

SPECIFICHE FUNZIONALI

Flusso FAR

**(ASSISTENZA RESIDENZIALE e SEMIRESIDENZIALE PER ANZIANI o
persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa
stabilizzazione delle condizioni cliniche)**

Versione 1.1

SOMMARIO

1.	REVISIONI.....	2
2.	INTRODUZIONE.....	2
3.	AMBITO DI RILEVAZIONE DEL FLUSSO.....	3
4.	DESCRIZIONE BREVE DEL FLUSSO.....	4
5.	CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI.....	5
5.1	DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO	5
5.2	DATI RELATIVI AL PERIODO ASSISTENZIALE IN RESIDENZA O SEMI-RESIDENZA.....	7
5.3	DATI RELATIVI AL PERIODO ASSISTENZIALE IN RESIDENZA O SEMI-RESIDENZA (trend).....	10
5.4	VALUTAZIONE DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE	13
5.5	DATI RELATIVI ALLA SOSPENSIONE DEL PERIODO ASSISTENZIALE	16
6.	TRACCIATO RECORD E CONTROLLI.....	17
6.1	TRACCIATO TABELLA A	18
6.2	TRACCIATO TABELLA B	20
6.3	TRACCIATO TABELLA T	22
6.4	TRACCIATO TABELLA C	24
6.5	TRACCIATO TABELLA S.....	27
7.	MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI.....	27
8.	TRASMISSIONE DEL FILE E SCADENZE:	30
8.1	SCADENZE	30
8.2	RITORNO INFORMATIVO	31
8.3	INDIVIDUAZIONE DELLE UTENZE	31
9.	REPORTISTICA PREDEFINITA	32
10.	REFERENTI REGIONALI.....	32

1. REVISIONI

Versione	Data Creazione/Ultimo aggiornamento	Redatto da	Approvato da	Modifiche	Note
1.0	19/12/2011	Regione Emilia-Romagna Engineering Ingegneria Informatica	Giulia Previatti Milena Michielli		Prima versione
1.1	02/12/2025	Regione Emilia-Romagna Almaviva	Paolo Brugnara	Inserimento tabella sospensioni e nuova codifica per campo trattamenti specialistici, aggiornamento contatti	Modifiche evidenziate

2. INTRODUZIONE

Con l'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 regole per la *rilevazione nazionale* delle informazioni delle prestazioni erogate in assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani.

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.

Le osservazioni pervenute dai territori, l'esperienza di vari anni di rilevazione di dati FAR e le attente valutazioni eseguite grazie alla creazione della banca dati regionale, hanno messo in luce alcune problematiche che rendono necessaria una revisione della rilevazione e un intervento sul precedente tracciato tecnico. Le necessarie modifiche apportate al precedente tracciato sono funzionali ad una corretta lettura dei dati, sia a livello territoriale che a livello regionale, anche a garanzia di una corretta trasmissione dei dati in ambito NSIS al Ministero della Salute.

Il presente allegato tecnico contiene le specifiche riguardanti la rilevazione regionale ed è valido a partire dal 1° gennaio 2026.

Il flusso FAR rappresenta tutt'ora 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 le normative regionali inerenti l'accreditamento socio-sanitario e i servizi convenzionati (DGR 514/2009, DGR 2110/09; DGR 1378/99 e successive modifiche ed integrazioni) già espressamente prevedono 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. È stato costituito un apposito gruppo tecnico con professionisti 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 sintesi della valutazione multi-dimensionale BINA-FAR da utilizzare per ricostruire le informazioni richieste dal ministero.

La rilevazione ha **periodicità trimestrale** ed è costituita da **5 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 il periodo di assistenza – trend storico nell'anno (**Tabella T**)
- Dati riguardanti la valutazione socio-sanitaria multi-dimensionale dell'assistito (**Tabella C**)
- Dati riguardanti il periodo di sospensione dell'assistenza residenziale o semi-residenziale (**Tabella S**)

Le informazioni devono essere predisposte dai soggetti erogatori (soggetti gestori delle strutture residenziali o servizi semiresidenziali), e trasmesse dai Sistemi Informativi/Informatici delle Aziende Usl (ovvero, da valutare, in prospettiva, dagli Uffici di Piano), tramite l'applicativo web presente nel portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, secondo le caratteristiche e le modalità descritte nei seguenti punti:

- Ambito di rilevazione del flusso
- Contenuti e codifica delle variabili
- Tracciato record e controlli
- Modalità per l'invio dei dati
- Trasmissione dei file e scadenze
- Ritorno informativo

3. AMBITO DI RILEVAZIONE DEL FLUSSO

Oggetto della rilevazione è ciascun **periodo di presa in carico 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 per anziani all'interno del territorio aziendale nei confronti di cittadini residenti e non residenti. Sono quindi da escludersi anche i pazienti psichiatrici in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale (**applicativo CURE**), e sono altresì escluse dalla rilevazione le persone con gravissima disabilità acquisita (D.G.R. 2068/04) che rientrano in altro flusso informativo regionale (GRAD), anche se ospitati presso strutture per anziani.

Nel caso di strutture accreditate/convenzionate con distretti appartenenti ad Ausl diverse da quella ove ubicata la struttura, l'invio dei dati inerenti agli ospiti è a carico della struttura erogatrice che si rapporta con il sistema informativo dell'Ausl di ubicazione della struttura.

4. DESCRIZIONE BREVE DEL FLUSSO

La rilevazione riguarda l'attività erogata presso:

- **Casa residenza per anziani non autosufficienti (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 per anziani** (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 con data di inserimento o ammissione in residenza o semi-residenza 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.

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 semi-residenziale. (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 effettuata di norma entro 15 giorni dal 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.

Nella Regione Emilia-Romagna lo strumento di sintesi della valutazione multidimensionale dell'anziano è la BINA (Breve Indice di Non Autosufficienza), modificata nel corso del 2011. Lo strumento integrato, denominato "**BINA-FAR**" è stato oggetto di un percorso di accompagnamento che ha previsto il coinvolgimento dei professionisti delle Ausl, degli Uffici di piano distrettuali e delle Unità di valutazione geriatrica, e ha interessato gli operatori delle equipe assistenziali di tutte le strutture accreditate/convenzionate della Regione. Lo strumento e le regole di transcodifica sono stati approvati dal Ministero della Salute con nota n° 0004231-P del 29/07/2011.

Per "periodo di sospensione dell'assistenza" si intende l'eventuale lasso di tempo, compreso all'interno del periodo assistenziale, nel quale la persona non autosufficiente non è presente nella struttura, con diritto al mantenimento del posto.

5. CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

5.1 DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

Tabella A

CODICE AZIENDA USL

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

CODICE STRUTTURA

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

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

Formato consentito: aaaa

IDENTIFICATIVO_PERIODO

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

Per i casi trasmessi perché ancora in carico 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**). Il nuovo sistema regionale dei controlli prevede lo scarto di record duplicati ovvero che la trasmissione di ogni nuovo record di tabella A (invia con nuova chiave) non si possa riferire ad un anziano già ammesso nella stessa struttura e nella stessa data di inserimento.

COGNOME E NOME

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

CODICE FISCALE

Codice fiscale dell'utente, attribuito dal Ministero Economia e Finanze ovvero riportato nella Tessera Sanitaria. Dato obbligatorio per i residenti in Italia.

In caso di stranieri temporaneamente presenti, non in possesso di tessera sanitaria europea, utilizzare il codice regionale STP a 16 caratteri (ai sensi del DPR n. 394/99 e della Circ. Ministero Sanità n. 5 del 24/4/2000) o, ove previsti, il codice ENI (Europei non iscritti) o il codice PSU (permesso di soggiorno per motivi umanitari).

