

SPECIFICHE FUNZIONALI

Flusso GRAD (GRAVISSIME DISABILITÀ ACQUISITE)

Versione 1.0

SOMMARIO

SOMMARIO	2
1. REVISIONI	3
2. INTRODUZIONE	4
3. AMBITO DI RILEVAZIONE DEL FLUSSO	4
4. DESCRIZIONE BREVE DEL FLUSSO.....	5
5. DEFINIZIONI E FORMATI.....	5
5.1. Formato dei file	5
5.2. Definizione e standard dei campi	5
5.3. Informazioni e controlli sul formato, il dominio e la congruenza dei dati stessi	5
5.4. Legenda	6
6. DESCRIZIONE DEI TRACCIATI	7
6.1. Schema relazionale dei tracciati	7
7. TRACCIATI.....	8
7.1. FILE 1 – Informazioni anagrafiche.....	8
7.1.1. FILE 1 – Diagramma XSD	9
7.1.2. FILE 1 – Definizione campi	10
7.1.3. FILE 1 - Esempio XML	14
7.1.4. FILE 1 – Schema XSD	14
7.2. FILE 2 – Informazioni relative ai dati sanitari.....	15
7.2.1. FILE 2 – Diagramma XSD	17
7.2.2. FILE 2 – Definizione campi	19
7.2.3. FILE 2 – Esempio XM L	32
7.2.4. FILE 2 – Schema XSD	32
8. CONTROLLI SPECIFICI	32
8.1. Controlli generalizzati sul codice identificativo dell'assistito	32
8.2. Controlli sulla residenza.....	32
9. TABELLE	33
9.1. Tabella codici dei messaggi di errori e segnalazioni	33
10. MODALITÀ E TEMPI DI TRASMISSIONE	33
10.1. Modalità di invio.....	33
10.2. Scadenze.....	34
11. RITORNO INFORMATIVO	34
11.1. Diagnistica fornita in validazione flusso (simulazioni)	34
11.2. Debito informativo da fornire dopo il caricamento.....	35
12. REFERENTI REGIONALI.....	36

1. REVISIONI

Versione	Data Creazione/Ultimo aggiornamento	Redatto da	Approvato da	Modifiche	Note
N.D.	12/2007	Regione Emilia-Romagna	Valentina Savioli		Avvio flusso (allegato tecnico circolare 13/2007)
N.D.	12/2012	Regione Emilia-Romagna	Valentina Savioli		Disciplinare tecnico allegato alla circolare 23/2012
N.D.	03/2025	Regione Emilia-Romagna	Brugnara Paolo	Modifiche lunghezza campo progressivo assistenza residenziale Modifica controllo su campo reddito ISEE (ammesso anche il valore 0)	Aggiornamento disciplinare tecnico
1.0	02/12/2025	Regione Emilia-Romagna Almaviva	Brugnara Paolo	Passaggio a nuovo formato di invio file (.xml)	Prima versione con nuovo formato

2. INTRODUZIONE

La Giunta Regionale, con 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”, ha avviato un processo di sviluppo e qualificazione dei servizi sanitari e sociali territoriali con l’obiettivo di garantire la continuità del percorso assistenziale ed offrire nuove opportunità domiciliari e residenziali alle persone e alle famiglie che si trovano ad affrontare una situazione di gravissima disabilità acquisita. Le scelte strategiche contenute nell’atto deliberativo rimandano ad un modello culturale ed operativo che persegue in primo luogo la permanenza della persona presso il proprio domicilio, e contemporaneamente, il miglioramento del percorso assistenziale e dell’integrazione socio-sanitaria.

Le principali indicazioni contenute nella Deliberazione riguardano, in particolare, la realizzazione di progetti personalizzati per il ritorno o il mantenimento al domicilio, la continuità del progetto riabilitativo, l’attivazione di specifiche modalità di coordinamento e integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, l’utilizzo di un livello contributivo pari a 23 euro dell’assegno di cura e di sostegno a completamento della DGR 1122/02 e l’individuazione di idonee soluzioni residenziali per le persone che non possono tornare al domicilio. Per garantire omogenea applicazione della Deliberazione 2068/04 la Regione ha fornito indicazioni operative successive (Circolare n. 21 del 9/12/2004 ASS/SAS/04/43064 e Lettera del 26/5/2005 Protocollo N°. ASS/DIR/05/ 20395) che hanno completato ed integrato quanto previsto nella deliberazione.

Facendo seguito alla Circolare n°13/2007 di attivazione del flusso informativo GRAD e alla circolare n°23/2012, di modifica al flusso di dati, che lo ha reso ancor più rappresentativo degli assetti organizzativi territoriali e ha introdotto inoltre miglioramenti alla rilevazione sulla base del confronto con i referenti della rete GRAD nelle aziende, con il presente documento, di concerto con le aziende sanitarie, si adegua dal punto di vista tecnologico la modalità di invio del flusso.

La principale novità riguarda:

- la modalità di invio dei file, in formato .xml (**verrà mantenuta, per il solo 2026, la possibilità di inviare in formato .txt secondo le specifiche tecniche precedente, pubblicate sul portale SIEPS a marzo 2025**).

Il flusso raccoglie informazioni comparabili con le altre rilevazioni sanitarie (ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, ADI, ecc) che si basano sulle rilevazioni delle caratteristiche del paziente, delle prestazioni erogate e dell’erogatore, per una gestione dei processi più equa ed omogenea da parte del Governo Regionale.

Il presente allegato tecnico contiene i necessari adeguamenti della rilevazione regionale GRAD (Gravissime Disabilità acquisite) ed è valido a partire dal **1° gennaio 2026** e costituisce l’analisi dei flussi informativi e dei singoli campi del tracciato, le regole funzionali ed i controlli per la corretta acquisizione, verifica e validazione dei dati trasmessi.

3. AMBITO DI RILEVAZIONE DEL FLUSSO

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.

4. DESCRIZIONE BREVE DEL FLUSSO

La rilevazione si caratterizza con **periodicità semestrale** ed è costituita da 5 sezioni:

- Dati anagrafici dell'assistito
- Dati riguardanti l'episodio assistenziale
- Dati riguardanti il dettaglio dell'erogazione assegno di cura
- Dati riguardanti il dettaglio sull'assistenza residenziale fornita
- Dati riguardanti il dettaglio sull'utilizzo di dispositivi protesici consegnati

5. DEFINIZIONI E FORMATI

5.1. *Formato dei file*

L'invio dei dati è previsto in più file con tracciati in formato XML per ognuno dei quali è viene fornito il corrispondente schema di convalida XSD per la validazione.

I file devono avere estensione .XML oppure .ZIP (un file ZIP deve contenere un solo file che deve avere estensione .XML).

Per le definizioni e i controlli che riguardano i singoli tracciati occorre fare riferimento ai capitoli che seguono.

5.2. *Definizione e standard dei campi*

Nei paragrafi che seguono sono elencati i campi dei diversi tracciati previsti dal flusso GRAD con le seguenti informazioni:

- Progressivo campo e gerarchia
- Nome del campo e descrizione
- Tipologie e lunghezza

Le tipologie di campo previste sono le seguenti:

AN = Campo Alfanumerico (gli zeri a sinistra sono significativi)

N = Campo Numerico

DT = Campo Data

I campi DATA devono avere il seguente formato: AAAA-MM-GG (ad es. 2015-02-26 corrisponde a 26 febbraio 2015), cioè:

- ◻ GG rappresenta il giorno (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ◻ MM rappresenta il mese (se inferiore a 10, deve essere aggiunto lo zero non significativo).
- ◻ AAAA rappresenta l'anno compreso di secolo.

5.3. *Informazioni e controlli sul formato, il dominio e la congruenza dei dati stessi*

I tracciati sono abbinati attraverso la chiave e i record che non trovano la corrispondenza sono scartati.

