

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2012. 0301111

del 21/12/2012

CIRCOLARE N. **23**

Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori Amministrativi
Direttori di Distretto
Direttori delle Attività socio-sanitaria
Referenti aziendali rete DGR 2068/2004
(GRavissime Disabilità Acquisite)

Direttori del Sistema Informativo-Informatico
Referenti flusso GRAD delle Aziende USL
Responsabili degli Uffici di Piano

della Regione Emilia-Romagna

LORO SEDI

OGGETTO: Flusso informativo GRAD - Specifiche per la rilevazione - anno 2013

Facendo seguito alla Circolare n°13/2007 di attivazione del flusso informativo GRAD, in attuazione della **DGR n. 2068 del 18 ottobre 2004** recante "Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta: prime indicazioni" e successive integrazioni di cui alla **DGR 840/08**, con la presente si introducono alcune modifiche al flusso di dati, al fine di renderlo ancor più rappresentativo degli assetti organizzativi territoriali ormai da tempo consolidati. Si introducono inoltre miglioramenti alla rilevazione e si accolgono le indicazioni risultate necessarie e/o opportune, emerse dal confronto con i referenti della rete GRAD nelle aziende.

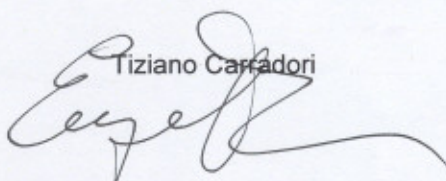
In merito all'assegno di cura è stata inoltre introdotto il nuovo importo previsto dalla D.G.R. 1848/2012 di recente approvazione.

Il flusso offre l'occasione per raccogliere informazioni comparabili con le altre rilevazioni sanitarie e socio-sanitarie (ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, assistenza domiciliare, assistenza presso gli hospice, SMAC, ecc) che si basano sulla rilevazione delle caratteristiche del paziente, delle prestazioni erogate e dell'erogatore, per una gestione dei processi più equa ed omogenea da parte del Governo Regionale.

Per le specifiche tecniche, tempi e modalità di trasmissione, si rimanda all'allegato tecnico che fa parte integrante della presente circolare, ricordando che tali indicazioni si applicano **a partire dal 1° gennaio 2013**.

Cordiali saluti.

Tiziano Carradori



All.n.1 - disciplinare tecnico del flusso

Viale Aldo Moro 21
40127 Bolognatel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

**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

DISCIPLINARE TECNICO

SPECIFICHE RELATIVE ALLA TRASMISSIONE E TRACCIATO DEL FLUSSO INFORMATIVO GRAD: **GRAVISSIME DISABILITA' ACQUISITE- ANNO 2013**

ADEGUAMENTI E MODIFICHE.

Le principali novità del flusso regionale riguardano:

- Nuove variabili da rilevare: *numero totale ore di assistenza OSS, numero totale ore di assistenza educativa, contributo aggiuntivo per assistente familiare, oneri sanitari aggiuntivi per l'assistenza residenziale, regione e azienda di ubicazione della struttura, importo assegno di cura.*
- Obbligatorietà delle seguenti variabili: *causa del deficit; codice patologia, tariffa e retta giornaliera.*

INTRODUZIONE

Il presente allegato tecnico contiene i necessari adeguamenti della rilevazione regionale GRAD (Gravissime Disabilità acquisite) ed è valido a partire dal **1° gennaio 2013**.

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

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

La rilevazione si caratterizza con **periodicità semestrale** 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 l'episodio assistenziale (**Tabella B**)
- Dati riguardanti il dettaglio dell'erogazione assegno di cura (**Tabella C**)
- Dati riguardanti il dettaglio sull'assistenza residenziale fornita (**Tabella D**)
- Dati riguardanti il dettaglio sull'utilizzo di dispositivi protesici consegnati (**Tabella E**).

1. AMBITO DI APPLICAZIONE

Oggetto della rilevazione è **ciascun episodio assistenziale reso al singolo paziente in condizione di gravissima disabilità acquisita**. Il Piano Assistenziale Individuale può articolarsi in 2 diverse modalità assistenziali:

- **Percorsi di assistenza domiciliare** rivolti al paziente (compresa la rilevazione dell'eventuale avvenuta **erogazione dell'assegno di cura** ed eventuali **dispositivi protesici erogati/comunicatori - puntatori oculari** che concorrono a sostenere l'impegno assistenziale delle famiglie)
- **Percorsi di assistenza residenziale** (compresa l'eventuale erogazione di **dispositivi protesici/comunicatori - puntatori oculari**);

Il flusso informativo prevede la formazione e la successiva trasmissione di un record in corrispondenza di ogni presa in carico da parte della Competente Equipe Distrettuale (tabella B), e la rilevazione degli eventuali interventi di erogazione di assegno di cura (tabella C) e/o dispositivi protesici erogati (tabella E) o assistenza residenziale (tabella D) collegati alla presa in carico, quindi anche in presenza di situazioni miste (es: assistenza domiciliare ed erogazione assegno di cura nello stesso periodo).

Per **episodio di assistenza** si intende un periodo di presa in carico che ha un inizio con data di presa in carico, un lasso di tempo in cui vengono erogati interventi o prestazioni di diversa natura (erogazione assegno di cura, erogazione dispositivi protesici, assistenza domiciliare, assistenza residenziale, ecc..), ed una data di chiusura dell'episodio.

Sarà rilevata quindi l'attività erogata a pazienti presi in carico dalla Competente Equipe Distrettuale nei seguenti **stati**:

- gravissime cerebrolesioni acquisite;
- gravissime mielolesioni;
- gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata (escluse le demenze)

Sono escluse le lesioni cerebrali cronico-degenerative (es: morbo di Alzheimer) e le altre disabilità tipiche dell'età anziana, come da DGR 2068/2004.

2. CONTENUTI E CODIFICA DELLE VARIABILI

DATI DELL'ASSISTITO

TABELLA A

CODICE AZIENDA USL (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice dell'Azienda USL di presa in carico (file TCOMNOS).

CODICE DISTRETTO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice del Distretto di presa in carico. (file TCOMNOS)

ANNO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Anno di riferimento. *Formato: aaaa.*

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

Contatore identificativo distrettuale univoco all'interno dell'anno.

Per i casi riaperti il 1 gennaio dopo interruzione formale al 31/12 dell'anno precedente va mantenuto lo stesso numero identificativo dell'anno precedente.