DATA DI NASCITA

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: gggmmaaa.

GENERE

Indicare il sesso dell'assistito.

Valori ammessi:

1 = Maschio

2 = Femmina

COMUNE DI NASCITA

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.

Tabella A**COMUNE DI RESIDENZA**

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

Riportare la cittadinanza dell'assistito. Si sottolinea 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

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

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

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).

5.2 DATI RELATIVI AL PERIODO ASSISTENZIALE IN RESIDENZA O SEMI-RESIDENZA

Tabella B

CODICE AZIENDA USL

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

CODICE STRUTTURA

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

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

Formato consentito: aaaa

IDENTIFICATIVO_PERIODO

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

Per i casi trasmessi perché ancora in carico 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.**) Il nuovo sistema regionale dei controlli prevede lo scarto di record duplicati ovvero che la trasmissione di ogni nuovo record di tabella B (invia con nuova chiave) non si possa riferire ad un anziano già ammesso nella stessa struttura e nella stessa data di inserimento.

DATA INSERIMENTO IN STRUTTURA

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 regionale FAR) se l'assistito è ancora in carico nell'anno di competenza.

Dovrà essere congruente con l'anno di ammissione.

Formato consentito: ggmmaaaa

TIPO STRUTTURA DI PROVENIENZA

Indicare la tipologia di struttura di provenienza dell'assistito.

Valori ammessi:

- 1 = Abitazione
- 2 = Struttura protetta socio-sanitaria (es. Casa residenza per anziani, centro diurno assistenziale per anziani)
- 3 = Struttura socio assistenziale (es. Casa di riposo, comunità alloggio, ecc.)
- 4 = Struttura ospedaliera per acuti pubblica o privata accreditata
- 8 = Struttura pubblica o privata di riabilitazione intensiva (recupero e riabilitazione funzionale)
- 9 = Struttura pubblica o privata di riabilitazione estensiva (lungodegenza)
- 7 = Altro

INIZIATIVA RICHIESTA DI INSERIMENTO

Specificare il soggetto da cui è partita la segnalazione del caso, con conseguente valutazione di inserimento nella rete integrata dei servizi e 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

Eliminata la voce 7= unità di valutazione multidimensionale

Tabella B**MOTIVAZIONE RICHIESTA**

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
- 7 = Paziente CoVID-19

TIPOLOGIA ACCOGLIENZA

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

Valori ammessi:

- 1 = Accoglienza di lunga permanenza (inserimento in struttura con un Programma individualizzato 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). la tipologia di accoglienza descritta al punto 4.5 della DGR 1378/99 che prevede un inserimento temporaneo per le finalità indicate secondo quanto specificato nel PAI (allegato 2 DGR 1206/07 e allegato DH DGR 514/09);
- 3 = Accoglienza temporanea per necessità di convalescenza e riabilitazione post-dimissione ospedaliera. È il ricovero temporaneo per necessità di convalescenza e riabilitazione post-dimissione ospedaliera previsto dalla lettera c) comma 6 art. 24 LR 5/94 e dal punto 4.4 della DGR 1378/99 disposto dalle Unità di valutazione geriatriche (UVG) e specificato nel PAI;
- 4 = Accoglienza di persone con demenza nella fase con elevati disturbi comportamentali e cognitivi (solo nuclei residenziali o centri diurni dedicati demenze). È l'accoglienza temporanea finalizzata al trattamento intensivo di un particolare target di pazienti con demenza nei centri diurni e nei nuclei residenziali dedicati per demenze (DGR 509/07; allegati DG e DF DGR 514/09).

TIPOLOGIA DI DIMISSIONE/CHIUSURA

Individua la tipologia di dimissione dalla struttura o di cambiamento di condizioni essenziali che portano alla chiusura della presa in carico.

Valori ammessi:

- 1 = dimissione a domicilio
- 2 = dimissione ad altra struttura residenziale o servizio semi-residenziale
- 3 = decesso
- 4 = dimissione a struttura sanitaria (senza mantenimento del posto)
- 5 = trasferimento/chiusura amministrativa
- 6 = cambio di tipologia di accoglienza (es: da ricovero di sollievo ad accoglienza di lunga permanenza, etc.)

La rilevazione del *trasferimento/chiusura amministrativa* riguarda variazioni nell'organizzazione delle strutture o nel caso di cambio di attribuzione dell'utente in carico a FRNA.

Esempio1: chiusura e riammissione su altro codice struttura della persona non autosufficiente per accorpamento di una Casa Protetta ed una RSA su una unica Casa Residenza Anziani accreditata. Questo codice (scelto tra i 2 codici struttura che si accorpano) dovrà essere quello corrispondente alla struttura che ha iniziato per prima l'attività. Se la data coincide, scegliere il servizio con la maggiore capacità di accoglienza, di norma la Casa Protetta.

Esempio2: cambio di attribuzione dell'informazione sull'utente in carico a FRNA, da utente non in carico FRNA a utente in carico FRNA, o viceversa.

La chiusura e la riammissione dell'assistito per chiusura amministrativa non prevede che il nuovo periodo di presa in carico successivo alla chiusura sia trasmesso con nuova valutazione, è sufficiente inviare l'ultima valutazione effettuata. Nell'eventualità che la chiusura e riammissione siano dovute ad un cambio di tipologia di accoglienza, il nuovo periodo di presa in carico successivo alla chiusura (con nuova chiave e nuova data di inserimento) prevede l'obbligatorietà dell'effettuazione di una nuova valutazione e la conseguente trasmissione dei dati di tabella C.

Tabella B

Nel caso di ricoveri temporanei in strutture ospedaliere per acuti con mantenimento del posto, 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

Identificare la data di chiusura del periodo assistenziale in residenza o semi-residenza.

Formato consentito: gggmmaaa

Non compilare se il periodo assistenziale non è chiuso ma prosegue

CODICE DISTRETTO PAGANTE

Codice del Distretto sanitario inviante che garantisce il pagamento della quota sanitaria/FRNA per l'utente. (file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata al flusso FAR all'indirizzo: <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/far/>).

Non compilare se il distretto pagante e' fuori regione Emilia-Romagna.

CODICE REGIONE PAGANTE

Codice della Regione inviante che garantisce il pagamento della quota sanitaria per l'utente inserito su posto accreditato/convenzionato. (file TCOMNOS disponibile nel sito internet nella sezione dedicata al flusso FAR all'indirizzo: <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/far/>).

Compilare solo se la regione pagante è diversa dalla regione Emilia-Romagna.

UTENTE A CARICO FRNA

Si rileva se per l'utente è riconosciuta la quota a carico FRNA per i servizi accreditati. Il valore 2= no indica l'inserimento di un utente su posto accreditato, ma senza riconoscimento della quota FRNA perché non previsto nel contratto di servizio.

Nel caso di passaggio da utente non FRNA ad utente con quota FRNA (o viceversa), utilizzare la chiusura amministrativa prevista nel campo "tipologia di dimissione/chiusura" per registrare questo cambiamento amministrativo.

Valori ammessi:

1= si

2= no

5.3 DATI RELATIVI AL PERIODO ASSISTENZIALE IN RESIDENZA O SEMI-RESIDENZA (trend)

Tabella T

CODICE AZIENDA USL

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

CODICE STRUTTURA

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

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

Formato consentito: aaaa

IDENTIFICATIVO_PERIODO

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

Per i casi trasmessi perché ancora in carico dall'anno precedente, nell'anno nuovo va mantenuto lo stesso numero identificativo dell'anno precedente.

ANNO COMPETENZA

Indicare l'anno di competenza (es: 2012, 2013, etc...).

Formato consentito: aaaa

TRIMESTRE COMPETENZA

Indicare il trimestre di competenza.

