

File	Campo	Descrizione campo	Domanda	Soluzione
File 1- Tracciato A - Tipo di Strutture, Utenti e Data di Presa in carico (inserimento in struttura)				
File1	A002	Codice struttura erogatrice	Sono da considerarsi oggetto del flusso tutte le tipologie di strutture che accolgono persone con disabilità ? Nel file di anagrafica strutture inviato a novembre 2022 sono presenti, oltre ai Centri socio-riabilitativi residenziali (CSRR) e diurni (CSRD) i Centri socio-occupazionali (CSO), Gruppi appartamento. Potranno essere inserite altre strutture (case famiglia per disabili e comunità alloggio e gruppi appartamento salute mentale) ?	Nel secondo semestre 2024 possiamo mettere a disposizione anche le altre tipologie di strutture censite in Anagrafe regionale (Case famiglia per disabili e socio-sanitarie Salute mentale) per valutare quanti casi ci sono in queste strutture: sono trattamenti che rientrano in SIAR (art. 34 LEA) oppure in altri flussi NSIS come SISM- Salute Mentale (art.33 LEA)? (in alcuni casi queste strutture erogano assistenza sia a disabili che persone affette da patologia psichiatrica). Per distinguere queste tipologie di utenti la codifica 6 = Servizi territoriali (disabilità, NPIA, salute mentale, consultori familiari) del campo B007-Soggetto richiedente la presa in carico sarà modificata in nuovo versionamento delle Specifiche Funzionali con valori dedicati: - Servizi territoriali (disabilità) - Servizi territoriali (Salute mentale, NPIA, Consultori familiari).
File1	A002	Codice struttura erogatrice	Se ci sono utenti in carico all'AUSL inseriti in una struttura fuori Regione per cui non c'è il codice STS11 sul WS della RER, che codice dobbiamo mandare?	Il record relativo a quell'assistito non va inviato in SIAR. Nel flusso vanno inviati SOLO gli utenti residenti o non residenti che sono assistiti in strutture presenti sul territorio regionale .
File1	A002	Codice struttura erogatrice	Se ho utenti con gravissime disabilità acquisite (GRAD) ma che frequentano il CSRD con le regole del disabile grave, vanno inviati nel flusso SIAR? (ad es. paziente affetto da COREA quindi GRAD che frequenta CSRD modalità partime)	Se non vengono inviati nel flusso GRAD, possono essere inviati in SIAR. L'importante è che non devono essere sovrapposti nei flussi GRAD, SIAR, FAR, SISM gli utenti inseriti in struttura residenziale.
File1	A002	Codice struttura erogatrice	Nel caso un utente frequenti per 3 giorni a settimana un CSRD accreditato e per 2 giorni a settimana un Centro socio occupazionale (CSO), l'utente può essere inserito nei flussi di entrambe le strutture?	Si , l'utente deve essere inserito in entrambe le strutture. Anche l'utente inserito in struttura residenziale che frequenta anche un CSRD deve essere inserito in entrambe le strutture. L'unica sovrapposizione non ammessa è su due strutture residenziali contemporaneamente.
File1	A003	Data di presa in carico	Se l'assistito è entrato in struttura quando ancora questa non aveva l'accreditamento devo indicare che la data di presa in carico dell'assistito è quella in cui la struttura è stata accreditata?	No , la data di presa in carico è sempre quella reale, non va in nessun caso calcolata.
File1	A004-A018	Assistito	Gli utenti per i quali è necessario compilare il flusso sono SOLO quelli per i quali è prevista la compartecipazione della quota sanitaria , da SSN o quota FRNA per le strutture accreditate (CSRR, CSRD)?	Si , devono essere inviati tutti gli utenti inseriti con compartecipazione quota sanitaria (SSN/FRNA) prevista dall'art. 34 LEA. Non devono essere trasmessi i dati di utenti inseriti su posto privato senza compartecipazione SSN/FRNA.