Nello stesso invio non possono essere presenti due record con la stessa chiave.

I campi facoltativi possono essere non impostati, ma si assume sempre che un campo valorizzato sarà sottoposto a tutti i controlli indicati nel documento (dominio, formato, congruenza, ecc.).

Le banche dati sono annuali e i dati devono essere trasmessi con cadenza 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.

5.4. Legenda

Legenda per i paragrafi successivi:

(E)	Errore che genera lo scarto dell'intero record	Errore bloccante
(W)	Errore che genera una segnalazione (warning).	Errore non bloccante

6. DESCRIZIONE DEI TRACCIATI

Nel rispetto del “Codice in materia di protezione dei dati personali”, D.Lgs. 196/2003 e ss.mm. e “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”, D.Lgs. 101/2018, la rilevazione è sempre in modo che sia garantita la separazione dei dati anagrafici dell’assistito da quelli relativi ai dati sanitari

Dati anagrafici dell’assistito (File 1).

Dati sanitari (File 2) che contiene tutte le informazioni specifiche dell’episodio assistenziale, includendo eventuali informazioni su erogazioni di assegni di cura, sull’assistenza residenziale fornita e sull’utilizzo di dispositivi protesici consegnati.

I dati di file1 e file 2 devono essere abbinati attraverso i campi che identificano la chiave. Ogni singolo record anagrafico deve essere collegato a un record riguardante i dati sanitari e, viceversa, ogni singolo record riguardante i dati sanitari deve essere collegato ad un solo record anagrafico.

6.1. Schema relazionale dei tracciati

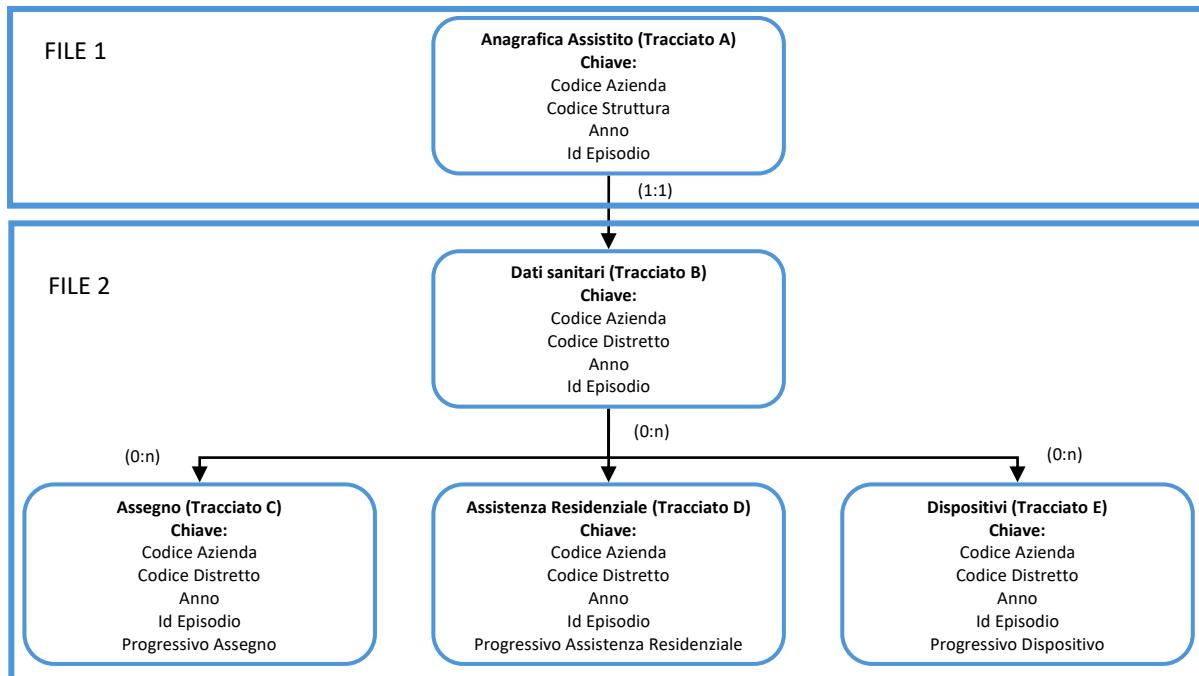


Figura 1 - Schema relazionale flusso GRAD

7. TRACCIATI

7.1. FILE 1 – *Informazioni anagrafiche*

Il **File 1** è composto dal Tracciato A - **Anagrafica assistito**: informazioni di carattere anagrafico dell'assistito.

Di seguito viene riportato il tracciato record del **FILE 1 - Dati Anagrafici**.

I campi della chiave sono evidenziati in grassetto sottolineato.

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
Anagrafica	<u>CODICE DELL'AZIENDA</u>
Distretto	<u>CODICE DEL DISTRETTO</u>
Assistito	<u>ANNO</u>
	<u>ID EPISODIO</u>
	Cognome
	Nome
	Codice fiscale
	Data di nascita
	Sesso
	Comune di nascita
	Comune di residenza
	Cittadinanza