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

COGNOME E NOME

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

CODICE FISCALE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Questa variabile va compilata:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il Codice Fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (legge 412/91) ovvero quello riportato nella tessera sanitaria;

- 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;

- per i cittadini neocomunitari residenti in Bulgaria (ISTAT: 999209) e Romania (ISTAT: 999235). A partire dal 27 aprile 2009, deve essere utilizzato il codice ENI (Europei non iscritti). Questo codice regionale è di 16 caratteri – vedi nota Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2009/96745 del 27.04.2009 – Precisazioni sulla nota del 20/02/2008 relativa all'assistenza sanitaria ai cittadini neocomunitari dimoranti in Italia;

- per assistenza sanitaria agli immigrati destinati al soggiorno temporaneo nel territorio regionale ed in particolare riguardanti le operazioni di accoglienza dei rifugiati provenienti dai paesi del Nord Africa viene utilizzato il codice PSU (Permesso di Soggiorno per motivi Umanitari). Anche questo codice è composto da 16 caratteri, analogamente a quello assegnato all'STP, sostituendo le lettere STP con le lettere PSU – D.G.R. 11 704/2011 n. 487;

- per immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa che hanno richiesto il permesso di soggiorno per asilo deve esser utilizzato il codice regionale AS a 16 caratteri come previsto nella nota regionale P.G./2011/215405 dell'08/09/2011 - Ulteriori indicazioni alle Aziende Sanitarie per l'organizzazione di modalità omogenee e adeguate di assistenza sanitaria agli immigrati appartenenti ai popoli del Nord Africa (richiedenti asilo art.5).

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.

SESSO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare il genere dell'assistito.

Valori ammessi:

1 = Maschio

2 = Femmina

Tabella A

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.

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).

CITTADINANZA (*livello di controllo SCARTANTE*)

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

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

DATI DELL'EPISODIO DI PRESA IN CARICO

TABELLA B

CODICE AZIENDA USL (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice dell'Azienda USL di presa in carico (file TCOMNOS).

CODICE DISTRETTO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice del Distretto di presa in carico. (file TCOMNOS)

ANNO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Anno di riferimento. *Formato: aaaa.*

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

Contatore identificativo distrettuale univoco all'interno dell'anno.

Per i casi riaperti il 1 gennaio dopo interruzione formale al 31/12 dell'anno precedente va mantenuto lo stesso numero identificativo dell'anno precedente.

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

TIPOLOGIA DI DEFICIT (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare il tipo di deficit del paziente

1= Gravissima Cerebrolesione

2= Gravissima Mielolesione

3= Patologia Neurologica

4= [altre patologie dell'età evolutiva \(ai sensi della 2068/2004\)](#)

Per Gravissima Cerebrolesione si intende un danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura (emorragia cerebrale, ipossia/anossia, encefalite, etc...) che ha determinato una condizione di coma più o meno protratto e che ha come conseguenze menomazioni senso-motorie, cognitive o comportamentali che comportano situazioni di totale non autosufficienza, di norma associate a stato vegetativo o di minima coscienza.

Per Gravissima Mielolesione si intende un danno al midollo spinale di origine traumatica o di altra natura che ha determinato una grave tetraplegia, caratterizzata da deficit funzionale completo e permanente dei quattro arti.

Per Gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata (ad esempio Sclerosi Laterale Amiotrofica, Coree, etc..) si intendono gli esiti disabilitanti tipici della fase avanzata o terminale di questi tipi di malattie, con situazioni di totale dipendenza e necessità di assistenza nella cura di sé, nella mobilità, nonché nella supervisione continuativa nell'arco delle 24 ore.

CODICE DIAGNOSI (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indica la patologia responsabile del quadro clinico.

Codifica: Classificazione Internazionale delle malattie (ICD 9 C.M.), - modificazione clinica versione italiana 2002 e successive modificazioni. **Il codice da utilizzare deve essere di cinque cifre in tutti i casi previsti dalla ICD 9 C.M.**

CAUSA DEL DEFICIT (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare la causa che ha determinato il deficit del paziente.

1= incidente stradale

2= incidente sul lavoro

3= altro incidente (casalingo, sportivo, tempo libero, ecc..)

4= esito patologico

LIVELLO DI COGNITIVITA' (*livello di controllo SCARTANTE*)

Individua il disturbo della coscienza che presenta il paziente.

1= Paziente in Coma

2= Paziente in Stato Vegetativo

3= Stato minimamente conscio

4= Mutismo acinetico

Tabella B

5= Paziente pienamente cosciente

Fonte: *VALUTAZIONE RIABILITATIVA DEL PAZIENTE CON GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA (GCA) PROTOCOLLO DI MINIMA*, a cura di S.I.M.F.E.R. - Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa - Sezione per la Riabilitazione del Traumatizzato Cranico e le Gravi Cerebrolesioni Acquisite. Medicina Riabilitativa.

RICHIESTA/PROPOSTA DI ATTIVAZIONE (livello di controllo SCARTANTE)

Individua chi fa o da dove parte la richiesta/proposta di attivazione di un programma assistenziale sul paziente.

Valori consentiti:

- 1 = Ospedale
- 2 = Strutture territoriali residenziali (CRA, strutture per disabili, ecc..)
- 3 = Medico di Medicina Generale
- 4 = Servizi Territoriali di Riabilitazione
- 5 = Servizi Sociali/Socio-sanitari
- 7 = Paziente e/o familiari
- 9 = Altro

DATA INIZIO PRESA IN CARICO (livello di controllo SCARTANTE)

Questo campo corrisponde alla data in cui è stata effettuata la prima valutazione al paziente per l'attivazione del Percorso Assistenziale e la presa in carico. (Deve risultare antecedente o uguale alla data fine assegno, data fine ass.residenziale, data fine dispositivo, presenti in tabella C, tabella D e tabella E).

Per gli episodi di assistenza interrotti formalmente al 31/12 dell'anno precedente, corrisponde al 1° gennaio.

Formato consentito: ggmmaaaa

ADATTAMENTO DOMESTICO (livello di controllo SEGNALAZIONE)

Si chiede di indicare se il paziente ha usufruito dei servizi di consulenza del Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico (CAAD), così come previsto dalla DGR 2248/03.

Valori consentiti:

- 1= si
- 2= no

ASSISTENZA DOMICILIARE (livello di controllo SCARTANTE)

Si richiede di indicare se il paziente usufruisce anche dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

Valori consentiti:

- 1= sì (assistenza domiciliare integrata: prestazioni sanitarie e sociali)
- 2= sì, solo sociale (operatore socio-sanitario, altro operatore)
- 3= sì, solo sanitaria (assistenza infermieristica, assistenza medica, assistenza riabilitativa)
- 4= no

MODALITA' DI CHIUSURA (livello di controllo SCARTANTE)

Si chiede di indicare la motivazione che ha portato alla conclusione dell'episodio di assistenza o l'eventuale continuazione del percorso assistenziale. **Non compilare al primo semestre se l'episodio assistenziale non è chiuso ma prosegue.**

Valori consentiti:

- 1= Decesso
- 2= Chiusura formale al 31/12 (proseguimento cure)
- 7= Cessazione volontaria
- 9= Altro

DATA FINE PRESA IN CARICO (livello di controllo SCARTANTE)

Corrisponde alla data di chiusura dell'episodio assistenziale o al 31/12 dell'anno di riferimento se il programma assistenziale del paziente prosegue nell'anno successivo o alla data di decesso del paziente (se è deceduto durante l'episodio di assistenza).

Deve risultare posteriore o uguale alla data di inizio presa in carico (Tabella B).