Valori ammessi:

01= primo trimestre

02= secondo trimestre

03= terzo trimestre

04= quarto trimestre.

Il trimestre deve essere congruente con la data di inserimento e con la data di fine assistenza (successiva o uguale alla data di inserimento in struttura, precedente o uguale alla data di fine assistenza).

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

CLASSIFICAZIONE DELL'OSPITE

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.

Si precisa che la valutazione del case-mix degli ospiti viene svolta nei confronti di tutti gli ospiti stabilmente inseriti nella, con un aggiornamento di norma semestrale, fatta salva la possibilità di rivalutazione in corso d'anno nel caso di significativo mutamento del case-mix (paragrafo 2.1 DGR 2110/09).

In questo campo, le voci relative alle semi-residenze sono già nella prospettiva della terminologia dell'accreditamento definitivo.

Nel periodo di accreditamento transitorio, l'interpretazione è che:

- il livello 6 "soggetto n.a. di grado severo" corrisponde all'attuale livello "gravi disturbi del comportamento", cioè il livello più alto dei Centri Diurni e
- il livello 7 "soggetto n.a. di grado moderato" al livello "base" dei Centri Diurni, cioè quello più basso, mentre
- nel livello 5 "Soggetto non autosufficiente con demenza e gravi disturbi del comportamento" sono considerati esclusivamente i soggetti n.a. con demenza e gravi disturbi del comportamento" inseriti nei centri diurni dedicati per demenze.

Tabella T

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)

NUMERO DI GIORNATE AL CENTRO DIURNO a tempo parziale

Solo per i centri diurni, numero di giornate di effettiva frequenza dell'utente nella struttura, prevista nel piano assistenziale individualizzato (PAI) a tempo parziale, nel trimestre di competenza.

Numerico da 0 al numero massimo di giorni del trimestre

NUMERO DI GIORNATE AL CENTRO DIURNO a tempo pieno

Solo per i centri diurni, numero di giornate di effettiva frequenza dell'utente nella struttura, prevista nel piano assistenziale individualizzato (PAI) a tempo pieno, nel trimestre di competenza.

Numerico da 0 al numero massimo di giorni del trimestre

La somma del numero di giorni al centro diurno a tempo parziale e a tempo pieno non può essere superiore al numero massimo di giorni del trimestre.

NUMERO DI GIORNI IN MANTENIMENTO DEL POSTO per malattia

Solo per i centri diurni, numero di giornate di malattia con diritto di mantenimento del posto, nel trimestre di competenza.

Individua le assenze certificate per malattia dell'utente nei centri diurni per cui è previsto il mantenimento del posto all'interno della struttura secondo la DGR 273/2016 e s.m.i. che prevede l'applicazione, per le giornate di assenza con diritto di mantenimento del posto, di quote ridotte a carico FRNA e degli utenti.

Numerico da 0 al numero massimo di giorni del trimestre

NUMERO DI GIORNI IN MANTENIMENTO DEL POSTO per assenza programmata

Numero di giornate di assenza programmata con diritto di mantenimento del posto, nel trimestre di competenza.

Individua le assenze programmate (rientri temporanei in famiglia, soggiorni climatici e terapeutici) dell'utente per le quali è previsto il mantenimento del posto all'interno della struttura secondo la DGR 273/2016 e s.m.i. che prevede l'applicazione, per le giornate di assenza con diritto di mantenimento del posto, di quote ridotte a carico FRNA e degli utenti.

Numerico da 0 al numero massimo di giorni del trimestre

Solo per i centri diurni: la somma del numero di giorni in mantenimento del posto per assenza programmata e numero di giorni in mantenimento del posto per malattia non può essere superiore al numero massimo di giorni del trimestre.

L'informazione sul mantenimento del posto per ricovero ospedaliero verrà recuperata a livello centrale dalla banca dati regionale SDO (schede di dimissione ospedaliera).

QUOTA GIORNALIERA per prestazioni sanitarie

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

La quota giornaliera per le prestazioni sanitarie è un valore medio giornaliero ricavato sulla base delle prestazioni sanitarie erogate e del rimborso da parte delle AUSL (per le voci sopra precise) in quanto a carico del Fondo sanitario.

Codifica: Numerico di 7 cifre.

Tabella T

QUOTA GIORNALIERA FRNA

Indica la quota giornaliera a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza nel trimestre di competenza secondo i seguenti parametri:

Casa residenza anziani: Si tratta della quota media giornaliera di struttura derivante dal case-mix (e determinata sulla base delle indicazioni contenute nella DGR 2110/09 per i servizi accreditati e sulla base della DGR 1378/99 e successive modifiche ed integrazioni, per i servizi convenzionati) di tutti gli ospiti stabilmente inseriti nella struttura. La quota è la medesima per tutti gli ospiti del servizio in accoglienza di lunga permanenza.

Indicare le specifiche quote previste per le altre tipologie di accoglienza: accoglienza temporanea di sollievo, servizi dedicati demenze, ricoveri temporanei post-dimissione (se differenziata in presenza delle condizioni previste dalla normativa).

Centro diurno: Si tratta della quota FRNA giornaliera determinata sulla base del livello assistenziale (livello base o livello gravi disturbi del comportamento).

Se nel trimestre di competenza si rileva un periodo di assenza con mantenimento del posto, a qualunque titolo (ricovero ospedaliero, assenza programmata o malattia) non considerare la relativa quota ridotta per i giorni di assenza nel calcolo della quota media trimestrale.

Compilazione relativa solo agli utenti in carico FRNA (campo Utente FRNA =1 si).

Codifica: Numerico di 7 cifre

QUOTA UTENTE (retta)

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

Si precisa che la retta, per le strutture socio-sanitarie per anziani è di norma una retta di struttura applicata a tutti gli ospiti in accoglienza di lunga permanenza (e nei nuclei dedicati demenze).

Precisare le specifiche quote previste per le altre tipologie di accoglienza (accoglienza temporanea).

Si ricorda che, in caso di integrazione della retta da parte del Comune, l'utente/famiglia paga una quota ridotta perché la differenza è coperta dal Comune. Di conseguenza, deve essere compilata, in questo caso, anche la "Quota Comune".

Nel caso di Comuni in cui viene graduata la retta dell'utente sulla base dell'ISEE, o comunque della situazione economico-patrimoniale dell'utente, calcolare una quota media.

Se nel trimestre di competenza si rileva un periodo di assenza con mantenimento del posto, a qualunque titolo (ricovero ospedaliero, assenza programmata o malattia) non considerare la relativa quota ridotta per i giorni di assenza nel calcolo della quota.

Codifica: Numerico di 7 cifre.

QUOTA COMUNE (retta)

Segnalare l'eventuale quota giornaliera versata dal Comune a titolo di partecipazione al costo del servizio per gli utenti indigenti nel trimestre di competenza.

Nel caso in cui la quota di integrazione del Comune sulla retta utente vari di mese in mese, si può calcolare una quota media giornaliera versata nel trimestre, a titolo di partecipazione dal Comune, per quell'utente.

Comunque, le due quote, "Utente" e "Comune", che possono cambiare nel trimestre come percentuale relativa (rispetto all'eventuale integrazione del Comune), devono dare, come somma, sempre la retta intera applicata.

Se nel trimestre di competenza si rileva un periodo di assenza con mantenimento del posto, a qualunque titolo (ricovero ospedaliero, assenza programmata o malattia) non considerare la relativa quota ridotta per i giorni di assenza nel calcolo della quota.

Codifica: Numerico di 7 cifre.

Almeno una delle 4 quote deve essere > 0.