File1	A014	Titolo di studio	Qualora non sia stato rilasciato alcun titolo di studio è possibile compilare il campo facendo riferimento al n. di anni di studio riportati in parentesi nelle opzioni di compilazione?	Per rispondere a questa esigenza è stata inserita (rif. Specifiche funzionali da V1.1) una codifica per il campo A014: 8=Attestato di frequenza e crediti formativi scuola media superiore
File 2- Tracciato B - Tipo di assistenza				
File2	B006	Tipo Assistenza	Le strutture di tipo STS11 (CSRR e CSRD) sono da considerare tutte afferenti alle categorie 3 o 4 in base al tipo di assistenza prevista (a lungo termine o di sollievo)?	Si , sono da intendersi sempre di tipo: 3 = Di mantenimento (lunga permanenza) 4 = Di mantenimento (sollievo)
File 2- Tracciato C - Valutazione, Progetto individuale di assistenza o socio-riabilitativo (PAI/PRI)				
File2	C001	Data di valutazione	Si deve prendere sempre l'ultima valutazione precedente alla data di inizio del trimestre di raccolta dati e marcare questa come valutazione iniziale?	No , la valutazione iniziale per ogni periodo assistenziale (dall'ingresso fino alla dimissione dell'assistito) è sempre la stessa e deve sempre essere inviata uguale ad ogni invio perchè è campo chiave . Considerare la valutazione UVM più recente effettuata prima dell'ingresso in struttura. SOLO nella fase di popolamento iniziale del SIAR è possibile inserire la valutazione più recente anche se effettuata dal gestore.
File2	C001	Data di valutazione	Per Data di valutazione iniziale si intende strettamente la data dell'UVM?	Quando il campo C002 (tipo valutazione)=1 (Valutazione iniziale) la data di valutazione è la valutazione più recente effettuata sul paziente dall'UVM o in fase di popolamento iniziale del flusso la valutazione più recente effettuata, anche se dal gestore. Se la valutazione iniziale è molto vecchia inserire la valutazione più recente effettuata sull'assistito . La data di valutazione può coincidere con la data di attivazione del flusso o con la data di inserimento reale in struttura.
File2	C002	Tipo valutazione	Si può considerare una ri-valutazione periodica anche la verifica del PAI/PRI secondo le seguenti casistiche ? 1) Cambio di fascia del carico assistenziale; 2) Modifica del PAI/PRI in termini temporali (n. di ore di frequenza o passaggio part-time/ full time); 3) Coinvolgimento nel PAI/PRI di figure professionali aggiuntive a fronte di un cambiamento sostanziale dei bisogni dell'utente; 4) Modifica obiettivi del PAI/PRI senza rimodulazione del trattamento in termini di ore o personale coinvolto.	1) se cambiano le condizioni dell'assistito , la ri-valutazione periodica diventa una ri-valutazione per cambio condizioni dell'assistito=3, comporta la chiusura del trattamento in essere e apertura di nuovo trattamento; 2) è ri-valutazione periodica solo se NON cambiano le condizioni dell'assistito (la valutazione potrebbe essere effettuata anche dal gestore senza attivazione di UVM), altrimenti rientra nei casi del punto 1). Il cambio del monte ore del trattamento comporta la chiusura del trattamento in essere e apertura di nuovo trattamento; 3) se non cambiano le condizioni dell'assistito è una ri-valutazione periodica, altrimenti rientra nei casi del punto 1). Modifiche al personale coinvolto nel trattamento comportano la chiusura del trattamento in essere e apertura di nuovo trattamento. 4) se la ri-valutazione prevede il cambio degli obiettivi del PAI/PRI senza cambio di trattamento (stesse ore, stessi professionisti coinvolti) può essere inviata come ri-valutazione periodica/follow-up e NON comporta la chiusura del trattamento in essere. Per ogni rimodulazione del trattamento erogato in termini di modifica ore/giornate di assistenza, personale coinvolto, tariffa applicata, va sempre chiuso il trattamento in essere e riaperto il nuovo trattamento.
File2	C011	Area sensoriale	Come compilare la presenza di deficit di tipo sensoriale se il dato non è recuperabile? <i>Inoltre, nel caso in cui l'utente abbia un dispositivo correttivo (es. auricolare per sordità) si può desumere che conduca una vita normale e quindi compilare il campo con 1=lievi/assenti?</i>	La presenza di deficit sensoriale deve essere desumibile dalla diagnosi , dalla scala utilizzata per la classificazione (Campo C018), dal riconoscimento del tipo di invalidità civile, dall'accertamento dello stato di handicap (L. 104/92) o dalla presenza di dispositivi correttivi/protesici. La compilazione deve essere coerente con il tipo di certificazione in cui viene riconosciuto il deficit sensoriale anche se il dispositivo correttivo può migliorare il livello di autonomia dell'utente.
File2	C013	Supporto sociale	Per Supporto sociale esattamente cosa si intende? La persona con disabilità è sempre seguito almeno dall'assistente sociale del comune, questa condizione porta alla compilazione a SI presente?	Si , il supporto sociale è sempre presente anche in fase di valutazione UVM, in cui viene coinvolto il servizio sociale per la predisposizione del PAI/PRI; nel caso delle strutture STS11 c'è sempre un lavoro di rete tra rete formale (istituzioni, enti che erogano servizi) o informale (parenti, amici, vicini di casa, soggetti del non profit).