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

Formato consentito: ggmmaaaa

Tabella B**TOTALE ORE ASS. SOCIO-SANITARIA** (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si chiede di rilevare il numero totale di ore di assistenza OSS (operatore socio-sanitario) o altri operatori, a parziale carico FRNA, nell'anno. E' ammesso anche 0.

Informazione facoltativa per il primo invio, obbligatoria per il secondo invio (intero anno).

Codifica: Numerico.

TOTALE ORE ASS. EDUCATIVA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si chiede di rilevare il numero totale di ore di assistenza educativa (operatore educatore) o altri operatori, a parziale carico FRNA, nell'anno. E' ammesso anche 0.

Informazione facoltativa per il primo invio, obbligatoria per il secondo invio (intero anno).

Codifica: Numerico.

CONTRIBUTO AGGIUNTIVO ASS.FAM. (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si chiede di rilevare se viene erogato il contributo aggiuntivo per assistente familiare (badante).

Valori consentiti:

1= si

2= no

DATI SULL'EROGAZIONE ASSEGNO DI CURA

TABELLA C

CODICE AZIENDA USL (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice dell'Azienda USL di presa in carico (file TCOMNOS).

CODICE DISTRETTO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice del Distretto di presa in carico. (file TCOMNOS)

ANNO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Anno di riferimento. *Formato: aaaa.*

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

Contatore identificativo distrettuale univoco all'interno dell'anno.

Per i casi riaperti il 1 gennaio dopo interruzione formale al 31/12 dell'anno precedente va mantenuto lo stesso numero identificativo dell'anno precedente.

PROGRESSIVO ASSEGNO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Contatore identificativo dell'assegno, comunque univoco all'interno dell'anno e del distretto di erogazione.

Codifica: Numerico di 1 cifra.

DATA AVVIO ASSEGNO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Corrisponde alla data di inizio dell'erogazione dell'assegno di cura.

Per l'erogazione di assegni interrotta formalmente al 31/12 dell'anno precedente, questa data corrisponde al 1° gennaio.

Formato consentito: ggmmaaaa

REDDITO ISEE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare il reddito del paziente come da certificazione ISEE, calcolato ai sensi della DGR 2068/2004.

Codifica: Numerico intero.

DATA FINE ASSEGNO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Corrisponde alla data di fine dell'erogazione dell'assegno di cura; se fino alla fine dell'anno indicare 31/12 dell'anno di riferimento.

Deve risultare posteriore o uguale alla data di avvio erogazione e alla data di inizio presa in carico (Tabella B).

Non compilare al 1° semestre se l'erogazione dell'assegno di cura prosegue anche nel semestre successivo.

Formato consentito: ggmmaaaa.

IMPORTO ASSEGNO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare il livello dell'assegno di cura e di sostegno giornaliero erogato a favore del paziente. Per l'accesso all'assegno di cura di cui alla D.G.R. 2068/2004 viene confermata la condizione di massima dipendenza assistenziale da accertare attraverso la scala Barthel modificata. Per l'accesso al livello più alto dell'assegno di cura istituito con la D.G.R. 1848/2012 l'UVM distrettuale deve accertare la presenza di almeno una delle condizioni oggettive riportate nell'allegato A della determinazione n° 15894 del 14/12/2012.

Valori consentiti:

1= 23 euro (D.G.R. 2068/2004)

2= 34 euro (D.G.R. 1848/2012)

CONDIZIONE 1 (aspirazioni)

Solo per i pazienti in condizione di bisogno di particolare intensità che necessitano in modo continuativo di assistenza sulle 24 ore (secondo la DGR 1848/2012): necessità di frequenti aspirazioni del cavo orale o tracheobronchiali nell'arco delle intere 24 ore.

Valori consentiti:

1= si

2= no

CONDIZIONE 2 (ventilazione)

Solo per i pazienti in condizione di bisogno di particolare intensità che necessitano in modo continuativo di assistenza sulle 24 ore (secondo la DGR 1848/2012): presenza ventilazione assistita.

Valori consentiti:

1= si

2= no

CONDIZIONE 3 (CVC)

Solo per i pazienti in condizione di bisogno di particolare intensità che necessitano in modo continuativo di assistenza sulle 24 ore (secondo la DGR 1848/2012): presenza CVC con necessità di infusione continua.

Valori consentiti:

1= si

2= no

CONDIZIONE 4 (PAI)

Solo per i pazienti in condizione di bisogno di particolare intensità che necessitano in modo continuativo di assistenza sulle 24 ore (secondo la DGR 1848/2012): attuazione di un piano assistenziale condiviso con la famiglia che preveda il coinvolgimento attivo dei familiari o persone assistenziale messo a disposizione dalla famiglia in un numero di alzate dal letto vs sedia/carrozzina non inferiore a 4 giornaliere.

Valori consentiti:

1= si

2= no

CONDIZIONE 4a (lesioni da decubito)

Solo se CONDIZIONE 4 =1 (si): pregresse lesioni da decubito di grado 3° o 4°, esclusivamente su base documentale.

Valori consentiti:

1= si

2= no

CONDIZIONE 4b (poa)

Solo se CONDIZIONE 4 =1(si): presenza di POA (calcificazione paraosteoarticolare), esclusivamente su base documentale.

Valori consentiti:

1= si

2= no

CONDIZIONE 4c (retrazione)

Solo se CONDIZIONE 4 =1(si): retrazione in flessione degli arti inferiori o superiori, esclusivamente su base documentale.

Valori consentiti:

1= si

2= no

DATI SULL'ASSISTENZA RESIDENZIALE

TABELLA D

CODICE AZIENDA USL (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice dell'Azienda USL di presa in carico (file TCOMNOS).

CODICE DISTRETTO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice del Distretto di presa in carico. (file TCOMNOS)

ANNO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Anno di riferimento. *Formato: aaaa.*

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

Contatore identificativo distrettuale univoco all'interno dell'anno.

Per i casi riaperti il 1 gennaio dopo interruzione formale al 31/12 dell'anno precedente va mantenuto lo stesso numero identificativo dell'anno precedente.

PROGRESSIVO ASS. RESIDENZIALE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Contatore identificativo del periodo in assistenza residenziale, comunque univoco all'interno dell'anno e del distretto di erogazione.

Codifica: Numerico di 1 cifra.

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

Questo campo corrisponde alla data di ammissione in residenza.

Per l'assistenza residenziale interrotta formalmente al 31/12 dell'anno precedente, questa data corrisponde al 1° gennaio.

Formato consentito: gmmaaaa

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Indicare la tipologia di assistenza residenziale programmata.

1= Assistenza Residenziale a lungo termine secondo la DGR 2068/2004

2= Assistenza Residenziale di sollievo temporaneo e/o con finalità educative di addestramento.

CODICE STRUTTURA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si chiede di indicare il codice della struttura regionale che ospita il paziente (codifica: modello del Ministero della Salute STS11 - anagrafica strutture socio-sanitarie o modello del Ministero della Salute HSP11 - anagrafica delle strutture ospedaliere).