7.1.1. FILE 1 – Diagramma XSD

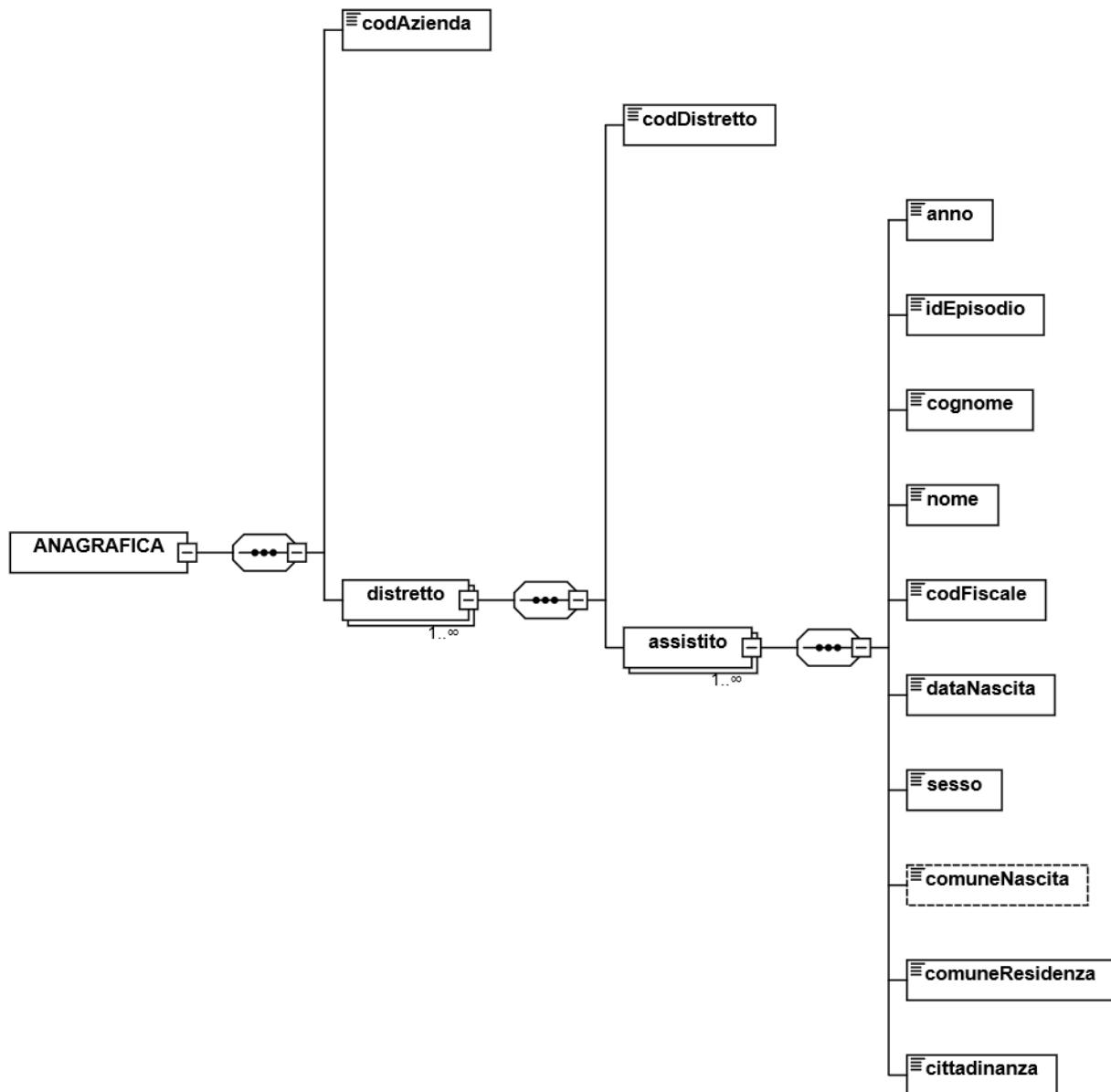


Figura 2 – FILE 1 – Anagrafica

7.1.2. FILE 1 – Definizione campi

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A001	Anagrafica	codAzienda	Codice dell'azienda USL a cui afferisce la struttura presso la quale il soggetto è stato ricoverato	AN	3	<p style="text-align: right;"><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNN</p> <p>DOMINIO: codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n° 36 Anno 1994 e successive modifiche (E).</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere congruente con il codice azienda che ha inviato i file (E).
	Anagrafica	Distretto	Nodo Distretto			
A002	Distretto	codDistretto	Codice del distretto	AN	3	<p style="text-align: right;"><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNN</p> <p>DOMINIO: Codice del Distretto secondo l'organizzazione in essere al 1° gennaio di ogni anno (E).</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/distretti</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere congruente con l'azienda che ha inviato i file (E) - deve essere congruente con l'azienda erogante (E).
	Struttura	Assistito	Nodo Assistito			
A003	Assistito	Anno	Anno della presa in carico	N	4	<p style="text-align: right;"><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNNN</p>

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A004	Assistito	IdEpisodio	Identificativo dell'episodio di assistenza	AN	4	<p><u>CAMPO CHIAVE</u></p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: AAAA</p> <p>DOMINIO: Codice univoco all'interno dell'anno per il distretto.</p> <p>NOTE: 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.</p>
A005	Assistito	cognome	Cognome dell'assistito	AN	30	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Deve essere scritto in maiuscolo</p>
A006	Assistito	nome	Nome dell'assistito	AN	20	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Deve essere scritto in maiuscolo</p>
A007	Assistito	codFiscale	Codice fiscale dell'assistito	AN	16	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio eccetto per i non residenti in Italia (E).</p> <p>FORMATO/DOMINIO: Deve essere valido secondo le indicazioni riportate nel paragrafo Controlli generalizzati sul codice identificativo dell'assistito (E).</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - - Se codiceIdentificativoAss è di tipo ENI, comune di residenza deve essere 999209 o 999235 e la data di presa in carico deve essere successiva od uguale al 27 aprile 2009 (E) - Se codiceIdentificativoAss è di tipo STP, comune di residenza deve essere uno stato estero (E)
A008	Assistito	dataNascita	Data di nascita dell'assistito	DT	8	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: GGMMAAAA</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> -- deve essere congruente con la data di nascita ricavata dal Codice Fiscale (W) - deve essere uguale o minore della data inizio presa in carico

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A009	Assistito	sesto	Sesso dell'assistito alla nascita	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: A</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1 = maschio</p> <p>2 = femmina</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD&CODICE TIPO=REMH</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere congruente con il sesso ricavato dal Codice Fiscale (W)
A010	Assistito	comuneNascita	Identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale l'assistito risulta essere nato	AN	6	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio tranne per i comuni/stato estero cessati e privi di codice ISTAT (E).</p> <p>FORMATO: NNNNNN</p> <p>DOMINIO:</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se valorizzato: - deve essere congruente con il codice ISTAT del comune di nascita ricavato dal Codice Fiscale (W)
A011	Assistito	comuneResidenza	Comune di residenza dell'assistito rilevata al momento dell'ingresso in struttura	AN	6	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNNNNN</p> <p>DOMINIO:</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/comuni</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deve essere valido secondo le indicazioni riportate nel paragrafo <u>Controlli sulla residenza</u> (E).

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
A012	Assistito	cittadinanza	Cittadinanza dell'assistito	AN	2	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: NNN</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Per gli assistiti con cittadinanza italiana utilizzare il codice '100', mentre per gli assistiti con cittadinanza straniera compilare con il codice a tre caratteri dello Stato Estero definito dal Ministero dell'Interno e ISTAT.</p> <p>Per gli apolidi utilizzare il codice '999'.</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/cittadinanze</p> <p>ALTRI CONTROLLI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se il codice identificativo dell'assistito è di tipo STP o ENI o PSU o AS, la cittadinanza non può essere '100' (Italia) (E).

7.1.3. FILE 1 - Esempio XML

Per prendere visione di un esempio del **FILE1** in formato XML fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/grad/documentazione/normativa>

file: GRAD_specifiche_Funzionali_V1.0_Anagrafica_Esempio.xml

7.1.4. FILE 1 – Schema XSD

Per prendere visione dello schema XSD del **FILE 1** fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/grad/documentazione/normativa>

file: GRAD_specifiche_Funzionali_V1.0_Anagrafica.xsd

Per prendere visione dello schema XSD comune al FILE 1 e FILE 2 fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/grad/documentazione/normativa>

file: GRAD_specifiche_Funzionali_V1.0_common.xsd

7.2. FILE 2 – Informazioni relative ai dati sanitari

Il **File 2** è così composto:

Tracciato B – Episodio: informazioni generali relative alla presa in carico dell'assistito

Tracciato C - Assegno: informazioni relative alle erogazioni di assegni di cura.

Tracciato D - Assistenza residenziale: informazioni relative all'assistenza residenziale fornita

Tracciato E - Dispositivi: **informazioni** relative all'utilizzo di dispositivi protesici consegnati.

