

Codice A1413C

D.D. 4 marzo 2020, n. 205

"Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali - Nuovi criteri guida per la rilevazione dei dati" - Revoca DD n. 683 del 30 settembre 2010.



ATTO N. DD-A14 205

DEL 04/03/2020

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1413C - Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari

OGGETTO: “Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali – Nuovi criteri guida per la rilevazione dei dati” - Revoca DD n. 683 del 30 settembre 2010.

Con D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 “Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009” si è provveduto ad ottemperare a quanto disposto dai Decreti Ministeriali del 17 dicembre 2008 riguardanti:

- “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare” (SIAD);
- “Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali” (FAR).

La summenzionata D.G.R. n. 69-481/2010 ha stabilito che i criteri guida per la corretta compilazione e le modalità di raccolta delle informazioni richieste dai flussi regionali siano adottati con Determinazione Dirigenziale.

Con Determinazione Dirigenziale n. 683 del 30 settembre 2010, è stato pertanto approvato il documento “Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali: Criteri guida per la rilevazione dei dati” nel quale sono definiti i criteri guida per la corretta compilazione e le modalità di raccolta delle informazioni richieste per il Sistema Informativo Assistenza Domiciliare Regione Piemonte (SIAD RP) e per il Flusso di Assistenza Residenziale Regione Piemonte (FAR RP), predisposti in ottemperanza alla succitata D.G.R. n. 69-481/2010.

Dalla data di approvazione del documento di cui al paragrafo precedente alla data di approvazione della presente Determinazione, sono intervenuti aggiornamenti delle Specifiche funzionali dei

tracciati ministeriali FAR e SIAD e conseguenti aggiornamenti del Disciplinare tecnico, che norma i corrispondenti tracciati regionali FAR, CAVS in FAR e SIAD, nonché l’emanazione di nuove delibere regionali inerenti all’assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria, all’assistenza residenziale temporanea sanitaria extraospedaliera e alle Cure Domiciliari Sanitarie.

Pertanto, si rende opportuno:

- revocare la Determinazione Dirigenziale n. 683/2010,
- suddividere in due documenti distinti i Criteri guida per la rilevazione dei dati, nello specifico: Allegato A “Flusso informativo regionale delle prestazioni residenziali, residenziali temporanee e semiresidenziali sociosanitarie, residenziali temporanee sanitarie extraospedaliere” e Allegato B “Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari sanitarie e cure domiciliari nella fase di lungoassistenza”, al fine di migliorarne la fruizione.

Attestata l’assenza degli effetti diretti ed indiretti, del presente provvedimento, sulla situazione economico - finanziaria e sul patrimonio regionale.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. 17 ottobre 2016, n. 1-4046.

Tutto ciò premesso,

IL DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- artt. 4 e 17 del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;
- art. 17 della L.R. n. 23/2008;
- Decreti Ministeriali del 17 dicembre 2008;
- D.G.R. n. 69 - 481 del 2 agosto 2010;
- D.D n. 683 del 30 settembre 2010;

determina

- di revocare la Determinazione Dirigenziale n. 683 del 30 settembre 2010 “Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali: Criteri guida per la rilevazione dei dati”;
- di approvare i nuovi documenti “Flusso informativo regionale delle prestazioni residenziali, residenziali temporanee e semiresidenziali sociosanitarie, residenziali temporanee sanitarie extraospedaliere” – Allegato A – e “Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari sanitarie e cure domiciliari nella fase di lungoassistenza” – Allegato B – parti integranti e sostanziali del presente provvedimento – in cui sono definiti i criteri guida per la corretta compilazione e le modalità di raccolta delle informazioni richieste per il Sistema Informativo Assistenza Domiciliare Regione Piemonte (SIAD RP) e per il Flusso di Assistenza Residenziale

Regione Piemonte (FAR RP);

- di dare atto che il presente provvedimento non comporta, in generale, nuovi né maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni, dalla notificazione o dall'intervenuta piena conoscenza.

Il funzionario estensore
Franca Lovaldi

IL DIRIGENTE (A1413C - Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari)
Fto Franco Ripa

Allegato

**FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE
delle
PRESTAZIONI RESIDENZIALI,
RESIDENZIALI TEMPORANEE E SEMIRESIDENZIALI
SOCIOSANITARIE,
RESIDENZIALI TEMPORANEE SANITARIE
EXTRAOSPEDALIERE¹**

CRITERI GUIDA PER LA RILEVAZIONE DEI DATI

Versione 30 gennaio 2020

¹ definito nel “Disciplinare Tecnico STER - Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali” parte della D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate.”, aggiornato con -D.D. 945/A1416B del 20/12/2019 “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.”