5.4 VALUTAZIONE DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

Tabella C

Le informazioni per la compilazione della Tabella C sono desumibili dallo strumento di sintesi della valutazione del paziente anziano utilizzato nella Regione Emilia-Romagna, BINA (Breve Indice di Non Autosufficienza) con le modifiche introdotte nel 2011 ("BINA-FAR") così come compilato dall'equipe assistenziale di struttura.

CODICE AZIENDA USL

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

CODICE STRUTTURA

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

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

Formato consentito: aaaa

IDENTIFICATIVO_PERIODO

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

Per i casi trasmessi perché ancora in carico dall'anno precedente, nell'anno nuovo va mantenuto lo stesso numero identificativo dell'anno precedente.

PROGRESSIVO VALUTAZIONE

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.**) Il nuovo sistema

regionale dei controlli prevede lo scarto di record duplicati ovvero che la trasmissione di ogni nuovo record di tabella C (invia con nuova chiave) non si possa riferire ad un anziano già ammesso nella stessa struttura e nella stessa data di valutazione.

TIPO VALUTAZIONE

Valori consentiti:

1= valutazione all'ammissione

2= rivalutazione periodica

3= rivalutazione straordinaria

DATA VALUTAZIONE

Identifica la data in cui avviene la valutazione/rivalutazione dell'assistito. Nel caso di prima valutazione questa data dovrà essere successiva o uguale alla data di inserimento in struttura. Le date di rivalutazione devono essere successive alla prima valutazione. Il nuovo sistema regionale dei controlli prevede un controllo specifico sulle chiavi duplicate nella stessa data di valutazione.

Formato consentito: gggmmaaa.

VITA QUOTIDIANA

Indica il livello della fragilità relativo alla capacità di provvedere alle attività di vita quotidiana (igiene personale, abbigliamento, alimentazione secondo la scala BINA-FAR).

Valori consentiti:

1= totalmente indipendente

2= aiuto programmato (o saltuario)

3= aiuto quotidiano necessario ma parziale

4= totalmente dipendente

Tabella C**MOBILITA'**

Indica il livello della fragilità relativo alla capacità di movimento secondo la scala "BINA-FAR".

Valori consentiti:

- 1= cammina autonomamente senza aiuto
- 2= cammina con ausili o si sposta con aiuto programmato (o saltuario)
- 3= si sposta solo con l'aiuto di altre persone o con sedia a ruote
- 4= totalmente dipendente dagli operatori per le alzate e la mobilizzazione

FUNZIONI DEL LINGUAGGIO

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

Valori consentiti:

- 1= comprende e si esprime normalmente
- 2= linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero
- 3= comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero
- 4= non comprende, non si esprime

DISTURBI COGNITIVI E/O COMPORTAMENTALI

Identifica la presenza o meno di disturbi dell'umore/cognitivi e comportamentali, secondo la scala "BINA-FAR".

Valori consentiti:

- 1= assenti
- 2= disturbi dell'umore (aspetto triste, melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci); disturbi cognitivi lievi (o comportamentali lievi)
- 3= disturbi cognitivi (non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità ma non presenta gravi e BPSD costanti disturbi comportamentali)
- 4= frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sè e per gli altri)

DEFICIT SENSORIALI

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

Valori consentiti

- 1= normale
- 2= deficit correggibile con l'aiuto di protesi e/o occhiali
- 3= grave deficit non correggibile
- 4= cecità e/o sordità completa

CONTROLLO SFINTERICO

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

Valori consentiti

- 1= presente
- 2= incontinenza urinaria o fecale episodica
- 3= incontinenza urinaria o fecale permanente
- 4= incontinenza totale (vescicale e anale)

MEDICAZIONI

Indica se l'anziano ha necessità di medicazioni secondo la scala di valutazione "BINA FAR".

1= non necessarie

2= per ulcerazioni e distrofie cutanee

3= per catetere a permanenza o stomia

4= per ulcere da decubito

Tabella C**NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE**

Indica la necessità di prestazioni o trattamenti sanitari secondo la scala di valutazione "BINA FAR".

1= buona salute

2= necessità di prestazioni sanitarie non continuative

3= necessità di prestazioni sanitarie esterne (terapia radiante, consulenza specialistica)

4= necessità di prestazioni sanitarie continuative, anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria (come, ad esempio, cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., etc.)

TRATTAMENTI SPECIALISTICI 1,2,3,4,5

Indicare nel caso in cui siano presenti necessità di trattamenti specialistici.

Può essere compilato solo se il campo precedente è valorizzato 4 (necessità di prestazioni sanitarie interne continuative) e l'utente ha bisogno di trattamenti specialistici.

Valori consentiti:

02= SNG/PEG

03= tracheotomia

04= respiratore/ventilazione assistita

05= ossigenoterapia ad intervalli regolari, non in acuzie

06= dialisi

08= trasfusioni eseguite in struttura

09= controllo dolore per via parenterale o sottocutanea tramite infusori elastomerici o pompe

10= alimentazione parenterale o idratazione per periodi superiori a 15 giorni tramite catetere venoso periferico CVP

11= alimentazione parenterale o idratazione mediante catetere venoso centrale (CVC)

12 = intervento rete cure palliative

Nel caso di trattamenti specialistici multipli indicarne fino ad un massimo di 5.

AREA SOCIALE

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

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 esistenziali, etc)

4= l'anziano può contare solo sull'aiuto istituzionale (rete formale)

ATTIVITA' OCCUPAZIONALI E IMPEGNO TEMPO LIBERO

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

Valori consentiti

1= entra ed esce liberamente 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

5= non svolge alcuna attività, non è in grado di svolgere

6= non svolge alcuna attività, si rifiuta di svolgere

CONFERMA VALUTAZIONE UVG AL DOMICILIO

Indicare se sono confermati nella valutazione all'ammissione i gradi di disabilità dei primi 8 indicatori di fragilità riportati nella BINA-HOME;

Da compilare solo se tipologia valutazione = 1 (valutazione all'ammissione).

Valori consentiti:

1= Sì

2= No

5.5 DATI RELATIVI ALLA SOSPENSIONE DEL PERIODO ASSISTENZIALE**Tabella S****CODICE AZIENDA USL**

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

CODICE STRUTTURA

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

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

Formato consentito: aaaa

IDENTIFICATIVO_PERIODO

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

Per i casi trasmessi perché ancora in carico dall'anno precedente, nell'anno nuovo va mantenuto lo stesso numero identificativo dell'anno precedente.

DATA INIZIO SOSPENSIONE

Identifica la data in cui inizia la sospensione del periodo assistenziale

DATA FINE SOSPENSIONE

Identifica la data in cui termina la sospensione del periodo assistenziale

MOTIVAZIONE SOSPENSIONE

Indica la motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito

6. TRACCIATO RECORD E CONTROLLI

Nel tracciato di seguito descritto sono riportati in forma tabellare i campi che costituiscono il nuovo tracciato record FAR a partire dal 1° gennaio 2026.

Al fine di garantire il rispetto della privacy ai sensi delle normative in vigore sulle misure di sicurezza per il trattamento dei dati personali il record relativo ad ogni periodo di presa in carico è diviso in tabelle separate: la Tabella A contiene i dati anagrafici e le restanti tabelle (Tabella B, C, T, S) riguardano i dati socio-sanitari dell'inserimento in struttura, di valutazione della persona non autosufficiente e delle eventuali sospensioni.

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"; Le posizioni non utilizzate devono comunque 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 del campo

Grado di obbligatorietà

Codice che identifica l'obbligatorietà o meno del campo.

OBB: 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. I controlli sono di 1° livello (scarto) e di 2° livello (segnalazioni).