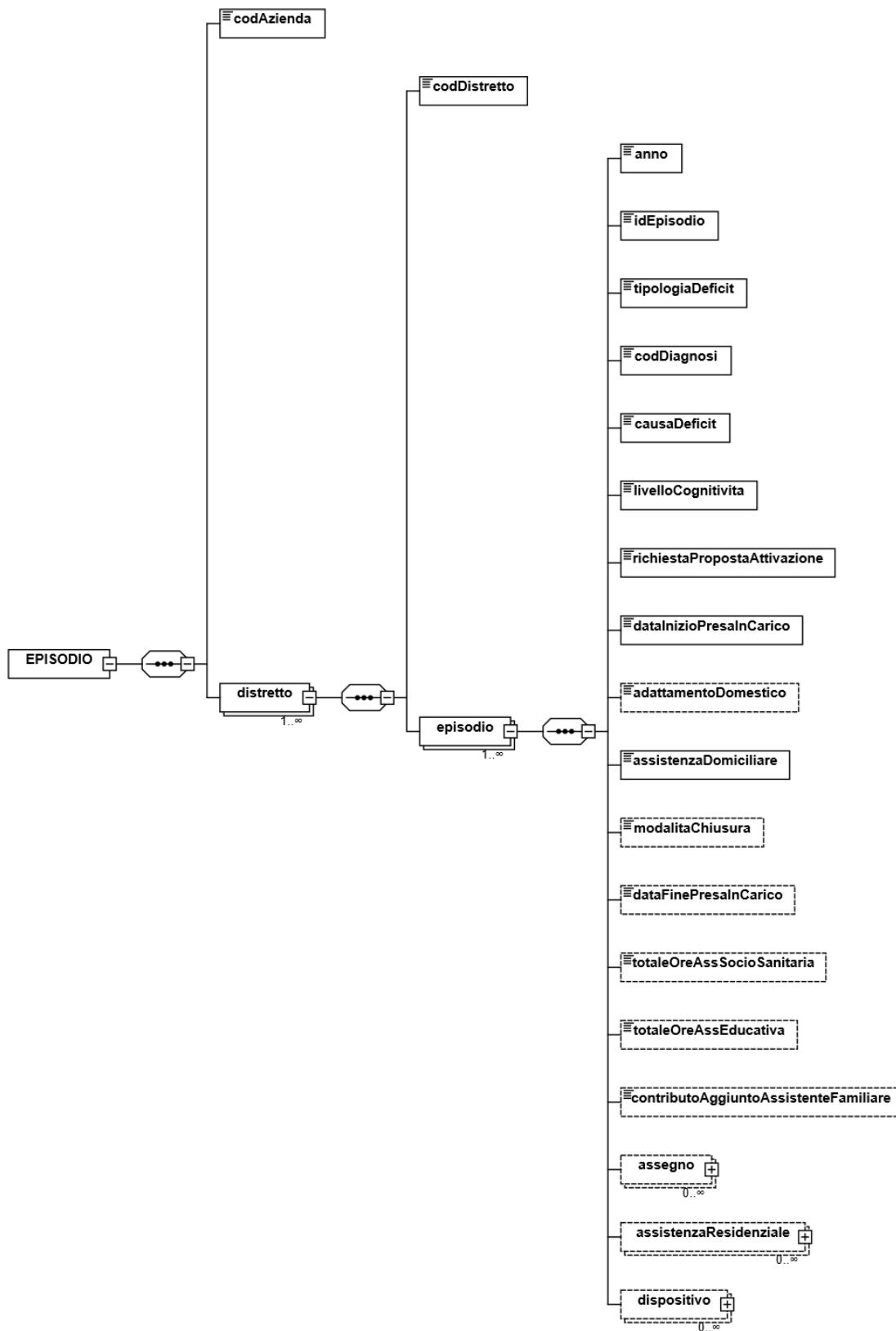
Di seguito vengono riportati i tracciati record del **FILE 2 – Dati Sanitari**.

I campi della chiave sono evidenziati in grassetto sottolineato.

Nodo di riferimento	Campo (campi chiave evidenziati in grassetto sottolineato)
Dati sanitari	CODICE DELL'AZIENDA
Distretto	CODICE DEL DISTRETTO
Episodio	ANNO
	ID EPISODIO
	Tipologia deficit
	Codice diagnosi
	Causa deficit
	Livello di cognitività
	Richiesta proposta di attivazione
	Data inizio presa in carico
	Adattamento domestico
	Assistenza domiciliare
	Modalità di chiusura
	Data fine presa in carico
	Totale ore assistenza socio-sanitaria
	Totale ore assistenza educativa
	Contributo aggiuntivo assistente familiare
Assegno	PROGRESSIVO ASSEGNO
	Data avvio assegno
	Reddito Isee
	Data fine assegno
	Importo assegno
	Condizione 1

	Condizione 2
	Condizione 3
	Condizione 4
	Condizione 4a°
	Condizione 4b
	Condizione 4c
	PROGRESSIVO ASSISTENZA RESIDENZIALE
	Data inserimento in struttura
	Tipologia di assistenza
	Codice struttura
	Tipo struttura
Assistenza residenziale	Tariffa giornaliera
	Tariffa giornaliera compartecipazione
	Oneri sanitari aggiuntivi
	Data fine assistenza residenziale
	Codice regione della struttura
	Codice azienda della struttura
	PROGRESSIVO DISPOSITIVO
	Data inizio erogazione
	Tipologia dispositivo
	Codice dispositivo
Dispositivo	Modalità cessione
	Data fine erogazione
	Tariffa
	Tariffa giornaliera compartecipazione