Sono ammesse le strutture residenziali per anziani o disabili (S09, S10), i nuclei/posti Grad presso le strutture ospedaliere o case di cura, i nuclei/posti Grad presso le strutture Hospice. Non verrà più accettato il codice S99999 per le strutture extra-regionali, per questi casi occorrerà segnalare lo specifico codice.

Non sono ammesse le strutture semi-residenziali.

http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/grad/tabelle_riferimento.htm

TIPO STRUTTURA (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si chiede di indicare la tipologia della struttura che ospita il paziente.

Valori consentiti:

1= Struttura dedicata

2= Nucleo dedicato c/o CRA

3= Nucleo dedicato c/o Centro socio-riabilitativo Residenziale

4= Inserimento individuale c/o CRA

5= Inserimento individuale c/o Centro socio-riabilitativo Residenziale

6= Nucleo dedicato c/o struttura sanitaria

9= Altro (Ricoveri c/o strutture sanitarie -ad es. struttura ospedaliera o Hospice - in attesa di trasferimento presso strutture residenziali)

Tabella D

TARIFFA GIORNALIERA parte intera (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si richiede di segnalare la tariffa giornaliera corrisposta da parte dell'Azienda USL alla struttura residenziale per il paziente in carico (parte intera). Il totale e' composto da quota FRNA + quota FSR. Per le strutture residenziali a gestione diretta si richiede il costo giornaliero dell'episodio assistenziale.

Si ricorda che la tariffa giornaliera pro-capite è comprensiva di: costi alberghieri, di assistenza tutelare, amministrativi e generali, per attrezzature, materiali di consumo e trasporti sanitari, costi edilizi, costi relativi al personale sanitario (infermieri, fisioterapista), a farmaci e presidi sanitaria e all'attività medica, e devono essere rapportati alle effettive prestazioni e forniture garantite dall'Ente gestore.

TARIFFA GIORNALIERA parte decimale (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si richiede di segnalare la tariffa giornaliera corrisposta da parte dell'Azienda USL alla struttura residenziale per il paziente in carico (parte decimale). Il totale e' composto da quota FRNA + quota FSR. Per le strutture residenziali a gestione diretta si richiede il costo giornaliero dell'episodio assistenziale.

RETTA GIORNALIERA parte intera (*livello di controllo SCARTANTE*)

Segnalare la tariffa giornaliera versata dal paziente come quota di compartecipazione al costo del servizio a qualunque titolo (servizi alberghieri, ecc...), parte intera.

RETTA GIORNALIERA parte decimale (*livello di controllo SCARTANTE*)

Segnalare la tariffa giornaliera versata dal paziente come quota di compartecipazione al costo del servizio a qualunque titolo (servizi alberghieri, ecc...), parte decimale.

ONERI SANITARI AGGIUNTIVI parte intera (*livello di controllo SCARTANTE*)

Segnalare gli oneri aggiuntivi giornalieri per prestazioni sanitarie o eventuale quota aggiuntiva alla tariffa, assicurata dall'azienda, parte intera.

ONERI SANITARI AGGIUNTIVI parte decimale (*livello di controllo SCARTANTE*)

Segnalare gli oneri aggiuntivi giornalieri per prestazioni sanitarie o eventuale quota aggiuntiva alla tariffa, assicurata dall'azienda, parte decimale.

DATA FINE ASS. RESIDENZIALE (*livello di controllo SCARTANTE*)

Corrisponde alla:

- data di dimissione dalla residenza
- data di trasferimento in altra struttura ospedaliera o residenziale
- 31/12 dell'anno di riferimento se l'assistenza residenziale del paziente prosegue nell'anno successivo
- data di decesso del paziente

Deve risultare posteriore o uguale alla data di inserimento in struttura e alla data di inizio presa in carico (Tabella B).

Non compilare al 1° semestre se l'erogazione dell'assistenza residenziale non è interrotto ma prosegue nel semestre successivo.

Formato consentito: gmmaaaa

CODICE REGIONE di ubicazione della struttura (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice della Regione di ubicazione della struttura, per tutte le persone in carico ed ospitate presso le strutture regionali ed extra-regionali (file TCOMNOS). Per la Regione Emilia-Romagna il codice e' 080.

CODICE AZIENDA di ubicazione della struttura (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice dell'Azienda usl di ubicazione della struttura, per tutte le persone in carico ed ospitate presso le strutture regionali ed extra-regionali (file TCOMNOS).

DATI SULL'EROGAZIONE DISPOSITIVI PROTESICI

TABELLA E

CODICE AZIENDA USL (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice dell'Azienda USL di presa in carico (file TCOMNOS).

CODICE DISTRETTO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Codice del Distretto di presa in carico. (file TCOMNOS)

ANNO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Anno di riferimento. *Formato: aaaa.*

PROGRESSIVO DISPOSITIVO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Contatore identificativo del dispositivo protesico, comunque univoco all'interno dell'anno e del distretto di erogazione.

Codifica: Numerico di 1 cifra.

DATA INIZIO EROGAZIONE DISPOSITIVO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Data di inizio erogazione del dispositivo protesico.

Per l'erogazione di dispositivi interrotta formalmente al 31/12 dell'anno precedente, questa data corrisponde al 1° gennaio.

Formato consentito: ggmmaaaa

TIPOLOGIA DI DISPOSITIVO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Si chiede di indicare la tipologia del dispositivo protesico.

1= Dispositivo su misura

2= Dispositivo di serie

3= Dispositivo riconducibile per omogeneità funzionale ad un prodotto previsto

CODICE DISPOSITIVO

Si chiede di indicare il dispositivo protesico consegnato.

Codifica: Codice Classificazione ISO dal Nomenclatore Tariffario delle Protesi (D.M. 332/99- *Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe.*) e successive modifiche (D.M. 321/2001- *“Modifica del regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale”*).

E' obbligatoria la sola trasmissione dei comunicatori/puntatori oculari secondo la codifica individuata a livello regionale, come segue:

COMUNIC1 = sistemi di accesso al PC o ausili per la comunicazione basati sull'utilizzo di capacità motorie residue minime (sensori particolari, software a scansione, sistemi di puntamento);

COMUNIC2 = sistemi basati sul puntamento con lo sguardo: low-tech (tabelle trasparenti, Etran) e hi-tech (accesso al PC per emulazione di mouse con l'utilizzo di software dedicati o generali);

COMUNIC3 = utilities e programmi software per la comunicazione su PC (creazione di griglie-tabelle, scrittura, sintesi vocale, ...)

COMUNIC4 = Comunicatori alfabetici con o senza uscita in voce

COMUNIC5 = comunicatori simbolici a scansione con uscita in voce

COMUNIC6 = sistemi di richiamo: sistemi di trasmissione di un segnale a distanza per segnalazione

COMUNIC7 = sistemi di comunicazione telefonica da utilizzare con accesso a scansione/puntamento e sintesi vocale.

COMUNIC8 = accessori ergonomici (stativi, tavolini regolabili, bracci di sostegno, ...)