Ogni singolo record anagrafico (Tabella A) deve essere collegato ad un record riguardante dati del periodo assistenziale (Tabella B). Ogni singolo record riguardante dati del periodo assistenziale (Tabella B) deve essere collegato ad uno o più record di dati trimestrali (trend) inerenti al periodo assistenziale (Tabella T) e ad un o più record inerenti le valutazione dell'ospite (Tabella C). Le eventuali sospensioni (Tabella S) devono essere incluse in un periodo assistenziale (Tabella S)

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, T o S genererà lo scarto dell'intero set di record riferiti al periodo assistenziale.

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.

6.1 TRACCIATO TABELLA A

Dati anagrafici della persona Non Autosufficiente

POS.	FORMA TO E LUNGH EZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	GRADO DI OBBLIGA TORIETA'	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)	OBBLIGO	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).	OBBLIGO	Valorizzato e valido alla data di inserimento in struttura	SCARTANTE
10	N 4	Anno Ammissione	Anno di ammissione in struttura residenziale o semi-residenziale Formato: aaaa	OBBLIGO	Valorizzato e valido	SCARTANTE
14	AN 8	Identificativo periodo	Identificativo del periodo di assistenza, comunque univoco all'interno dell'anno e della struttura.	OBBLIGO	Valorizzato	SCARTANTE
22	AN 30	Cognome	Cognome dell'assistito. Scrivere in maiuscolo	OBBLIGO		SCARTANTE
52	AN 20	Nome	Nome dell'assistito. Scrivere in maiuscolo	OBBLIGO		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 temporaneamente presenti, non in possesso di tessera sanitaria europea, utilizzare il codice regionale STP a 16 caratteri (ai sensi del DPR n. 394/99 e della Circ. Ministero Sanità n. 5 del 24/4/2000) o, ove previsti, il codice ENI (Europei non iscritti) o il codice PSU (permesso di soggiorno per motivi umanitari).	OBBLIGO	valido e compatibile con dati anagrafici	SCARTANTE
88	AN 8	Data di nascita	Formato: gggmmaaa	OBBLIGO	valida, < data di inserimento in struttura Età>=18	SCARTANTE
96	AN 1	Genere	Valori consentiti: 1 = Maschio 2 = Femmina	OBBLIGO	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.	OBBLIGO	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.	OBBLIGO	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 28	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		
140	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
141	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
142	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

6.2 TRACCIATO TABELLA B

Periodo assistenziale in residenza o semi-residenza

POS.	FORMA TO E LUNGH EZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	GRADO DI OBBLIGA TORIETA'	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 alla data di inserimento in struttura	SCARTANTE
10	N 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: gggmaaaa	OBB V	valida, antecedente o uguale alla data fine assistenza, congruente all'anno di ammissione	SCARTANTE
30	AN 1	Tipo struttura di provenienza	1 = Abitazione 2 = Struttura protetta socio-sanitaria 3 = Struttura socio assistenziale 4 = Struttura ospedaliera per acuti pubblica o privata accreditata 8 = Struttura pubblica o privata di riabilitazione intensiva (recupero e riab. funzionale) 9= Struttura pubblica o privata di riabilitazione estensiva (lungodegenza) 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	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 7 = Paziente CoVID-19	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
33	AN 1	Tipologia accoglienza	1 = Accoglienza di lunga permanenza 2 = Accoglienza temporanea di Sollievo 3 = Accoglienza temporanea 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	AN 1	Tipologia di Dimissione/ chiusura	1 = Dimissione a domicilio 2 = Dimissione ad altra struttura residenziale o servizio semi-residenziale 3 = Decesso 4 = Dimissione a struttura sanitaria (senza mantenimento del posto) 5 = trasferimento/chiusura amministrativa 6 = cambio di tipologia di accoglienza <i>Non compilare se il periodo assistenziale non è chiuso ma prosegue</i>	OBB	Valido se valorizzato, se valorizzato va indicata la data di fine assistenza	SCARTANTE
35	AN 8	Data Fine Assistenza	Data di chiusura del periodo assistenziale in residenza o semi-residenza. Formato: ggmmaaaa <i>Non compilare se il periodo assistenziale non è chiuso ma prosegue</i>	OBB	valida, congruente con anno e trimestre di competenza e posteriore alla data inserimento, se valorizzato va indicata la tipologia di dimissione /chiusura	SCARTANTE
43	AN 3	Codice distretto pagante	Codice del distretto sanitario inviante che garantisce il pagamento della quota sanitaria/FRNA per l'utente. <i>Non compilare se il distretto pagante è fuori regione Emilia-Romagna</i>	OBB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
46	AN 3	Codice Regione pagante	Codice della regione inviante che garantisce il pagamento della quota sanitaria per l'utente. <i>Compilare solo se la regione pagante e' fuori regione Emilia-Romagna</i>	OBB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
49	AN 1	Utente a carico FRNA	1= si 2= no	OBB V	Valorizzato e valido	SCARTANTE

6.3 TRACCIATO TABELLA T
Periodo assistenziale in residenza o semi-residenza (trend)

POS.	FORMA TO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPIAZIONE	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)	OBBLIGATORIETÀ	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).	OBBLIGATORIETÀ	Valorizzato e valido alla data di inserimento in struttura	SCARTANTE
10	N 4	Anno Ammissione	Anno di ammissione in struttura residenziale o semi-residenziale Formato: aaaa	OBBLIGATORIETÀ	Valorizzato e valido	SCARTANTE
14	AN 8	Identificativo periodo	Identificativo del periodo di assistenza, comunque univoco all'interno dell'anno e della struttura.	OBBLIGATORIETÀ	Valorizzato	SCARTANTE
22	N 4	Anno competenza	Anno di competenza Formato: aaaa	OBBLIGATORIETÀ	Valorizzato e valido	SCARTANTE
26	N 2	Trimestre competenza	trimestre di competenza Formato: 0n	OBBLIGATORIETÀ	Valorizzato e valido	SCARTANTE
28	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)	OBBLIGATORIETÀ	Valorizzato e valido, compatibile con tipo di struttura (residenziale o semi-residenziale)	SCARTANTE
29	N 2	Numero di giornate al CD a tempo parziale	Solo per i centri diurni: Numero di giornate di effettiva frequenza dell'utente nella struttura prevista dal PAI a tempo parziale, nel trimestre di competenza	OBBLIGATORIETÀ	Valorizzato e valido per i CD N>=0	SCARTANTE
31	N 2	Numero di giornate al CD a tempo pieno	Solo per i centri diurni: Numero di giornate di effettiva frequenza dell'utente nella struttura prevista dal PAI a tempo pieno, nel trimestre di competenza	OBBLIGATORIETÀ	Valorizzato e valido per i CD N>=0	SCARTANTE
33	N 2	Numero di giorni in mantenimento del posto (malattia)	Solo per i centri diurni: Numero di giornate di malattia con diritto di mantenimento del posto, nel trimestre di competenza.	OBBLIGATORIETÀ	Valido se valorizzato per i CD N>=0	SCARTANTE
35	N 2	Numero di giorni in mantenimento del posto (assenza programmata)	Numero di giornate di assenza programmata con diritto di mantenimento del posto, nel trimestre di competenza.	OBBLIGATORIETÀ	Valido se valorizzato N>=0	SCARTANTE

