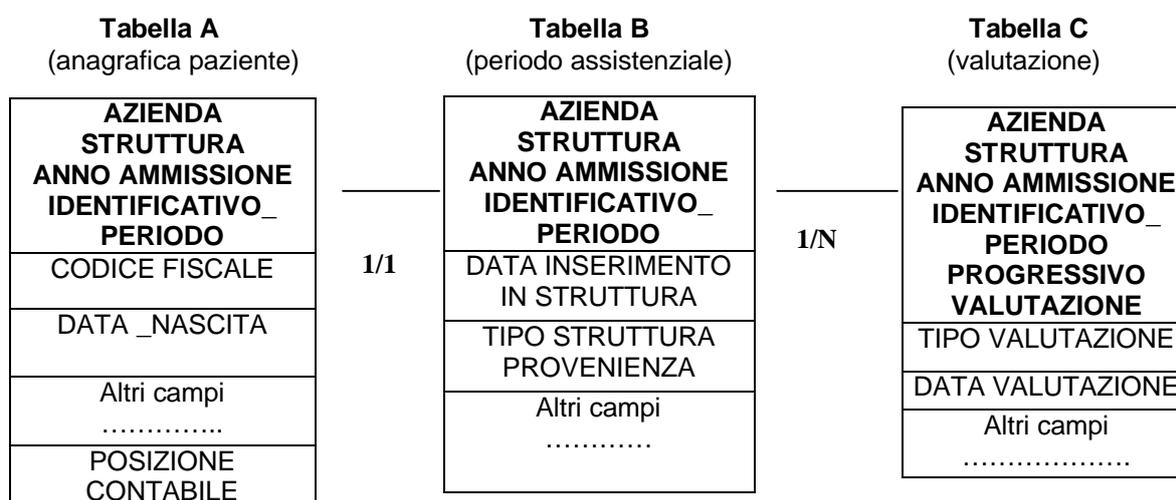
I file dovranno essere prodotti in formato testo (caratteri ASCII) seguendo il tracciato record, a lunghezza fissa. Ogni record è terminato dalla coppia di caratteri ASCII 13 e 10 (carriage return e line feed).

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

Il referente aziendale o distrettuale dovrà perciò inviare per ogni assistito preso in carico:

1. un record contenente i **dati anagrafici** (Tabella A) (un record per ogni paziente preso in carico)
2. un record contenente i **dati del periodo assistenziale residenziale o semiresidenziale** (Tabella B) (un record per ogni periodo assistenziale)
3. uno o più record contenente i **dati della scheda di valutazione multidimensionale** (Tabella C) (un record per ogni valutazione all'interno di ogni periodo) - **facoltativo per l'anno 2010**.

Le relazioni tra le tabelle sono come di seguito riportate:



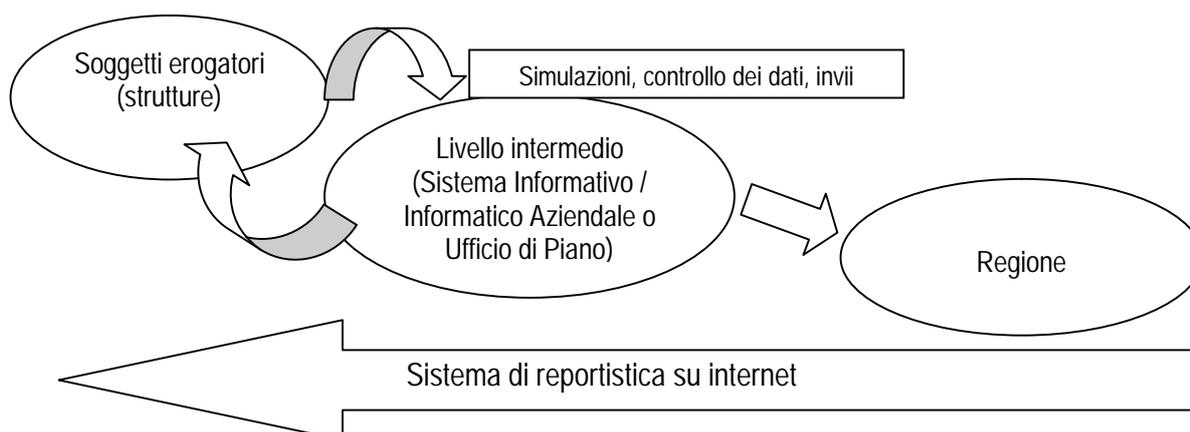
5. TRASMISSIONE DEL FILE e SCADENZE:

Il flusso informativo rispetta le competenze di ambito distrettuale garantendo rapporti strutturati con gli Uffici di Piano sia nella fase di costruzione del sistema che nella fase di acquisizione dei dati e di reportistica di ritorno.