COMUNIC9= PC (se necessario), normalmente notebook o tablet PC, insieme alle periferiche necessarie.

MODALITA' DI CESSIONE DEL DISPOSITIVO

1= Dispositivo acquistato direttamente dall'Azienda Usl e dato in comodato d'uso.

2= Dispositivo acquistato dall'Azienda Usl e ceduto in proprietà all'assistito.

Tabella E

DATA FINE DISPOSITIVO (*livello di controllo SCARTANTE*)

Corrisponde alla data di fine erogazione del dispositivo protesico o al 31/12 dell'anno di riferimento se l'erogazione del dispositivo prosegue nell'anno successivo o alla data di decesso del paziente. Deve risultare posteriore o uguale alla data di inizio erogazione dispositivo e alla data di inizio presa in carico (Tabella B).

Non compilare al 1° semestre se l'erogazione dei dispositivi non è interrotto ma prosegue nel semestre successivo.

Formato consentito: ggmmaaaa

TARIFFA parte intera (*livello di controllo SEGNALAZIONE*)

Si richiede di segnalare la tariffa in euro corrispondente al dispositivo protesico erogato – parte intera

TARIFFA parte decimale (*livello di controllo SEGNALAZIONE*)

Si richiede di segnalare la tariffa in euro corrispondente al dispositivo protesico erogato – parte decimale

TARIFFA GIORNALIERA di compartecipazione - parte intera (*livello di controllo SEGNALAZIONE*)

Segnalare la tariffa giornaliera versata dal paziente come quota di compartecipazione al costo del dispositivo/ausili a qualunque titolo – parte intera.

TARIFFA GIORNALIERA di compartecipazione - parte decimale (*livello di controllo SEGNALAZIONE*)

Segnalare la tariffa giornaliera versata dal paziente come quota di compartecipazione al costo del dispositivo/ausili a qualunque titolo – parte decimale.

Tutte le tabelle utili al Flusso sono disponibili nel sito internet del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali:

www.saluter.it/siseps

o

www.saluter.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/grad

(pagina web dedicata al Flusso informativo GRavissime Disabilità acquisite).

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.

- **Controlli logico-formali**

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

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

N Controllo sulla tipologia del campo: deve essere numerico.

- **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 episodio.

TRACCIATO TABELLA A

POS .	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	GRADO DI OBBLIGATORIE TA'	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Codice Azienda USL	Codice dell'Azienda USL (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS).	OBB V	^b	SCARTANTE
4	AN 3	Codice Distretto	Codice del Distretto di presa in carico (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS).	OBB V	^b	SCARTANTE
7	N 4	Anno	Anno (aaaa)	OBB V	^b	SCARTANTE
11	AN 4	Identificativo dell'episodio di assistenza	Contatore identificativo distrettuale univoco all'interno dell'anno	OBB V	^b	SCARTANTE
15	AN 30	Cognome	Scrivere in maiuscolo	OBB V	^b	SCARTANTE
45	AN 20	Nome	Scrivere in maiuscolo	OBB V	^b	SCARTANTE
65	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 (vedi pag. 3)	OBB V	^b valido e compatibile e con dati anagrafici	SCARTANTE
81	AN 8	Data di nascita	Formato: ggmmaaaa	OBB V	^b, ggmmaaaa, valida, < data di inizio presa in carico	SCARTANTE
89	AN 1	Sesso	Valori consentiti: 1 = Maschio 2 = Femmina	OBB V	^b	SCARTANTE
90	AN 6	Comune di nascita	Per i nati in Italia, codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (i codici devono essere quelli correntemente in uso: 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.	OBB		SCARTANTE
96	AN 6	Comune di residenza	Per i residenti in Italia, codice ISTAT a 6 cifre: 3 per la provincia e 3 per il comune (file TCOMNOS) 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	^b	SCARTANTE

102	AN 3	Cittadinanza	codice ISTAT a 3 cifre, per gli apolidi 999 (file TCOMNOS).	OBB V	^b	SCARTANTE
-----	------	--------------	---	-------	----	-----------

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

N Controllo sulla tipologia del campo: deve essere numerico.

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

TRACCIATO TABELLA B

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 (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS).	OBB V	^b	SCARTANTE
4	AN 3	Codice Distretto	Codice del Distretto di presa in carico (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS).	OBB V	^b	SCARTANTE
7	N 4	Anno	Anno (aaaa)	OBB V	^b	SCARTANTE
11	AN 4	Identificativo dell'episodio di assistenza	Contatore identificativo distrettuale univoco all'interno dell'anno	OBB V	^b	SCARTANTE
15	AN 1	Tipologia di deficit	1= gravissima cerebrolesione 2= gravissima mielolesione 3= patologia neurologica 4= altre patologie dell'età evolutiva	OBB V	^b	SCARTANTE
16	AN 5	Codice Diagnosi	Codice Diagnosi secondo la Classificazione Internazionale delle malattie – versione italiana 2002 (ICD-IX-CM vers. 2002 e succ. modifiche)	OBB V	^b	SCARTANTE
21	AN 1	Causa del Deficit	Causa che ha determinato il Deficit: 1= incidente stradale 2= incidente sul lavoro 3= altro incidente 4= esito patologico	OBB V	^b	SCARTANTE
22	AN 1	Livello di cognitiv�	Individua il disturbo della coscienza che presenta il paziente 1= paziente in Coma 2= paziente in Stato Vegetativo 3= stato minimamente cosciente 4= mutismo acinetico 5= Paziente pienamente cosciente	OBB V	^b	SCARTANTE
23	AN 1	Richiesta/proposta di attivazione	Individua chi ha richiesto l'attivazione del programma assistenziale. 1= Ospedale 2= Strutture territoriali residenziali 3= MMG 4= Servizi Territoriali di Riabilitazione 5= Servizi Sociali/socio-sanitari 7= Paziente e/o familiari 9= Altro	OBB V	^b	SCARTANTE
24	AN 8	Data Inizio presa in carico	Data della prima valutazione del paziente per l'attivazione del Piano Assistenziale. Formato: ggmmaaaa	OBB V	^b, ggmmaaaa,	SCARTANTE
32	AN 1	Adattamento Domestico	Indicare se il paziente ha usufruito dei servizi di consulenza del Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico (CAAD) <i>Valori consentiti:</i> 1= si 2= no	FAC		SEGNALAZIONE

33	AN 1	Assistenza domiciliare	1= si, Assistenza Domiciliare integrata 2= si, solo sociale 3= si, solo sanitaria 4= no	OBB V	^b	SCARTANTE
34	AN 1	Modalità di chiusura	Identificare la motivazione che ha portato alla conclusione dell'episodio di assistenza. 1= Decesso 2= Chiusura formale al 31/12 7= Cessazione volontaria 9= Altro	Per il 1° invio OBB;		SCARTANTE
				Per il 2° invio OBB V	^b	SCARTANTE
35	AN 8	Data Fine presa in carico	Identificare la data di chiusura dell'episodio assistenziale. ; se fino alla fine dell'anno indicare 3112aaaa Formato: ggmmaaaa	Per il 1° invio OBB;		SCARTANTE
				Per il 2° invio OBB V	^b	SCARTANTE
43	N 4	Totale ore ass. socio-sanitaria	Rilevare il numero totale di ore di assistenza OSS (operatore socio-sanitario) o altro operatore, a parziale carico FRNA, nell'anno.	OBB		SCARTANTE
47	N 4	Totale ore ass. educativa	Rilevare il numero totale di ore di assistenza educativa (operatore educatore) o altro operatore, a parziale carico FRNA, nell'anno.	OBB		SCARTANTE
51	AN 1	Contributo aggiunto assistente familiare	Rilevare se viene erogato il contributo aggiuntivo per assistente familiare (badante). <i>Valori consentiti:</i> 1= si 2= no	OBB		SCARTANTE
52	AN 21	Filler	Campo disponibile per eventuali usi futuri			

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

N Controllo sulla tipologia del campo: deve essere numerico.