37	N 5	Quota giornaliera (Parte intera)	Parte intera della componente della tariffa applicata alla prestazione a carico SSN nel trimestre di competenza per assistenza infermieristica, riabilitativa e coord. assistenza sanitaria interna, formazione e aggiornamento del personale, etc.	OBBLIGO	Valorizzato N>=0	SCARTANTE
42	N2	Quota giornaliera (Parte decimale)	Parte decimale della componente della tariffa applicata alla prestazione a carico SSN nel trimestre di competenza per assistenza infermieristica, riabilitativa e coord. assistenza sanitaria interna, formazione e aggiornamento del personale, etc.	OBBLIGO	Valorizzato N>=0	SCARTANTE
44	N 5	Quota giornaliera FRNA (parte intera)	Parte intera della quota giornaliera a carico del FRNA nel trimestre di competenza	OBBLIGO	Valorizzato > 0 per gli utenti in carico FRNA, = 0 per gli utenti non in carico FRNA	SCARTANTE
49	N2	Quota giornaliera FRNA (parte decimale)	Parte decimale della quota giornaliera a carico del FRNA nel trimestre di competenza	OBBLIGO	Valorizzato > 0 per gli utenti in carico FRNA, = 0 per gli utenti non in carico FRNA	SCARTANTE
51	N 5	Quota utente (retta) parte intera	Parte intera della Quota giornaliera versata dall'utente e/o dai familiari a titolo di partecipazione al costo del servizio, nel trimestre di competenza.	OBBLIGO	Valorizzato N>=0	SCARTANTE
56	N2	Quota utente (retta) parte decimale	Parte decimale della Quota giornaliera versata dall'utente e/o dai familiari a titolo di partecipazione al costo del servizio, nel trimestre di competenza.	OBBLIGO	Valorizzato N>=0	SCARTANTE
58	N 5	Quota Comune (retta) Parte intera	Parte intera dell'eventuale Quota giornaliera versata dal Comune come partecipazione al costo del servizio per gli utenti indigenti, nel trimestre di competenza.	OBBLIGO	Valorizzato N>=0	SCARTANTE
63	N2	Quota Comune (retta) Parte decimale	Parte decimale dell'eventuale Quota giornaliera versata dal Comune come partecipazione al costo del servizio per gli utenti indigenti, nel trimestre di competenza.	OBBLIGO	Valorizzato N>=0	SCARTANTE

6.4 TRACCIATO TABELLA C

Valutazione della persona Non Autosufficiente

POS.	FORMA TO E LUNGH EZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	GRADO DI OBBLIGA TORIETA'	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)	OBBLIGATORIETÀ OBBL 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).	OBBLIGATORIETÀ OBBL V	Valorizzato e valido alla data di inserimento in struttura	SCARTANTE
10	N 4	Anno Ammissione	Anno di ammissione in struttura residenziale o semi-residenziale Formato: aaaa	OBBLIGATORIETÀ OBBL V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
14	AN 8	Identificativo periodo	Identificativo del periodo di assistenza , comunque univoco all'interno dell'anno e della struttura.	OBBLIGATORIETÀ OBBL V	Valorizzato	SCARTANTE
22	N 3	Progressivo valutazione	Contatore identificativo univoco della valutazione o rivalutazione dell'assistito.	OBBLIGATORIETÀ OBBL V	valorizzato	SCARTANTE
25	AN 1	Tipo valutazione	1= valutazione all'ammisison 2= rivalutazione periodica 3= rivalutazione straordinaria	OBBLIGATORIETÀ OBBL V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
26	AN 8	Data valutazione	Data in cui avviene la valutazione o rivalutazione Formato: gggmmaaa	OBBLIGATORIETÀ OBBL V	Valorizzato e valido, se prima valutazione >= data di inserimento	SCARTANTE
34	AN 1	Vita quotidiana	1= totalmente indipendente 2= aiuto programmato (o saltuario) 3= aiuto quotidiano necessario ma parziale 4= totalmente dipendente	OBBLIGATORIETÀ OBBL V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
35	AN 1	Mobilità	1= cammina autonomamente senza aiuto 2= cammina con ausili o si sposta con aiuto programmato (o saltuario) 3= si sposta solo con l'aiuto di altre persone o con sedia a ruote 4= totalmente dipendente dagli altri operatori per le alzate e la mobilitizzazione	OBBLIGATORIETÀ OBBL V	Valorizzato e valido	SCARTANTE
36	AN 1	Funzioni del linguaggio	1 = comprende e si esprime normalmente 2 = linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero 3 = comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero 4= non comprende, non si esprime	OBBLIGATORIETÀ OBBL V	Valorizzato e valido	SCARTANTE

37	AN 1	Disturbi comportamentali	1= assenti 2= disturbi dell'umore (aspetto triste, melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci); disturbi cognitivi lievi (o comportamentali lievi) 3 = disturbi cognitivi (non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità ma non presenta gravi e BPSD costanti disturbi comportamentali) 4 = frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sé e per gli altri)	OBV	Valorizzato e valido	SCARTANTE
38	AN 1	Deficit sensoriali	1= normale 2= deficit correggibile con l'aiuto di protesi e/o occhiali 3= grave deficit non correggibile 4= cecità e/o sordità completa	OBV	Valorizzato e valido	SCARTANTE
39	AN 1	Controllo sfinterico	1= presente 2= incontinenza urinaria o fecale episodica 3= incontinenza urinaria o fecale permanente 4= incontinenza totale (vescicale ed anale)	OBV	Valorizzato e valido	SCARTANTE
40	AN 1	Medicazioni di tipo chirurgico	1= non necessarie 2= per ulcerazioni e distrofie cutanee 3= per catetere a permanenza o stomia 4= per ulcere da decubito	OBV	Valorizzato e valido	SCARTANTE
41	AN 1	Necessità di prestazioni sanitarie	1= buona salute 2= necessità di prestazioni sanitarie non continuative 3= necessità di prestazioni sanitarie esterne (terapia radiante, consulenza specialistica) 4 = necessità di prestazioni sanitarie continuative, anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria (cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e. v., etc.)	OBV	Valorizzato e valido	SCARTANTE
42	AN 2	Trattamenti specialistici 1	02= SNG/PEG 03= tracheotomia 04= respiratore/ventilazione assistita 05= ossigenoterapia ad intervalli regolari, non in acuzie 06= dialisi 08= trasfusioni eseguite in struttura 09= controllo dolore per via parenterale o sottocutanea tramite infusori elastomerici o pompe 10= alimentazione parenterale o idratazione per periodi superiori a 15 giorni tramite catetere venoso periferico CVP 11= alimentazione parenterale o idratazione mediante catetere venoso centrale (CVC) 12 = intervento rete cure palliative	OB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
44	AN 2	Trattamenti specialistici 2	Vedi Trattamenti specialistici 1	OB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
46	AN 2	Trattamenti specialistici 3	Vedi Trattamenti specialistici 1	OB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
48	AN 2	Trattamenti specialistici 4	Vedi Trattamenti specialistici 1	OB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
50	AN 2	Trattamenti specialistici 5	Vedi Trattamenti specialistici 1	OB	Valido se valorizzato	SCARTANTE
52	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 esistenziali, etc) 4 = l'anziano può contare solo sull'aiuto istituzionale (rete formale)	OBV	Valorizzato e valido	SCARTANTE

53	AN 1	Attività occupazionali e impiego del tempo libero	1= entra ed esce liberamente 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 5= non svolge alcuna attività, non e' in grado di svolgere 6= non svolge alcuna attività, si rifiuta di svolgere	OBBLICO	Valorizzato e valido	SCARTANTE
54	AN 1	Conferma valutazione UVG al domicilio	Indicare se sono confermati nella valutazione all'ammissione i gradi di disabilità dei primi 8 indicatori di fragilità riportati nella BINA-HOME. 1= si 2= no	OBBLICO	Valorizzato e valido, se prima valutazione	SCARTANTE