7.2.1. FILE 2 – Diagramma XSD



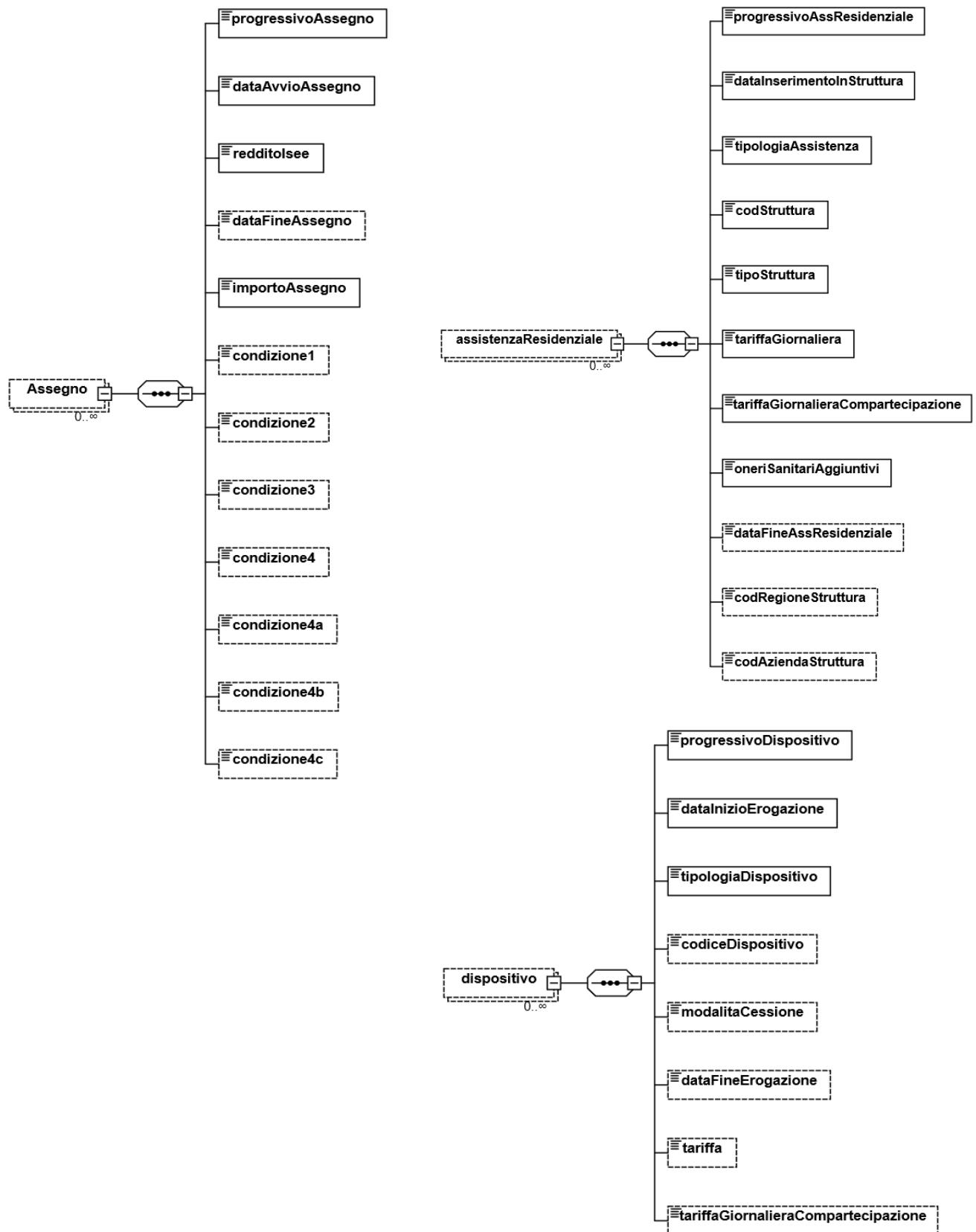


Figura 3 – FILE 2 – Dati sanitari

7.2.2. FILE 2 – Definizione campi

Progressivo campo	Nodo di riferimento	Nome campo	Descrizione	Tipo	Lunghezza	Informazioni sul dominio e Controlli
B001	DATISANITARI	codAzienda	Codice dell'azienda USL in cui il soggetto è stato preso in carico	AN	3	CAMPO CHIAVE Vedere File1
	DATISANITARI	Distretto	Nodo Distretto			
B002	Distretto	codDistretto	Codice del distretto	AN	3	CAMPO CHIAVE Vedere File1
	Distretto	Episodio	Nodo Episodio			
B003	Episodio	anno	Anno della presa in carico	N	4	CAMPO CHIAVE Vedere File 1
B004	Episodio	idEpisodio	Identificativo dell'episodio di assistenza	AN	4	CAMPO CHIAVE Vedere File 1
B005	Episodio	tipologiaDeficit	Tipologia di deficit dell'assistito	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>DOMINIO:</p> <p>Valori ammessi (E):</p> <p>1= Gravissima Cerebrolesione 2= Gravissima Mielolesione 3= Patologia Neurologica 4= altre patologie dell'età evolutiva (ai sensi della 2068/2004)</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD&CODICE_TIPO=TPDE</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Se il codice diagnosi = 33520 (SLA) il codice tipologia del deficit deve assumere valore 3 (E)</p> <p>NOTE: Per Gravissima Cerebrolesione si intende un danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura (emorragia cerebrale, ipossia/anossia, encefalite, ecc.) che ha determinato una condizione di coma più o meno protracto e che ha come conseguenze menomazioni senso-motorie, cognitive o comportamentali che</p>

						comportano situazioni di totale non autosufficienza, di norma associate a stato vegetativo o di minima coscienza. Per Gravissima Mielolessione 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.
B006	Episodio	codDiagnosi	Patologia responsabile del quadro clinico	AN	5	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). DOMINIO: Classificazione Internazionale delle malattie (ICD 9 C.M.), - modificazione clinica versione italiana 2002 e successive modificazioni. NOTE: Il codice da utilizzare deve essere di cinque cifre in tutti i casi previsti dalla ICD 9 C.M.
B007	Episodio	causaDeficit	Causa che ha determinato il deficit del paziente	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). DOMINIO: 1= incidente stradale 2= incidente sul lavoro 3= altro incidente (casalingo, sportivo, tempo libero, ecc.) 4= esito patologico I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD&CODICE_TIPO=CAUD ALTRI CONTROLLI: Se il codice diagnosi = 33520 (SLA) il codice causa del deficit deve assumere valore 4 (E)
B008	Episodio	livelloCognitivita	Disturbo della coscienza che presenta il paziente	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E). DOMINIO: 1= Paziente in Coma 2= Paziente in Stato Vegetativo 3= Stato minimamente consci 4= Mutismo acinetico 5= Paziente pienamente cosciente

						<p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD&CODICE_TIPO=LCOG</p> <p>NOTE: 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</p>
B009	Episodio	richiestaPropostaAttivazione	Da dove parte la richiesta/proposta di attivazione del programma assistenziale	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>DOMINIO:</p> <p>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</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD&CODICE_TIPO=RATT</p>
B010	Episodio	dataInizioPresInCarico	Data in cui è stata effettuata la prima valutazione per l'attivazione del Percorso Assistenziale e la presa in carico	DT	8	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>FORMATO: GGMMAAAA</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Deve essere minore o uguale alla data di fine presa in carico (E) Deve essere maggiore alla data di nascita (E)</p> <p>NOTE: Deve risultare antecedente o uguale alla data fine assegno, data fine ass.residenziale, data fine dispositivo. Per gli episodi di assistenza interrotti formalmente al 31/12 dell'anno precedente, corrisponde al 1° gennaio</p>
B011	Episodio	adattamentoDomestico	Indicare se l'assistito ha usufruito dei servizi di consulenza del Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico (CAAD), così come previsto dalla DGR 2248/03	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W)</p> <p>DOMINIO:</p> <p>1= si 2= no</p>

B012	Episodio	assistenzaDomiciliare	Indicare se il paziente usufruisce anche dell'Assistenza Domiciliare Integrata	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E).</p> <p>DOMINIO:</p> <p>1= si (assistenza domiciliare integrata: prestazioni sanitarie e sociali) 2= si, solo sociale (operatore socio-sanitario, altro operatore) 3= si, solo sanitaria (assistenza infermieristica, assistenza medica, assistenza riabilitativa) 4= no</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD&CODICE_TIPO=ASSD</p>
B013	Episodio	modalitaChiusura	Motivazione che ha portato alla conclusione dell'episodio di assistenza	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W)</p> <p>DOMINIO:</p> <p>1= Decesso 2= Chiusura formale al 31/12 (proseguimento cure) 7= Cessazione volontaria 9= Altro</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD&CODICE_TIPO=MCHI</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio al secondo invio o successivi invii eccezionali (E) Se invio = 1, modalità di chiusura=2 non ammessa</p> <p>NOTE: Non compilare al primo semestre se l'episodio assistenziale non è chiuso ma prosegue.</p>
B014	Episodio	dataFinePresalnCarico	Data di chiusura dell'episodio assistenziale	DT	8	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W)</p> <p>FORMATO: GGMMAAAA</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio al secondo invio o successivi invii eccezionali (E). Se modalità di chiusura = 2 la data di fine presa in carico deve essere uguale al 31/12 (E). Se modalità di chiusura non è compilata allora la data di fine presa in carico non</p>

						deve essere compilata (E). Se valorizzata deve essere successiva o uguale alla data di inizio presa in carico (E). NOTE: 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 Non compilare al primo semestre se l'episodio assistenziale non è chiuso ma prosegue.
B015	Episodio	totaleOreAssSocioSanitaria	Numero totale di ore di assistenza OSS (operatore socio-sanitario) o altri operatori, a parziale carico FRNA, nell'anno	N	4	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) FORMATO: NNNN ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio al secondo invio o successivi invii eccezionali (E).
B016	Episodio	totaleOreAssEducativa	Numero totale di ore di assistenza educativa (operatore educatore) o altri operatori, a parziale carico FRNA, nell'anno	N	4	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) FORMATO: NNNN ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio al secondo invio o successivi invii eccezionali (E).
B017	Episodio	contributoAggiuntoAssistenteFamiliare	Erogazione contributo aggiuntivo per assistente familiare	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) DOMINIO: 1= si 2= no
	Episodio	assegno	Nodo assegno			
C001	assegno	progressivoAssegno	Codice identificativo dell'assegno, comunque univoco all'interno dell'anno e del distretto di erogazione.	N	1	CAMPO CHIAVE OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) FORMATO: N ALTRI CONTROLLI: maggiore di 0 (E)
C002	assegno	dataAvvioAssegno	Data di inizio dell'erogazione dell'assegno di cura	DT	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) FORMATO: GGMMAAAA ALTRI CONTROLLI: Deve essere maggiore o uguale alla data di inizio presa in carico