Per l'anno 2010: la rete di trasmissione prevede che i soggetti erogatori (strutture o servizi) inviino direttamente i file (controllati) ai Sistemi Informativi delle Aziende Usl, i quali assemblano, simulano e consolidano i dati attraverso il portale web (<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/index.html>).

Per il futuro, si prevede che i soggetti erogatori (strutture o servizi) inviino direttamente i file (controllati) agli Uffici di Piano che assemblano, simulano e consolidano i dati in regione attraverso il portale web (<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/index.html>)

Le informazioni quindi seguiranno il seguente percorso:



I file dovranno avere estensione .ZIP (file compressi con formato ZIP e contenenti un solo file con estensione TXT).

Per ogni file occorre indicare il numero di record contenuti sul portale web. I nomi dei file (sia TXT sia ZIP) dovranno contenere solo caratteri semplici e non "estesi" o simboli (come °, ÷, ~, etc...).

Per poter eseguire l'invio tramite portale web occorre essere in possesso di un'utenza EXTRARER abilitata alla gestione del flusso e attribuita dalla Regione Emilia-Romagna.

Il referente in possesso dell'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.

SCADENZE

Riassumendo la trasmissione sarà regolamentata dalle seguenti scadenze:

anno di rilevazione	Periodi assistenziali	numero invii	scadenza invii	Ritorno informativo
2010	I trimestre	I invio	30/04/2010	Segnalazioni/ Scarti
	II trimestre	II invio	31/07/2010	Segnalazioni/ Scarti
	III trimestre	III invio	30/10/2010	Segnalazioni/ Scarti
	IV trimestre	IV invio	31/01/2011	Segnalazioni/ Scarti
2011	I trimestre	I invio	30/04/2011	Segnalazioni/ Scarti
	II trimestre	II invio	31/07/2011	Segnalazioni/ Scarti
	III trimestre	III invio	30/10/2011	Segnalazioni/ Scarti
.....	

6. 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.

Tramite il Ritorno Informativo, con periodicità trimestrale, vengono messi a disposizione tre tipi di file:

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

Il file in formato html è denominato RIEPILOGOxxxzz0n.htm, dove: xxx = codice AUSL, zz corrisponde all'anno al quale si riferiscono i dati (ultime 2 cifre), 0n corrisponde al numero dell'invio.

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

Il file in formato testo è denominato SCARTIxxxzz0n.txt, dove: xxx = codice AUSL, zz corrisponde all'anno al quale si riferiscono i dati (ultime 2 cifre), 0n corrisponde al numero dell'invio.

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

Il file in formato testo è denominato SEGNALAZIONIxxxzz0n.txt, dove: xxx = codice AUSL, zz corrisponde all'anno al quale si riferiscono i dati (ultime 2 cifre), 0n corrisponde al numero dell'invio.

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 6	Codice Struttura
10	AN 4	Anno ammissione
14	AN 8	Identificativo periodo
22	N 3	Progressivo Valutazione
25	AN 1	Tabella (A, B, C)
26	AN 3	Codice Campo (posizione del campo nel quale è stato rilevato l'errore)
29	AN 4	Codice errore (corrispondente al tipo di errore rilevato)
33	AN 100	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/index.html>).

INDIVIDUAZIONE DELLE UTENZE

Ogni azienda sanitaria deve 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 vsavioli@regione.emilia-romagna.it) indicando per ciascun nominativo: nome, cognome, azienda, e-mail e numero di telefono.

REPORTISTICA PREDEFINITA

Nel sito del Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali sarà disponibile la Reportistica Predefinita annuale all'indirizzo: <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/index.html>

REFERENTI REGIONALI:

Valentina Savioli
Tel. 051 5277425
Fax - 051 5277067

vsavioli@regione.emilia-romagna.it

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna
V.le Aldo Moro, 21
40127 Bologna

Simonetta Puglioli
Tel. 051 5277068
Fax - 051 5277083

spuglioli@regione.emilia-romagna.it

Servizio Governo dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza.

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna
V.le Aldo Moro, 21
40127 Bologna


Raffaele Fabrizio

Eleonora Verdini