6.5 TRACCIATO TABELLA S

Sospensione del periodo di assistenza

POS.	FORMA TO E LUNGH- EZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	GRADO DI OBBLIGA- TORIETA'	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)	OBBLICO	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).	OBBLICO	Valorizzato e valido alla data di inserimento in struttura	SCARTANTE
10	N 4	Anno Ammissione	Anno di ammissione in struttura residenziale o semi-residenziale Formato: aaaa	OBBLICO	Valorizzato e valido	SCARTANTE
14	AN 8	Identificativo periodo	Identificativo del periodo di assistenza, comunque univoco all'interno dell'anno e della struttura.	OBBLICO	Valorizzato	SCARTANTE
22	AN 8	Data inizio sospensione	Data in cui inizia la sospensione Formato: ggmmaaaa	OBBLICO	Valorizzata e valida, antecedente alla data fine assistenza e alla data fine sospensione (se valorizzata), congruente all'anno di ammissione	SCARTANTE
30	AN 8	Data fine sospensione	Data in cui termina la sospensione Non compilare se la sospensione non è chiusa ma prosegue Formato: ggmmaaaa	OBBLICO	Valido se valorizzato, antecedente o uguale alla data fine assistenza e successivo alla data inizio sospensione	SCARTANTE
38	N 1	Motivazione sospensione	Indica la motivazione della sospensione dell'erogazione del servizio all'assistito. I valori ammessi sono: 1-ricovero temporaneo in ospedale 2-allontanamento temporaneo 3-ricovero temporaneo in altra struttura residenziale 9-altri	OBBLICO	Valorizzato e valido	SCARTANTE

7. MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI

La banca dati regionale FAR si compone di tutti i periodi di presa in carico dell'assistito anziano e delle relative schede di valutazione BINA-FAR.

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

Si invieranno perciò, per ogni anno di competenza:

per il primo invio – (1° trimestre):

- periodi assistenziali di assistiti in carico all'01/01 dell'anno di competenza che derivano da precedenti trimestri (con data di ammissione anteriore al 01/01) che si concludano o non si concludono nel primo trimestre – popolamento iniziale della banca dati – posizione contabile 1;
- periodi assistenziali che iniziano nel primo trimestre (nuovi ingressi con data di ammissione posteriore o uguale al 01/01) 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 (nuovi ingressi con data di ammissione posteriore o uguale al 01/04) e che si concludano oppure non si concludono nel secondo trimestre – posizione contabile 1;
- periodi assistenziali di assistiti in carico all'01/01 dell'anno di competenza che derivano dal trimestre precedente e mai entrati in banca dati regionale nell'anno, 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 (nuovi ingressi con data di ammissione posteriore o uguale al 01/07) e che si concludano oppure non si concludono nel terzo trimestre – posizione contabile 1;
- periodi assistenziali di assistiti in carico all'01/01 dell'anno di competenza che derivano da trimestri precedenti e mai entrati in banca dati regionale nell'anno, 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 (nuovi ingressi con data di ammissione posteriore o uguale al 01/10) e che si concludano oppure non si concludono nel quarto trimestre – posizione contabile 1;
- periodi assistenziali di assistiti in carico all'01/01 dell'anno di competenza che derivano da trimestri precedenti e mai entrati in banca dati regionale nell'anno, 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 (posizione contabile = 3) si intende ogni variazione avvenuta in qualunque campo delle Tabelle A, B, C, T o S. La modifica e la cancellazione di un qualunque campo di Tabella A, B, C, T o S prevede il re-invio di tutto il set di record precedentemente inviato. Analogamente anche lo scarto di un record di tabella A, B, C, T o S prevede il re-invio di tutto il set di record.

Il verificarsi di almeno uno scarto in qualunque campo della tabella A, B, C, T o S genererà lo scarto dell'intero set di record riferiti al periodo assistenziale.

Ad ogni trasmissione trimestrale dei dati devono essere trasmessi obbligatoriamente **tutti** i record di tutti i trimestri di **Tabella T** afferenti alla presa in carico dell'assistito nell'anno di competenza: la tabella T è incrementale e ad ogni trimestre occorre inviare, oltre al trimestre di competenza, anche i record di trimestri precedenti, anche se i dati non sono variati. Per inviare gli aggiornamenti trimestrali della tabella T occorre utilizzare la posizione contabile 3 (modifica).

Si sottolinea che la chiusura/dimissione della presa in carico è una modifica al set di record presente in banca dati regionale, precedentemente inviato, e che anche la trasmissione della rivalutazione dell'assistito

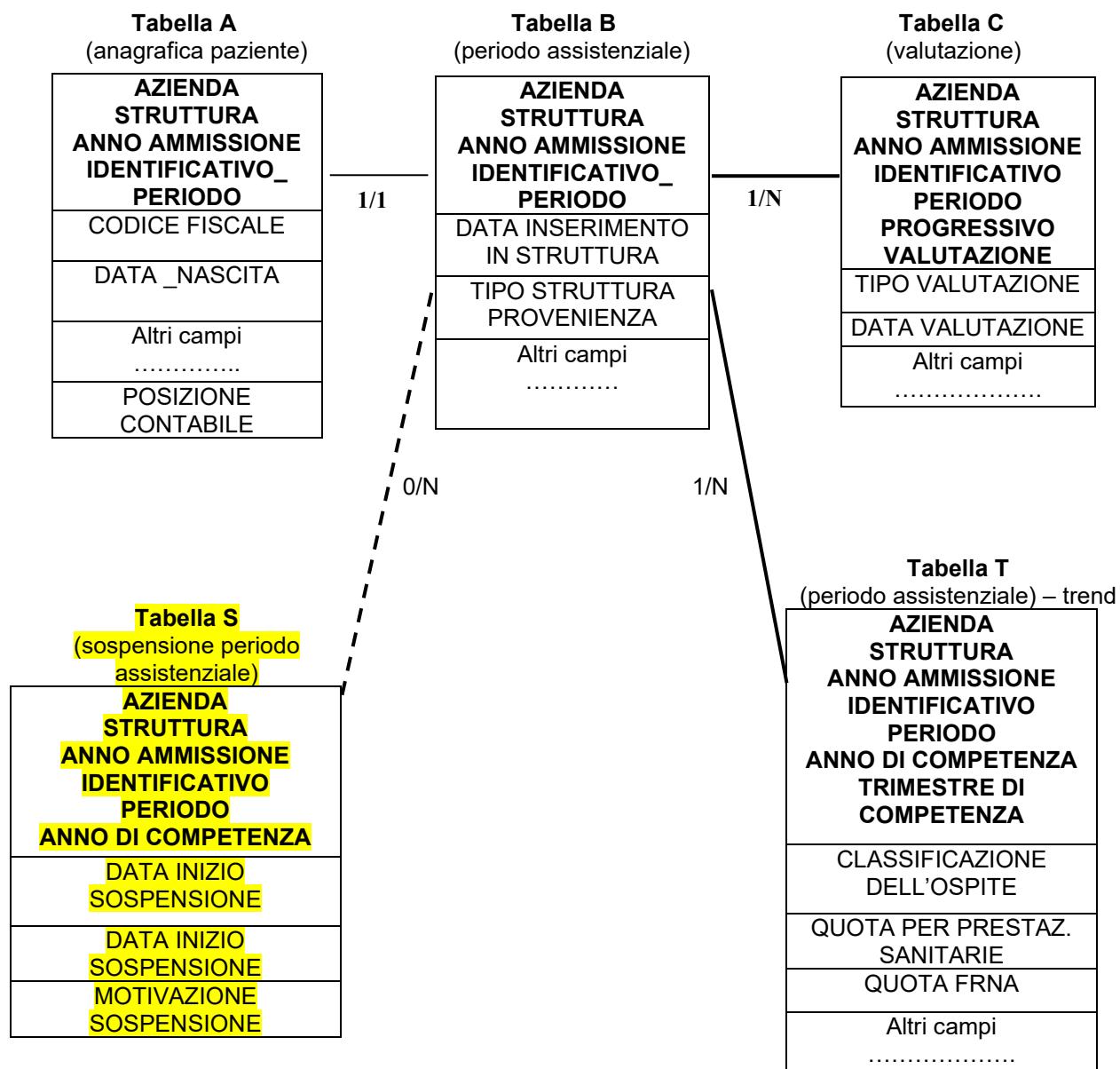
prevede il re-invio di tutto il set di record, precedentemente inviato, in modalità modifica (posizione contabile 3).