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

TRACCIATO TABELLA C

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	GRADO DI OBBLIGATORIE TA'	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Codice Azienda USL	Codice dell'Azienda USL (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS).	OBB V	^b	SCARTANTE
4	AN 3	Codice Distretto	Codice del Distretto di presa in carico (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS).	OBB V	^b	SCARTANTE
7	N 4	Anno	Anno (aaaa)	OBB V	^b	SCARTANTE
11	AN 4	Identificativo dell'episodio di assistenza	Contatore identificativo distrettuale univoco all'interno dell'anno	OBB V	^b	SCARTANTE
15	N 1	Progressivo Assegno	Contatore identificativo dell'assegno di cura, comunque univoco all'interno dell'anno e del distretto di erogazione	OBB V	^b	SCARTANTE
16	AN 8	Data avvio Assegno	Data inizio erogazione assegno di cura. Formato: ggmmaaaa	OBB V	^b, ggmmaaaa, valida, antecedent e o uguale alla data fine	SCARTANTE
24	N 7	Reddito ISEE	Indicare il reddito come da certificazione ISEE, calcolato ai sensi della DGR 2068/2004 (parte intera)	OBB V	^b, N > 0	SCARTANTE
31	AN 8	Data fine Assegno	Data di fine erogazione Assegno di Cura; se fino alla fine dell'anno indicare 3112aaaa Formato: ggmmaaaa	Per il 1° invio OBB;		SCARTANTE
				Per il 2° invio OBB V	^b	SCARTANTE
39	AN 1	Importo assegno	Indicare l'importo giornaliero dell'assegno erogato. 1= 23 euro 2= 34 euro.	OBB V	^b	SCARTANTE
40	AN 1	CONDIZIONE 1 (aspirazioni)	<i>Solo se importo assegno =34 euro (secondo la DGR 1848/2012)</i> <i>Valori consentiti:</i> 1= si 2= no	OBB		SCARTANTE
41	AN 1	CONDIZIONE 2 (ventilazione)	<i>Solo se importo assegno =34 euro (secondo la DGR 1848/2012)</i> <i>Valori consentiti:</i> 1= si 2= no	OBB		SCARTANTE

42	AN 1	CONDIZIONE 3 (CVC)	<i>Solo se importo assegno =34 euro (secondo la DGR 1848/2012) Valori consentiti: 1= si 2= no</i>	OBB		SCARTANTE
43	AN 1	CONDIZIONE 4 (PAI)	<i>Solo se importo assegno =34 euro (secondo la DGR 1848/2012). Valori consentiti: 1= si 2= no</i>	OBB		SCARTANTE
44	AN 1	CONDIZIONE 4a (lesioni da decubito)	<i>Solo CONDIZIONE 4 = si: Valori consentiti: 1= si 2= no</i>	OBB		SCARTANTE
45	AN 1	CONDIZIONE 4b (POA)	<i>Solo CONDIZIONE 4 = si: Valori consentiti: 1= si 2= no</i>	OBB		SCARTANTE
46	AN 1	CONDIZIONE 4c (retrazione)	<i>Solo CONDIZIONE 4 = si: Valori consentiti: 1= si 2= no</i>	OBB		SCARTANTE
47	AN 2	Filler	<i>Campo disponibile per eventuali usi futuri</i>			

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

N Controllo sulla tipologia del campo: deve essere numerico.

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

TRACCIATO TABELLA D

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	GRADO DI OBBLIGATORIE TA'	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Codice Azienda USL	Codice dell'Azienda USL (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS).	OBB V	^b	SCARTANTE
4	AN 3	Codice Distretto	Codice del Distretto di presa in carico (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS).	OBB V	^b	SCARTANTE
7	N 4	Anno	Anno (aaaa)	OBB V	^b	SCARTANTE
11	AN 4	Identificativo dell'episodio di assistenza	Contatore identificativo distrettuale univoco all'interno dell'anno	OBB V	^b	SCARTANTE
15	N 1	Progressivo Ass. Residenziale	Contatore identificativo del periodo d'assistenza residenziale, comunque univoco all'interno dell'anno e del distretto	OBB V	^b	SCARTANTE
16	AN 8	Data inserimento in struttura	Data di ammissione in Struttura Formato: ggmmaaaa	OBB V	^b, ggmmaaaa, antecedent e o uguale alla data fine	SCARTANTE
24	AN 1	Tipologia di assistenza	1= Assistenza Residenziale a lungo termine secondo la DGR 2068/2004 2= Assistenza Residenziale di sollievo temporaneo e/o con finalità educative di addestramento	OBB V	^b	SCARTANTE
25	AN 8	Codice struttura	Codice della struttura: codifica modello ministeriale STS11 o HSP11 o codici di struttura extra-regionali.	OBB V	^b	SCARTANTE
33	AN 1	Tipo struttura	Indicare la tipologia di struttura che ospita il paziente: Valori consentiti: 1= Struttura dedicata 2= Nucleo dedicato c/o CRA 3= Nucleo dedicato c/o Centro socio-riabilitativo Residenziale 4= Inserimento individuale c/o CRA 5= Inserimento individuale c/o Centro socio-riabilitativo Residenziale 6= Nucleo dedicato c/o struttura sanitaria 9= Altro (Ricoveri c/o strutture sanitarie -ad es. struttura ospedaliera o Hospice - in attesa di trasferimento presso strutture residenziali)	OBB V	^b	SCARTANTE
34	N 5	Tariffa giornaliera (parte intera)	Tariffa giornaliera corrisposta da parte dell'Azienda Usl alla struttura residenziale per il paziente in carico – parte intera	OBB V	^b N> 0	SCARTANTE
39	N 2	Tariffa giornaliera (parte decimale)	Tariffa giornaliera corrisposta da parte dell'Azienda Usl alla struttura residenziale per il paziente in carico – parte decimale	OBB V	^b N> 0	SCARTANTE