						e minore o uguale alla data di fine presa in carico (E) NOTE: Per l'erogazione di assegni interrotta formalmente al 31/12 dell'anno precedente, inserire la data del 1° gennaio.
C003		redditolsee	Reddito del paziente come da certificazione ISEE, calcolato ai sensi della DGR 2068/2004	N	7	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) FORMATO: NNNNNNN
C004		dataFineAssegno	Data di fine dell'erogazione dell'assegno di cura	DT	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) FORMATO: GGMMAAAA ALTRI CONTROLLI: deve essere successivo o uguale alla data di avvio erogazione e alla data di inizio presa in carico e minore o uguale alla data di fine presa in carico (E) Deve essere maggiore o uguale alla data di inizio assegno (E) Dato obbligatorio al secondo invio o successivi invii eccezionali (E). NOTE: se fino alla fine dell'anno indicare 31/12 dell'anno di riferimento. Non compilare al 1° semestre se l'erogazione dell'assegno di cura prosegue anche nel semestre successivo
C005		importoAssegno	Livello dell'assegno di cura e di sostegno giornaliero erogato a favore del paziente	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) DOMINIO: 1= 23 euro (D.G.R. 2068/2004) 2= 45 euro (D.G.R.1723/2014) NOTE: Per l'accesso all'assegno di cura di cui alla D.G.R. 2068/2004 viene confermata la condizione di massima dipendenza assistenziale da accettare attraverso la scala Barthel modificata. Per l'accesso al livello più alto dell'assegno di cura istituito con la D.G.R. 1848/2012 e modificato con la D.G.R.1723/2014 l'UVM distrettuale deve accettare la presenza di almeno una delle condizioni oggettive riportate nell'allegato A della determinazione n° 15894 del 14/12/2012.
C006		condizione1	Aspirazioni- Necessità di frequenti aspirazioni del cavo orale o tracheobronchiali nell'arco delle intere 24 ore	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) DOMINIO: 1= si 2= no ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio se importo assegno = 2 Non deve essere compilato se importo assegno = 1

C007		condizione2	Ventilazione - Presenza ventilazione assistita	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) DOMINIO: 1= si 2= no ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio se importo assegno = 2 Non deve essere compilato se importo assegno = 1
C008		condizione3	CVC- Presenza CVC con necessità di infusione continua	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) DOMINIO: 1= si 2= no ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio se importo assegno = 2 Non deve essere compilato se importo assegno = 1
C009		condizione4	PAI - Attuazione di un piano assistenziale condiviso con la famiglia (coinvolgimento attivo dei familiari o personale assistenziale messo a disposizione dalla famiglia in un almeno 4 alzate da letto a sedia/carrozzina al giorno)	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) DOMINIO: 1= si 2= no ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio se importo assegno = 2 Non deve essere compilato se importo assegno = 1
C010		condizione4a	LESIONI DA DECUBITO - pregresse lesioni da decubito di grado 3° o 4°, esclusivamente su base documentale	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) DOMINIO: 1= si 2= no ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio se condizione4 (PAI) = 1 Non deve essere compilato se condizione4 (PAI) = 2
C011		condizione4b	POA - presenza di POA (calcificazione paraosteoarticolare), esclusivamente su base documentale	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) DOMINIO: 1= si 2= no ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio se condizione4 (PAI) = 1 Non deve essere compilato se condizione4 (PAI) = 2

C012		condizione4c	Retrazione - Retrazione in flessione degli arti inferiori o superiori, esclusivamente su base documentale.	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) DOMINIO: 1= si 2= no ALTRI CONTROLLI: Dato obbligatorio se condizione4 (PAI) = 1 Non deve essere compilato se condizione4 (PAI) = 2
	Episodio	assistenzaResidenziale	Nodo assistenzaResidenziale			
D001	assistenzaResidenziale	progressivoAssResidenziale	Codice identificativo del periodo in assistenza residenziale, comunque univoco all'interno dell'anno e del distretto di erogazione	N	2	CAMPO CHIAVE OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) FORMATO: NN ALTRI CONTROLLI: maggiore di 0 (E)
D002	assistenzaResidenziale	dataInserimentoInStruttura	Data di ammissione in residenza	DT	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) FORMATO: GGMMAAAA ALTRI CONTROLLI: Deve essere minore o uguale alla data di fine residenza (E) Deve essere maggiore o uguale alla data di apertura della struttura (E) Deve essere maggiore o uguale alla data di inizio presa in carico e minore o uguale alla data di fine presa in carico (E) NOTE: Per l'assistenza residenziale interrotta formalmente al 31/12 dell'anno precedente, questa data corrisponde al 1° gennaio
D003	assistenzaResidenziale	tipologiaAssistenza	Tipologia di assistenza residenziale programmata	AN	1	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) DOMINIO: 1= Assistenza Residenziale a lungo termine secondo la DGR 2068/2004 2= Assistenza Residenziale di sollievo temporaneo e/o con finalità educative di addestramento. I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD&CODICE_TIPO=TPAR
D004	assistenzaResidenziale	codStruttura	Codice della struttura regionale che ospita il paziente	AN	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E)

							<p>FORMATO: AAAAAAAA</p> <p>DOMINIO: codice da modello del Ministero della Salute STS11 - anagrafica strutture socio-sanitarie o modello del Ministero della Salute HSP11 – anagrafica delle strutture ospedaliere esistente e valido per il flusso alla data di ammissione in residenza (E).</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/struttureflusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD</p> <p>ALTRI CONTROLLI: deve essere congruente con il codice azienda (E)</p> <p>Il codice struttura deve essere valido alla Data di inserimento in struttura (E)</p> <p>NOTE: 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 è accettato il codice S99999 per le strutture extra-regionali, per questi casi occorrerà segnalare lo specifico codice. Non sono ammesse le strutture semi-residenziali.</p>
D005	assistenzaResidenziale	tipoStruttura	Tipologia della struttura che ospita il paziente	AN	1		<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E)</p> <p>DOMINIO:</p> <p>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)</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD&CODICE TIPO=TPSR</p>
D006	assistenzaResidenziale	tariffaGiornaliera	Tariffa giornaliera corrisposta da parte dell'Azienda USL alla struttura residenziale	N	8		<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E)</p> <p>FORMATO: NNNNN.NN</p> <p>ALTRI CONTROLLI: maggiore di 0 (E)</p>

						NOTE: Il totale è 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
D007	assistenzaResidenziale	tariffaGiornalieraCompartecipazione	Tariffa giornaliera versata dal paziente	N	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) FORMATO: NNNNN.NN NOTE: indicare la tariffa giornaliera versata dal paziente come quota di partecipazione al costo del servizio a qualunque titolo (servizi alberghieri, ecc...)
D008	assistenzaResidenziale	oneriSanitariAggiuntivi	Oneri aggiuntivi giornalieri per prestazioni sanitarie	N	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) FORMATO: NNNNN.NN NOTE: indicare anche l'eventuale quota aggiuntiva alla tariffa assicurata dall'azienda
D009	assistenzaResidenziale	dataFineAssResidenziale	Data di dimissione dalla residenza	DT	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) FORMATO: GGMMAAAA ALTRI CONTROLLI: Deve essere maggiore o uguale alla data di inserimento in struttura e alla data di inizio presa in carico (E) Dato obbligatorio al secondo invio o successivi invii eccezionali (E). NOTE: Corrisponde a: - 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 Non compilare al 1° semestre se l'erogazione dell'assistenza residenziale non è interrotto ma prosegue nel semestre successivo.
D010	assistenzaResidenziale	codRegioneStruttura	Codice della Regione di ubicazione della struttura	AN	3	OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E) FORMATO: NNN