Inoltre, nell'anno di competenza, ogni qualvolta si invii o si modifichi il set di record presente in banca dati, devono essere trasmesse obbligatoriamente **tutte** le valutazioni dell'assistito in carico (**Tabella C**), anche se di anni precedenti a quello di competenza (mantenimento dello storico) per una corretta trasmissione dei dati al Ministero della Salute.

Il referente aziendale o distrettuale dovrà perciò inviare per ogni assistito preso in carico, a cadenza trimestrale:

1. un record contenente i **dati anagrafici** (Tabella A) (un record per ogni paziente preso in carico nel periodo assistenziale)
2. un record contenente i **dati del periodo assistenziale residenziale o semiresidenziale** (Tabella B) (un record per ogni periodo assistenziale)
3. un record per ogni trimestre contenente i **dati del periodo assistenziale – informazioni trimestrali** (Tabella T) (un record per ogni periodo assistenziale, per ogni trimestre).
4. uno o più record contenente i **dati della scheda di valutazione multidimensionale** (Tabella C) (un record per ogni valutazione dell'ospite).

Le relazioni tra le tabelle sono come di seguito riportate:



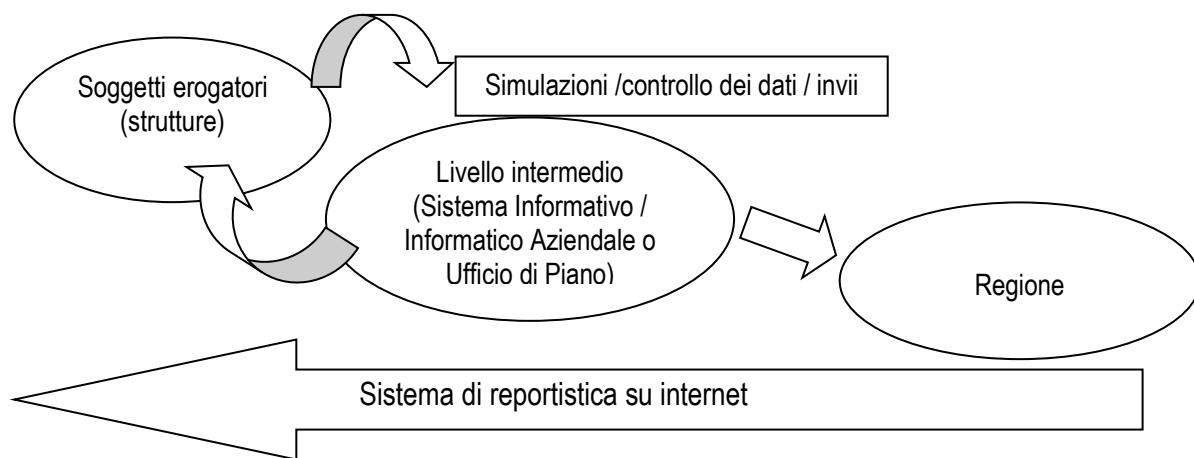
TRASMISSIONE DEL FILE E SCADENZE:

Il flusso informativo rispetta le competenze di ambito distrettuale garantendo rapporti strutturati con gli Uffici di Piano; in particolare, in prospettiva, si prevede la validazione dei dati aggregati a livello distrettuale risultanti dalla reportistica di ritorno per assicurare la congruenza rispetto al monitoraggio dell'utilizzo dell'FRNA.

Al momento la rete di trasmissione prevede che i soggetti erogatori (strutture o servizi) inviano 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>).

Per il futuro è da valutare la possibilità che i soggetti erogatori (strutture o servizi) inviano 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>).

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 trasmettere i dati al Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali, tramite il portale WEB <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi> occorre essere in possesso di un'utenza EXTRARER abilitata alla gestione del flusso e attribuita dalla Regione Emilia-Romagna (2 utenze per ogni Azienda).

Il referente in possesso dell'utenza potrà inviare i file (INVIO FILE) da sottomettere al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE) e verificare l'esito dell'elaborazione, valutando direttamente la qualità delle informazioni inviate attraverso l'uso di opportune procedure che produrranno un ritorno informativo. La simulazione consente infatti di sottoporre i file al sistema dei controlli formali regionali prima dell'invio definitivo (CONSOLIDAMENTO).

7.1 SCADENZE

Riassumendo la trasmissione sarà regolamentata dalle seguenti scadenze:

Periodi assistenziali	N. invio	Scadenza	Ritorno informativo
Primo trimestre	I invio	<i>Entro il 30/04 dell'anno di riferimento</i>	Segnalazioni/ Scarti
Primo (solo variazioni) e secondo trimestre	II invio	<i>Entro il 31/07 dell'anno di riferimento</i>	Segnalazioni/ Scarti
Primo, secondo (solo variazioni) e terzo trimestre	III invio	<i>Entro il 31/10 dell'anno di riferimento</i>	Segnalazioni/ Scarti
Tutto l'anno	IV invio	<i>Entro il 31/01 dell'anno successivo all'anno di riferimento</i>	Segnalazioni/ Scarti
Tutto l'anno	V invio	<i>Entro il 28/2 dell'anno successivo all'anno di riferimento</i>	Segnalazioni/ Scarti

7.2 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 4 tipi di file:

1) 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), On corrisponde al numero dell'invio.

2) 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), On corrisponde al numero dell'invio.

3) 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), On corrisponde al numero dell'invio.

4) ATTESI: record riguardanti periodi di presa in carico di persone non autosufficienti presenti nell'archivio regionale dell'anno precedente (non conclusi) e mai trasmesse nell'anno di competenza.

Il file in formato testo è denominato ATTESIxxxzz0n.txt, dove: xxx = codice AUSL, zz corrisponde all'anno al quale si riferiscono i dati (ultime 2 cifre), On 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	N 4	Anno ammissione
14	AN 8	Identificativo periodo
22	N 4	Anno competenza (tabella T)
26	N 2	Trimestre competenza (tabella T)
28	N 3	Progressivo Valutazione (tabella C)
31	AN 8	Data inizio sospensione
39	AN 1	Tabella (A, B, C, T, S)
40	AN 3	Codice Campo (posizione del campo nel quale è stato rilevato l'errore)
43	AN 4	Codice errore (corrispondente al tipo di errore rilevato)
47	AN 100	Descrizione errore

La tabella contenente l'elenco dei codici degli errori è pubblicata sul sito internet del Sistema Informativo Sanità e Politiche sociali (http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/far/tabelle_riferimento.htm).

7.3 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 Service desk da parte dei referenti aziendali dei flussi (e-mail : servicedesk@regione.emilia-romagna.it) indicando per ciascun nominativo: nome, cognome, azienda, e-mail e inserendo in cc flusso.far@regione.emilia-romagna.it

8. REPORTISTICA PREDEFINITA

Nel portale ReportER è disponibile la Reportistica Predefinita all'indirizzo: <https://reporter.regione.emilia-romagna.it/ReportER/stats/tema/1/flussi>

9. REFERENTI REGIONALI

Area ICT e transizione digitale dei servizi al cittadino	Area sociosanitaria - anziani e persone con disabilità
Paolo Brugnara	Simonetta Puglioli
Tel. 051 527 7868	Tel. 051 5277068
flusso.far@regione.emilia-romagna.it	