41	N 5	Tariffa giornaliera di compartecipazione (parte intera)	Tariffa giornaliera versata nel corso dell'anno del paziente come quota di partecipazione al costo del servizio, a qualunque titolo – parte intera	OBB V	^{^b} N>=0	SCARTANTE
46	N 2	Tariffa giornaliera di compartecipazione (parte decimale)	Tariffa giornaliera versata nel corso dell'anno del paziente come quota di partecipazione al costo del servizio, a qualunque titolo – parte decimale	OBB V	^{^b} N>=0	SCARTANTE
48	N 5	Oneri sanitari aggiuntivi (parte intera)	Segnalare gli oneri aggiuntivi giornalieri per prestazioni sanitarie o eventuale quota aggiuntiva alla tariffa, assicurata dall'azienda, parte intera.	OBB V	^{^b} N>=0	SCARTANTE
53	N 2	Oneri sanitari aggiuntivi (parte decimale)	Segnalare gli oneri aggiuntivi giornalieri per prestazioni sanitarie o eventuale quota aggiuntiva alla tariffa, assicurata dall'azienda, parte decimale.	OBB V	^{^b} N>=0	SCARTANTE
55	AN 8	Data fine Ass. residenziale	Data di dimissione dalla residenza o data di trasferimento in altra struttura residenziale /ospedaliera o data di decesso; se fino alla fine dell'anno indicare 3112aaaa Formato: ggmmaaaa	Per il 1° invio OBB;		SCARTANTE
				Per il 2° invio OBB V	^{^b}	SCARTANTE
63	AN 3	Codice Regione struttura	Codice della Regione di ubicazione della struttura, per tutte le persone in carico (file TCOMNOS).	OBB		SCARTANTE
66	AN 3	Codice Azienda struttura	Codice della Azienda di ubicazione della struttura, per tutte le persone in carico (file TCOMNOS).	OBB		SCARTANTE
69	AN 24	Filler	Campo disponibile per eventuali usi futuri			

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

N Controllo sulla tipologia del campo: deve essere numerico.

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

TRACCIATO TABELLA E

POS.	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO	NOTE PER LA COMPILAZIONE	GRADO DI OBBLIGATORIE TA'	CONTROLLI LOGICO-FORMALI	LIVELLO DI CONTROLLO
1	AN 3	Codice Azienda USL	Codice dell'Azienda USL (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS).	OBB V	^b	SCARTANTE
4	AN 3	Codice Distretto	Codice del Distretto di presa in carico (i codici devono essere quelli correntemente in uso: file TCOMNOS).	OBB V	^b	SCARTANTE
7	N 4	Anno	Anno (aaaa)	OBB V	^b	SCARTANTE
11	AN 4	Identificativo dell'episodio di assistenza	Contatore identificativo distrettuale univoco all'interno dell'anno	OBB V	^b	SCARTANTE
15	N 1	Progressivo Dispositivo	Contatore identificativo del dispositivo comunque univoco all'interno dell'anno e del distretto	OBB V	^b	SCARTANTE
16	AN 8	Data inizio erogazione dispositivo	Data inizio erogazione del dispositivo. Formato: ggmmaaaa	OBB V	^b, ggmmaaaa, antecedente o uguale alla data fine	SCARTANTE
24	AN 1	Tipologia di dispositivo	1= dispositivo su misura 2= dispositivo di serie 3= dispositivo riconducibile per omogeneità funzionale ad un prodotto previsto	OBB V	^b	SCARTANTE
25	AN 12	Codice dispositivo	Indicare il comunicatore/puntatore oculare/dispositivo consegnato. Codifica regionale interna o Codice dm 332/99 (vedi pag. 11)	OBB		SCARTANTE
37	AN1	Modalità di cessione	1= acquistato direttamente dall'Azienda usl e dato in comodato d'uso. 2 = acquistato dall'Azienda usl e ceduto in proprietà all'assistito	FAC		SEGNALAZIONE
38	AN 8	Data fine dispositivo	Data di fine erogazione del dispositivo; se fino alla fine dell'anno indicare 3112aaaa Formato: ggmmaaaa	Per il 1° invio OBB;		SCARTANTE
				Per il 2° invio OBB V	^b	SCARTANTE
46	N 5	Tariffa (parte intera)	Tariffa euro corrispondente al dispositivo erogato – parte intera	FAC	N	SEGNALAZIONE
51	N 2	Tariffa (parte decimale)	Tariffa euro corrispondente al dispositivo erogato – parte decimale	FAC	N	SEGNALAZIONE
53	N 5	Tariffa giornaliera di compartecipazione (parte intera)	Tariffa giornaliera versata nel corso dell'anno del paziente come quota di partecipazione al costo del servizio – parte intera	FAC	N	SEGNALAZIONE

58	N 2	Tariffa giornaliera di compartecipazione (parte decimale)	Tariffa giornaliera versata nel corso dell'anno del paziente come quota di partecipazione al costo del servizio – parte decimale	FAC	N	SEGNALAZIONE
60	AN 30	Filler	Campo disponibile per eventuali usi futuri			

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

N Controllo sulla tipologia del campo: deve essere numerico.

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

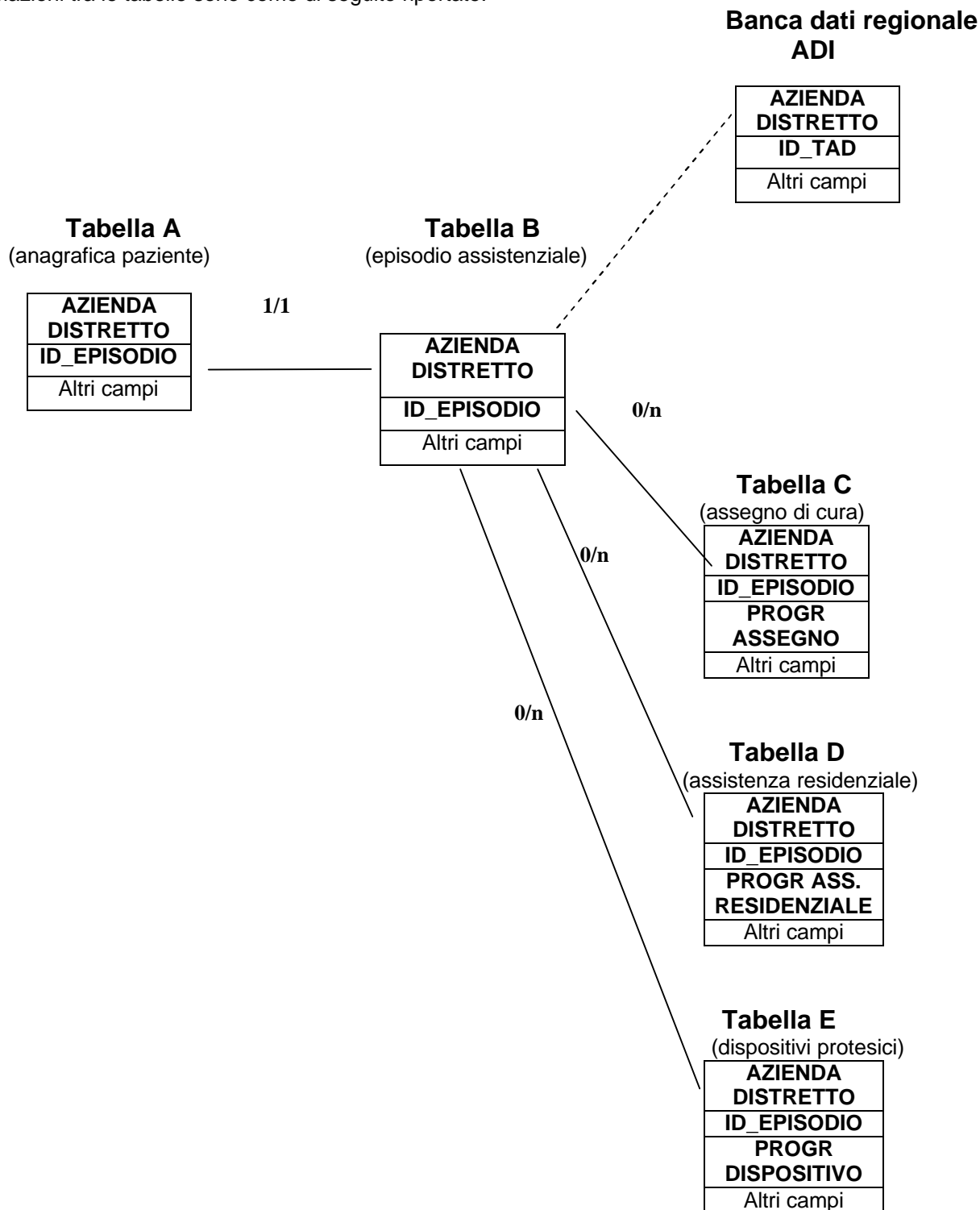
4. MODALITA' PER L'INVIO DEI DATI E RELAZIONI TRA LE TABELLE:

La trasmissione dei dati è **semestrale**; il primo invio riguarda l'attività del primo semestre e tutta l'attività aperta al 30/06, mentre il secondo invio riguarda attività di tutto l'anno. Nel secondo invio occorre perciò re-inviare (eventualmente modificati) anche tutti i record dei file già trasmessi nel primo invio.

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.

Le relazioni tra le tabelle sono come di seguito riportate:



Ogni Azienda UsI dovrà perciò inviare:

1. un file contenente i **dati anagrafici** (Tabella A) (un record per ogni paziente preso in carico)
2. un file contenente i **dati dell'episodio assistenziale** (Tabella B) (un record per ogni episodio assistenziale)
3. nessuno, uno o più file sui periodi di erogazione **dell'assegno di cura** (Tabella C) (un record per ogni periodo di erogazione dell'assegno)
4. nessuno, uno o più file sui periodi in cui si è svolta **l'assistenza in struttura residenziale** (tabella D) (un record per ogni periodo di assistenza residenziale effettuato)
5. nessuno, uno o più file **sull'erogazione dei dispositivi protesici** (tabella E) (un record per ogni dispositivo).

I file dovranno avere un nome che consenta di identificare: la provenienza dei dati (codice Azienda), il periodo di riferimento e la tipologia di dati inviati (ovvero se si tratta della parte anagrafica o di altre parti). Il nome di ogni file dovrà essere del tipo: **Gxxx0naaw.txt** sulla base della legenda qui sotto riportata:

- xxx corrisponde al codice dell'Azienda USL
- On corrisponde al semestre al quale si riferiscono i dati (01 – primo semestre, 02 – tutto l'anno)
- aa corrisponde all'anno al quale si riferiscono i dati (indicare sole le ultime 2 cifre)
- w corrisponde ad A se si tratta della parte contenente i dati anagrafici, a B se si tratta dell'episodio assistenziale, C se si tratta dei dati sull'assegno di cura, D se si tratta di assistenza residenziale, E se si tratta dei dati sull'erogazione dei dispositivi protesici

Ad esempio: G1010107**A**.txt – Tracciato record anagrafico
G1010107**B**.txt – Tracciato record relativo all'episodio
G1010107**D**.txt – Tracciato record relativo all'erogazione assistenza residenziale.

Si sottolinea che lo scarto di un record di tabella A, B, C, D, o E prevede il re-invio di tutto l'episodio assistenziale.

5. TRASMISSIONE DEL FILE e SCADENZE:

Le Aziende USL dovranno trasmettere i file tramite un applicativo nel portale web del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali (www.saluter.it/siseps). Per fare questo occorre essere in possesso di un'utenza EXTRARER abilitata alla gestione del flusso e attribuita dalla Regione Emilia-Romagna (2 utenze per ogni Azienda usl). L'utenza potrà monitorare o valutare direttamente la qualità delle informazioni inviate attraverso l'uso di opportune procedure di simulazione di caricamento che produrranno un ritorno informativo.

Ogni azienda può richiedere la creazione di 2 utenze per la gestione del flusso informativo. In attuazione del documento programmatico per la sicurezza della Regione (Prot. n. (DOR/07/60125, Atto Dirigente n. 2653 del 06/03/2007) l'utenza deve essere nominativa, cioè ad essa deve essere collegata una specifica persona, con la propria e-mail individuale e non può in nessun caso corrispondere ad una funzione.

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

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

La simulazione consente di sottoporre i file al sistema dei controlli formali regionali prima dell'invio definitivo.

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

- attività del primo semestre **entro il 31/08**
- attività di tutto l'anno **entro il 28/02**

Riassumendo la trasmissione sarà regolamentata dalle seguenti scadenze:

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

6. RITORNO INFORMATIVO

Per garantire elevati standard di qualità del flusso informativo, le procedure informatiche adottate dalla Regione per il controllo e la 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 semestrale, vengono messi a disposizione delle Aziende tre tipi di file:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POSIZIONE	FORMATO E LUNGHEZZA	NOME CAMPO
1	AN 3	Codice Azienda USL
4	AN 3	Codice Distretto
7	AN 4	Anno
11	AN 4	Identificativo dell'episodio di assistenza
15	AN 1	Progressivo Assegno
16	AN 1	Progressivo Ass. residenziale
17	AN 1	Progressivo Dispositivo
18	AN 1	Tabella (A, B, C, D, E)
19	AN 3	Codice Campo (posizione del campo nel quale è stato
22	AN 3	Codice errore (corrispondente al tipo di errore rilevato)
25	AN 70	Descrizione errore
95	AN 15	Filler

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

http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/grad/tabelle_riferimento.htm

La banca dati regionale GRAD (SAS) è a disposizione delle aziende in forma anonima, tramite l'utilizzo di password.

REFERENTI REGIONALI:

Valentina Savioli
Tel. 051 5277425
Fax - 051 5277084

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
40125 Bologna

Luigi Mazza
Tel. 051 5277473
Fax - 051 5277080

lmazza@regione.emilia-romagna.it

Servizio Integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza.

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna
V.le Aldo Moro, 21
40125 Bologna

Raffaele Fabrizio



Eleonora Verdini