						<p>DOMINIO: I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/regioni</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Deve essere compatibile con il codice struttura (E)</p> <p>NOTE: Per la Regione Emilia-Romagna il codice è 080</p>	
D011	assistenzaResidenziale	codAziendaStruttura	Codice dell'Azienda usl di ubicazione della struttura	AN	3	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E)</p> <p>FORMATO: NNN</p> <p>DOMINIO: codice a 3 cifre secondo quanto indicato dalla circolare regionale n° 36 Anno 1994 e successive modifiche (E).</p> <p>I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/aziende</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Deve essere compatibile con il codice struttura (E)</p>	
	Episodio	dispositivo	Nodo dispositivo				
E001	dispositivo	progressivoDispositivo	Codice identificativo del dispositivo protesico, comunque univoco all'interno dell'anno e del distretto di erogazione.	N	1	<p>CAMPO CHIAVE</p> <p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E)</p> <p>FORMATO: N</p> <p>ALTRI CONTROLLI: maggiore di 0 (E)</p>	
E002	dispositivo	datalnizioErogazione	Data di inizio erogazione del dispositivo protesico	DT	8	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E)</p> <p>FORMATO: GGMMAAAA</p> <p>ALTRI CONTROLLI: Deve essere maggiore o uguale alla data di inizio presa in carico e minore o uguale alla data di fine presa in carico (E)</p> <p>Deve essere minore o uguale alla data di fine erogazione dispositivo (E)</p> <p>NOTE: Per l'erogazione di dispositivi interrotta formalmente al 31/12 dell'anno precedente, questa data corrisponde al 1° gennaio.</p>	
E003	dispositivo	tipologiaDispositivo	Tipologia del dispositivo protesico	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E)</p> <p>DOMINIO:</p> <p>1= Dispositivo su misura</p> <p>2= Dispositivo di serie</p>	

						3= Dispositivo riconducibile per omogeneità funzionale ad un prodotto previsto I valori sono consultabili attraverso il seguente link: sisepe.region.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD&CODICE_TIPO=TPDI
E004	dispositivo	codiceDispositivo	Codice del dispositivo protesico consegnato	AN	12	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W)</p> <p>FORMATO: AAAAAAAAAAAA</p> <p>DOMINIO: È obbligatoria la sola trasmissione dei comunicatori/puntatori oculari secondo la codifica individuata a livello regionale.</p> <p>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);</p> <p>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);</p> <p>COMUNIC3 = utilities e programmi software per la comunicazione su PC (creazione di griglie-tabelle, scrittura, sintesi vocale, ...)</p> <p>COMUNIC4 = Comunicatori alfabetici con o senza uscita in voce</p> <p>COMUNIC5 = comunicatori simbolici a scansione con uscita in voce</p> <p>COMUNIC6 = sistemi di richiamo: sistemi di trasmissione di un segnale a distanza per segnalazione</p> <p>COMUNIC7 = sistemi di comunicazione telefonica da utilizzare con accesso a scansione/puntamento e sintesi vocale.</p> <p>COMUNIC8 = accessori ergonomici (stativi, tavolini regolabili, bracci di sostegno, ...)</p> <p>COMUNIC9= PC (se necessario), normalmente notebook o tablet PC, insieme alle periferiche necessarie.</p> <p>NOTE: 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").</p>
E005	dispositivo	modalitaCessione	Modalità di cessione del dispositivo	AN	1	<p>OBBLIGATORIETÀ: Dato obbligatorio (E)</p> <p>DOMINIO:</p> <p>1= Dispositivo acquistato direttamente dall'Azienda Usl e dato in comodato d'uso.</p>

							2= Dispositivo acquistato dall’Azienda Usl e ceduto in proprietà all’assistito I valori sono consultabili attraverso il seguente link: siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD&CODICE_TIPO=MDCE
E006	dispositivo	dataFineErogazione	Data di fine erogazione del dispositivo protesico	DT	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) FORMATO: GGMMAAAA ALTRI CONTROLLI: Deve essere maggiore o uguale alla data di inizio erogazione e alla data inizio presa in carico e minore o uguale alla data fine presa in carico (E) Dato obbligatorio al secondo invio o successivi invii eccezionali (E). NOTE: Non compilare al 1° semestre se l’erogazione dei dispositivi non è interrotta ma prosegue nel semestre successivo. Inserire 31/12 dell’anno di riferimento se l’erogazione del dispositivo prosegue nell’anno successivo o la data di decesso del paziente	
E007	dispositivo	tariffa	Tariffa in euro corrispondente al dispositivo protesico erogato	N	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) FORMATO: NNNNN.NN	
E008	dispositivo	tariffaGiornalieraCompartecipazione	Tariffa giornaliera versata dal paziente come quota di partecipazione al costo del dispositivo/ausili	N	8	OBBLIGATORIETÀ: Dato facoltativo (W) FORMATO: NNNNN.NN	

7.2.3. FILE 2 – Esempio XM L

Per prendere visione di un esempio del FILE 2 in formato XML fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/grad/documentazione/normativa>

file: GRAD_specifiche_Funzionali_V1.0_DatiSanitari_Esempio.xml

7.2.4. FILE 2 – Schema XSD

Per prendere visione dello schema XSD del FILE 2 fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/grad/documentazione/normativa>

file: GRAD_specifiche_Funzionali_V1.0_DatiSanitari.xsd

Per prendere visione dello schema XSD comune al FILE 1, FILE 2 fare riferimento al seguente link:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/grad/documentazione/normativa>

file: GRAD_specifiche_Funzionali_V1.0_common.xsd

8. CONTROLLI SPECIFICI

8.1. Controlli generalizzati sul codice identificativo dell'assistito

Il campo dell'identificativo del soggetto prevede Codici fiscali, STP, ENI e identificativo provvisorio numerico.

Il codice fiscale non deve essere mai calcolato mediante l'utilizzo di programmi informatici.

Prima inviare il dato GRAD in banca dati regionale, il codice fiscale dell'assistito e l'identificativo provvisorio numerico devono essere controllati nel sistema Tessera Sanitaria e, se non presente, la scheda verrà scartata. È stato messo a disposizione un applicativo Codici Identificativi - CI al seguente indirizzo

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/applicazioni/codici-identificativi> (è un flusso per la verifica notturna sul Sistema TS di Sogei dei codici fiscali dai flussi sanitari e socio-sanitari).

Il Codice Identificativo deve essere compilato come segue:

- per i residenti in Italia (italiani e stranieri) con il Codice Fiscale ufficiale attribuito dal Ministero Economia e Finanze (DLgs 326/2003 art.50), cioè quello riportato nella tessera sanitaria;
- per gli stranieri temporaneamente presenti con il codice 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 e Romania privi di copertura sanitaria nel paese di provenienza con il codice ENI (Europei non iscritti). Questo codice è di 16 caratteri, analogo a quello assegnato agli STP, sostituendo le lettere STP con ENI – vedi note Direzione Sanità Generale e Politiche Sociali P.G./2009/96745 del 27.04.2009 – e PG/2008/50529 del 20/02/2008;
- con il codice provvisorio numerico a 11.

L'amministrazione finanziaria può attribuire alle persone fisiche un numero di codice fiscale provvisorio. Il numero di codice fiscale provvisorio delle persone fisiche è costituito **da una espressione numerica di undici cifre**. Le prime sette cifre rappresentano il numero di matricola del soggetto; le cifre dall'ottava alla decima identificano l'ufficio che attribuisce il numero di codice fiscale provvisorio e l'undicesimo è il carattere numerico di controllo.

8.2. Controlli sulla residenza

Il Codice Comune di residenza identifica il comune italiano, oppure lo Stato estero presso il quale il soggetto risulta legalmente residente.

In questo campo non devono mai essere utilizzati i codici dei comuni/stati cessati e deve essere compilato come segue:

- Per i residenti in Italia, Codice ISTAT a 6 cifre, 3 per la provincia e 3 per il comune.
- Per i residenti all'estero codificare: 999 + codice a 3 cifre dello stato estero.
- Per gli irreperibili codificare: 999999
- Per i neonati si ricorda che il comune di residenza è quello della madre fatto salvo quanto previsto dalla legge n.127 del 15 maggio 1997.
- Per gli stranieri extracomunitari non residenti, ma iscritti al SSN, indicare il comune di effettiva dimora (domicilio).