File2	C014	Stabilità clinica	Come va compilato il campo "valutazione di stabilità clinica"?	Se non è previsto il medico di struttura: nei CSRD si compilerà inserendo il valore 1= valutazione non eseguita; nei CSRR si compilerà sulla base della valutazione fatta dal medico di medicina generale (o dal medico di struttura dove presente).
File2	C016	Trattamenti socio-riabilitativi	Per le strutture STS11 (CSRD e CSRR) i trattamenti socio-riabilitativi devono sempre essere 1= sì?	Sì, anche per i non accreditati. Se presenti deve essere sempre previsto anche il supporto sociale (campo C013 =1 oppure 2)
File2	C017	Dispositivo Protesi	Con il termine "le funzioni in analisi" si intendono le funzioni relative alla diagnosi principale o anche alle diagnosi accessorie? <i>Es. Paziente con diagnosi di ritardo mentale grave affetto anche da epilessia (diagnosi secondaria) l'uso del caschetto di protezione deve essere segnalato?</i>	Vanno indicati tutti i dispositivi/protesi/ortesi utilizzati anche se non direttamente correlabili alla diagnosi prevalente o concomitante per la presa in carico dell'assistito.
File2	C018-C023	Scala Esito	Qualora come scala si inserisca un valore diverso da ICF 2018 (codici diversi da 0) i campi "esito" come vanno compilati?	Va indicato il valore di esito previsto per la scala indicata. Ad oggi sono codificati e controllati solo i valori corrispondenti alla scala prevista da DD 2023/2010 (scala ICF 2018, valore C018=0)
File2	C028	Giorni previsti dal PAI/PRI	Se l'utente è entrato in struttura nel corso dell'anno (ad esempio Data ingresso 01/09/2023 in un residenziale) I giorni previsti nel PAI/PRI possono essere 365 o va rapportato alla data di ingresso quindi 122? Lo stesso per le ore del PAI/PRI: (ore giornaliere previste x giorni settimana previste x 52) o puntuale per data di ingresso?	L'indicazione è di inserire il numero di giorni di trattamento previsti dal PAI/PRI nell'anno secondo la valutazione UVM in ingresso a prescindere dal trattamento effettivo che verrà erogato. Non c'è un controllo in merito, se si prevede un inserimento di lungo periodo si può inserire anche 365 indipendentemente dalla data di inserimento in struttura.
File2	C029	Ore annuali previste dal PAI/PRI	Per le strutture residenziali è corretto considerare le 24 ore giornaliere per il calcolo delle ore annuali previste dal PAI/PRI (poiché l'ospite è inserito in struttura in maniera permanente)?	E' possibile considerare le 24 ore gg per il calcolo annuale, l'importante è che queste ore del PAI/PRI siano in linea con le ore di trattamento poi erogate. Indicazioni generali: visto che nel calcolo delle ore di trattamento giornaliere (campo D004) è possibile inserire fino a 24 ore/gg sulla base delle ore di trattamento erogate dai professionisti coinvolti, se nel trattamento erogato sono inserite 24 ore gg allora anche il PAI/PRI dovrebbe essere tendenzialmente sovrapponibile a quanto viene poi erogato per il trattamento.
File2	C030-C042	Professionisti coinvolti per il PAI/PRI	Vanno inseriti solo i professionisti coinvolti nell'erogazione del trattamento in struttura?	Va inserito tutto il personale che opera all'interno della struttura per cui il gestore è in grado di rendicontare le ore di attività all'interno dei progetti PAI/PRI. È un dato che deve essere coerente con i professionisti coinvolti poi nel trattamento erogati, di cui si chiede il monte ore annuale nel File 3.
File2	C039	Professionisti coinvolti - Psicologo	Qualora la figura dello psicologo non sia prevista dal PAI/PRI sul singolo utente ma solo come supporto al gruppo di lavoro la sua presenza va riportata solo nel File 3 o è da omettere?	Va prevista nel File 3 e nei PAI/PRI (1=Si) degli assistiti partecipanti al gruppo. Se è difficile individuare chi partecipa al gruppo al momento dell'inserimento in struttura ed è considerata una figura che eroga prestazioni rivolte a tutti gli utenti va indicato 1=Si per tutti i singoli utenti.
File2	C040	Professionisti coinvolti - Assistente Sociale	Gli Assistenti sociali o altri professionisti che sono solo coinvolti nella valutazione/predisposizione del PAI/PRI e ri-valutazione in caso di cambiamenti significativi ma non operano direttamente in struttura per erogare i trattamenti previsti dal PAI/PRI vanno indicati come previsti con 1=SI?	Se non interviene nel trattamento ma si limita all'UVM va compilato 2=No. La valutazione UVM non fa parte del trattamento erogato. Quindi gli AS o altri professionisti se non coinvolti nel trattamento erogato in struttura non andrebbero indicati e non andrebbero nemmeno conteggiate le ore annuali nel File 3 in quanto considerano solo le ore annuali erogate dai professionisti coinvolti nel trattamento in struttura.
File 2- Tracciato D - Trattamenti erogati, durata e tariffe				
File2	D004	Ore di trattamento giornaliere effettive	Nei Centri diurni socio-riabilitativi, nel caso di frequenza diversificata durante la settimana per calcolare la frequenza giornaliera è corretto fare la media della frequenza settimanale? <i>Es. lunedì e mercoledì giornata intera (8h), martedì e giovedì mezza giornata (4h)</i>	Nel caso dell'esempio indicare: D003 Giorni effettivi di trattamento=4 D004 Ore trattamento die= 6 (media della frequenza settimanale)
File2	D005	Distretto pagante	Utenti che alla data di ingresso nel CSRD erano residenti in un distretto e nel corso del tempo hanno cambiato distretto e adesso il distretto pagante è un altro.	Il campo 'Distretto pagante' consente che il pagante non sia lo stesso della residenza. Se cambia il distretto pagante nel corso della rilevazione il trattamento in essere va chiuso e bisogna aprire un nuovo trattamento con nuovo distretto pagante e tariffa applicata.
File2	D007	Tariffa giornaliera	La ri-valutazione UVM evidenzia un cambio delle condizioni dell'assistito ma la tariffa cambia in un momento diverso (es. dal giorno 1 del nuovo anno, ma è un discorso puramente economico)	L'indicazione è di inserire il periodo effettivo della tariffa applicata : se cambia la quota dal 1° gennaio allora vuol dire che attivo un nuovo trattamento dal 1° gennaio con la nuova tariffa. La valutazione UVM con l'esito aggiornato rimane la stessa e va inserita con la data in cui viene effettuata.
File2	D007	Tariffa giornaliera	Se è previsto l' incremento delle tariffe giornaliere a trimestre iniziato è possibile dire ai gestori di fare una media tra le due tariffe per la compilazione del campo senza chiudere e riaprire il trattamento in corso nel trimestre?	Sì, in questo caso cambiando solo la tariffa e non le condizioni dell'assistito è possibile non chiudere il trattamento, la tariffa inviata nel trimestre sarà una media ponderata sulle base delle giornate di assistenza erogate.
File2	D007	Tariffa giornaliera	Dato che in molti Centri socio-occupazionali la tariffa non è per singolo utente ma a canone mensile , sarebbe utile definire una modalità di calcolo comune per questi CSO. Rispetto alla percentuale di FRNA/SSN da indicare sarebbe utile comunicare ai gestori una quota fissa.	Se il canone mensile del CSO è stabilito sulla base delle ore e giornate di frequenza effettive di tutti gli utenti, allora la tariffa gg dovrebbe essere pari al canone mensile / gg complessive di frequenza a tempo pieno degli utenti nel mese (4h, 6h, 8h a seconda dell'orario di frequenza a tempo pieno previsto dal CSO). Le giornate di frequenza a tempo pieno saranno calcolate come (N. ore complessive di frequenza di tutti gli utenti nel mese / 8h), oppure utilizzare 4h o 6h a seconda della frequenza a tempo pieno del CSO. Per i Centri socio occupazionali (CSO) viene applicato il 70% a carico sanità (LEA).
File2	D008	PercentualeFRNA_SSN	In relazione alla percentuale di quota tariffaria a carico del SSN , come da art. 34 del DPCM 12/01/2017 (Nuovi Lea) si chiede come compilare il campo.	Per gli utenti con tipo di assistenza: 'Assistenza di mantenimento e cura', vale quanto riportato nell'art. 34 dei LEA: - Per i Centri socio-riabilitativi residenziali (CSRR) riportare il 70% a carico sanità - Per Centri socio-riabilitativi diurni (CSRD) e per i Centri socio occupazionali (CSO) riportare il 70% a carico sanità - Per i Gruppi appartamento (GrApp) riportare il 40% a carico sanità Nella quota FRNA in valori assoluti (campo successivo D009) deve essere riportata la quota effettiva FRNA, che spesso non corrisponderà con il 70%.