9. TABELLE

Le tabelle di riferimento sono consultabili nella sezione “Tabelle di riferimento” del flusso GRAD nel portale del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali oppure attraverso i servizi web la cui consultazione è libera. I servizi WEB esposti sono suddivisi in due macro-categorie:

- servizi dell'Anagrafe Strutture: consentono di ottenere informazioni anagrafiche relative alle strutture fisiche, alle strutture erogatrici ed agli enti (titolari e gestori) che sono archiviati nella banca dati dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- servizi di decodifica: consentono di visualizzare le informazioni relative alle decodifiche (dizionari) che sono archiviate nel database regionale delle tabelle di riferimento (metadati).

La tecnologia adottata è basata sull'architettura a servizi REST[REST] sviluppati secondo lo standard del linguaggio XML[XML] / JSON[JSON] / CSV[CSV] per la rappresentazione dei dati.

Per accedere ai diversi formati specificare al termine del path l'estensione relativa al formato che si desidera ottenere, ad esempio:

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso/?CODICE_FLUSSO=GRAD

per ottenere i dati in formato XML

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso.json?CODICE_FLUSSO=GRAD

per ottenere i medesimi dati in formato JSON

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/decodifiche_flusso.csv?CODICE_FLUSSO=GRAD

per ottenere i dati in formato CSV

9.1. Tabella codici dei messaggi di errori e segnalazioni

I messaggi di errore/segnalazione sono consultabili attraverso il seguente link:

https://siseps.regione.emilia-romagna.it/AnagrafeServiziSanitaWs/services/decodifiche/erri.flusso.xml?codice_flusso=GRAD

10. MODALITÀ E TEMPI DI TRASMISSIONE

10.1. Modalità di invio

Tutte le Aziende USL dovranno trasmettere i file tramite l'opportuno applicativo web presente nel portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali cliccando “Gravissime Disabilità Acquisite – GRAD” – “Gravissime Disabilità Acquisite Gestione Flusso Informativo”.

La gestione del flusso si articola in due fasi fondamentali: ELABORAZIONE FILE e RITORNO INFORMATIVO.

Ogni soggetto inviante trasmette i file (INVIO FILE) da sottomettere al programma regionale dei controlli (SIMULAZIONE), verifica l'esito dell'elaborazione, corregge gli eventuali errori e segnalazioni e, successivamente, invia i dati definitivi (CONSOLIDAMENTO).

Ogni azienda può richiedere la creazione di più utenze per la gestione del flusso informativo. 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.

Sono disponibili dei **servizi WEB** che consentono le operazioni di:

- invio file
- simulazione file
- recupero della diagnostica post simulazione
- consolidamento
- recupero dei dati del ritorno informativo

La documentazione relativa è resa disponibile al link: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/politiche-sociali-integrazione-socio-sanitaria/grad/documentazione/normativa>

10.2. Scadenze

La trasmissione deve avvenire con periodicità trimestrale rispettando le scadenze di seguito riportate:

N. Invio	Scadenze	Dati
1° invio	entro il 31 agosto dell'anno di riferimento	Primo semestre
2° invio	entro il 28 febbraio dell'anno successivo	Anno intero

11. RITORNO INFORMATIVO

11.1. Diagnostica fornita in validazione flusso (simulazioni)

Ogni Azienda può verificare on-line il risultato della simulazione dell'invio effettuato e provvedere alle eventuali correzioni. È infatti possibile verificare, in maniera automatica, il risultato della procedura regionale di controllo dei dati.

Al termine del processo di simulazione, oltre al *report riepilogativo* dei risultati dell'elaborazione, vengono restituiti all'inviante i seguenti file disponibili nei formati XML, TXT, CSV:

- Scarti
- Segnalazioni

Scarti (E)

Nome campo	Lunghezza	Descrizione
codAzienda	3	Codice Azienda USL
codDistretto	3	Codice Distretto
anno	4	Anno
idEpisodio	4	Identificativo episodio
progressivoAssegno	1	Progressivo assegno di cura
progressivoAssResidenziale	2	Progressivo Ass. residenziale
progressivoDispositivo	1	Progressivo Dispositivo
tipoFile	1	Tabella (A, B, C, D, E)
posizioneCampo	3	Posizione campo
codiceErrore	3	Codice errore
descrErrore	70	Descrizione errore

Il file degli scarti/segnalazioni sarà disponibile anche in formato XML con gli stessi nomi tag presenti nel file XSD del tracciato e lo stesso ordine dei campi presenti nel file .csv.

Esempio:

```
<root xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <record>
    <codAzienda>114</codAzienda>
    <codDistretto>041</codDistretto>
    <anno>2018</anno>
    <idEpisodio>2C61</idEpisodio>
    <progressivoAssegno>1</progressivoAssegno>
    <progressivoAssResidenziale></progressivoAssResidenziale>
    <progressivoDispositivo></progressivoDispositivo>
    <tipoFile>C</tipoFile>
    <posizioneCampo>24</posizioneCampo>
    <codiceErrore>001</codiceErrore>
    <descrErrore>CODICE MANCANTE</descrErrore>
  </record>
  <record>
    ...
  </record>
</root>
```

Successivamente al consolidamento effettuato dall’Azienda, vengono messi a disposizione trimestralmente sul portale la stessa tipologia di file della SIMULAZIONE

Sono inoltre disponibili i tracciati **completi** dei record scartati e dei validi.

Segnalazioni (W)

Il file contiene le chiavi dei record che hanno prodotto segnalazioni non scartanti negli stessi formati previsti per il file Scarti (E) e con le stesse caratteristiche.

11.2. Debito informativo da fornire dopo il caricamento

Ad ogni invio, dopo il consolidamento effettuato dall’Azienda e il caricamento dei dati **validi** nella banca dati regionale, vengono messi a disposizione degli utenti abilitati i file di ritorno informativo.

I dati potranno essere ottenuti attraverso opportune funzioni presenti sul portale del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali cliccando Assistenza erogata presso “Gravissime Disabilità Acquisite - Gestione Flusso Informativo” e la voce RITORNO INFORMATIVO, oppure attraverso dei *servizi web*.

L’utente potrà selezionare la tipologia di file che intende scaricare, il periodo di riferimento, e il formato del file che vuole ottenere (i formati previsti sono: XML, TXT, CSV)

I file prodotti riproporranno sempre **l’ultima situazione della banca dati regionale** rispetto ai dati di competenza dell’utente. Le tipologie di file che si possono richiedere sono le seguenti:

--- *Per anno e trimestre (dati dell’invio n, non cumulativi)*

- Riepilogo dell’elaborazione
- Scarti
- Segnalazioni

Riepilogo dell’elaborazione

Questo file ripropone il report riepilogativo dei risultati del consolidamento.

Scarti

Tracciato: (vedere tracciato delle simulazioni)

Il file contenente i singoli record scartati per il mancato superamento dei controlli, viene fornito trimestralmente alle singole Aziende sanitarie che dovranno provvedere alla correzione e all'invio nei periodi successivi.

Segnalazioni

Tracciato: (vedere tracciato delle simulazioni)

Il file contenente i singoli record validati ma con segnalazioni, viene fornito mensilmente alle singole Aziende sanitarie

12. REFERENTI REGIONALI

Area ICT e transizione digitale dei servizi al cittadino	Area sociosanitaria - anziani e persone con disabilità
Paolo Brugnara	Grazia Felicori
Tel. 051 527 7868	Tel. 051 5277469
<u>Flusso.GRAD@regione.emilia-romagna.it</u>	