File2	D009-D010	Quota FRNA- Quota DSM	Se sono presenti diversi utenti con problemi comportamentali gravissimi che richiedono l'integrazione di personale educativo aggiuntivo rispetto a quanto previsto dalla tariffa A+35, il gestore rendiconta le ore aggiuntive nei tracciati 2 e 3, nei campi relativi al trattamento erogato. Sul versante dei costi, trattandosi di quote ulteriori rispetto alle quote FRNA /DSM, come possiamo inserire i costi e se sia eventualmente opportuno prevedere uno o più campi del tracciato nei quali inserire il n. di ore aggiuntive rispetto al personale previsto dall'A+35 e il costo orario / tariffa per le fasce diurna/notturna o festiva?	Indicare sempre la tariffa complessiva, anche se è presente la maggiorazione rispetto alle tariffe della DGR 273/2016. - oltre alla maggiorazione A+35 già prevista dal nostro sistema tariffario (DGR 273/16) si aggiungono altre ore di professionisti pagati con fondo sanitario e quindi la tariffa giornaliera (D007) sarà comprensiva di questa quota aggiuntiva. - nella Quota FRNA (D009) e nella Quota DSM (D010) saranno inserite rispettivamente le quote di compartecipazione effettiva FRNA, e di quota effettiva DSM, in questo modo sottraendo alla Tariffa giornaliera le quote FRNA e DSM avremo la quota aggiuntiva a carico del Fondo sanitario (SSN).
File 2- Tracciato E - Sospensioni del trattamento				
File2	E002	Data fine sospensione	Nel tracciato è indicato che la data fine sospensione deve essere compresa nell'anno di riferimento. Significa che se ci sono ad esempio ricoveri a cavallo dell'anno dobbiamo chiudere la sospensione al 31/12 e riaprirla al 01/01 dell'anno successivo?	Va inviata la fine sospensione nel periodo di rilevazione in cui avviene: se al 31.12 la sospensione è in corso la data di fine sospensione nel flusso non va inviata; nell'anno successivo si invia la stessa sospensione con la data reale in cui è cominciata e la data di fine.
File2	E002	Data fine sospensione	Le assenze per malattia sono da considerare sospensioni?	Vanno considerate Sospensioni solo: - le assenze per ricovero temporaneo in ospedale, - le assenze per allontanamento temporaneo (periodo estivo...), - le assenze per periodi prolungati per cui è interrotta l'erogazione del trattamento e non viene rimborsata la tariffa, secondo le regole del sistema tariffario regionale. Nel campo (D003) dei giorni effettivi di trattamento erogato andranno invece conteggiati solo i giorni di effettiva presenza dell'utente, al netto di tutte le gg di assenza e di sospensione.
File2	E001-E002	Sospensione	Il caso di inserimento di sollievo in CSRR che però viene effettuato solo per i weekend e per cui ad ogni inserimento corrisponde una autorizzazione, ome deve essere inviato?	La presa in carico rimane la stessa , non va mai chiusa mentre sarà aperto e chiuso il trattamento ad ogni we. Anche la valutazione iniziale è sempre la stessa legata alla presa in carico.
File2	E001-E002	Sospensione	In caso di assenza per ricovero ospedaliero , le date di sospensione devono prevedere che il giorno data inizio sospensione deve corrispondere al giorno di ingresso in ospedale (è in struttura e va in ospedale) oppure il primo giorno che non è in struttura e lo stesso per la data fine sospensione: il giorno di dimissione e di rientro in struttura oppure il giorno prima della dimissione dall'ospedale?	Data inizio sospensione è il primo giorno che NON è in struttura (quindi il giorno successivo al ricovero) e data di fine sospensione il giorno prima della dimissione ospedaliera (ultimo giorno i cui è ancora in ospedale)?
File 3 - Ore di annuali di trattamento erogato per struttura dai professionisti coinvolti nell'erogazione del trattamento				
File3	G003-G015	Professionisti coinvolti	Le ore di formazione dei professionisti dedicate vanno rendicontate?	Vanno rendicontate le ore se incluse nel contratto di lavoro e di conseguenza nel monte ora settimanale.
File3	G005 e G007	Professionisti coinvolti	Flusso annuale ore: in caso di infermieri e fisioterapisti per i quali il rimborso sanitario è definito nel contratto di servizio, devono essere indicate le ore che sono rimborsate dall'Ausl o le ore effettivamente erogate dal gestore anche se inferiori o superiori rispetto a quanto previsto dal contratto di servizio?	Le ore effettivamente erogate dal gestore