CRONOLOGIA VARIAZIONI	3
PRESENTAZIONE.....	4
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	4
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	7
Articolazione degli interventi residenziali e semiresidenziali	7
La cartella residenziale o semiresidenziale	8
La struttura di erogazione	9
LE INFORMAZIONI OGGETTO DI RILEVAZIONE	10
IL PROCESSO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	11
Richiesta o segnalazione.....	11
Presa in carico.....	12
Evento Tariffa giornaliera applicata	18
Evento prestazioni semiresidenziali (SR).....	19
Evento sospensione.....	19
Evento valutazione / rivalutazione	21
Evento conclusione.....	25
CALENDARIO DEGLI INVII	27

CRONOLOGIA VARIAZIONI

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V01	30/01/2020	- Versione iniziale del documento, per estrapolazione dai Criteri guida allegati alla D.D. n. 683 del 30 settembre 2010 “Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali: Criteri guida per la rilevazione dei dati”.

PRESENTAZIONE

Lo scopo del presente documento è quello di definire, nell'ambito dei nuovi flussi informativi regionali sull'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR-RP), i criteri guida per la corretta compilazione delle informazioni previste nei flussi.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- **D.G.R. n. 93-21140 del 21 luglio 1997** “Approvazione requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici dei Centri Residenziali per soggetti in Stato Vegetativo permanente”
- **D.G.R. n. 17-10378 del 8 settembre 2003**, “Progetto speciale sperimentale di residenza idonea alla riabilitazione e all’assistenza attraverso percorsi personalizzati per pazienti affetti da Sclerosi Multipla, realizzato dal Centro Sclerosi Multipla dell’A.S.O. Santa Croce e Carle di Cuneo in collaborazione con l’A.S.L. 15 di Cuneo”
- **D.G.R. n. 72 – 14420 del 20 dicembre 2004**, “Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente”.
- **D.M. del 22 febbraio 2007, n. 43** “Regolamento recante: definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell’articolo 1 comma 169 della L. 30 dicembre 2004 n. 311”.
- **D.G.R. n. 10-5605 del 2 aprile 2007** “Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte - Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali e la determina dirigenziale”.
- **D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008**, “Cartella Geriatrica dell’Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti” e della D.G.R. n. 14-26366/1998 “Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG”.
- **D.M. del 17 dicembre 2008** “Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali.”, pubblicato nella G.U. n. 6 del 9 gennaio 2009.
- **D.G.R. n. 44-12758 del 7 dicembre 2009** “Approvazione dello schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio sanitarie accreditate”
- **D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010** “Istituzione del percorso clinico assistenziale per persone in stato vegetativo, Stato di Minima Coscienza, *Locked-in Syndrome*”.

- **DGR n. 69-481 del 2 agosto 2010** “Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41- 5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009”.
- **D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012** “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni”.
- **D.G.R. n. 6-5519 del 14 marzo 2013** “Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03/04/2012 (P.S.S.R. 2012-2015)”.
- **D.G.R. n. 14-5999 del 25 giugno 2013** “Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all’ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013”
- **D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013** “Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012”.
- **D.G.R. n. 18-1326 del 20 aprile 2015** “Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall’esercizio 2015”
- **D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015** “Definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria. Modifica alla D.G.R. n. 6-5519/2013. Modifiche ed integrazioni agli allegati A), B) e C) alla D.G.R. n. 13-2022 del 5 agosto 2015”.
- **D.D. n. 924 del 30 dicembre 2015** “Modalità operative per l’esercizio dell’attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS)”.
- **D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016** “Modulazione dell’offerta degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell’Unità di Valutazione Geriatrica”.
- **D.G.R. n. 32-3342 del 23 maggio 2016** “Disposizioni relative all’attivazione di prestazioni di tipo riabilitativo aggiuntive alle attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) di cui alla D.G.R. 6-5519 del 14 marzo 2013 e s.m.i.”
- **D.D. n. 381 del 30 giugno 2016** “D.G.R. 34-3309 del 16 maggio 2016 ‘Modulazione dell’offerta degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell’Unità di Valutazione Geriatrica’ – Adozione della nuova Cartella Geriatrica dell’Unità di Valutazione Geriatrica”
- **D.D. n. 382 del 30 giugno 2016** “D.G.R. 34-3309 del 16 maggio 2016 ‘Modulazione dell’offerta degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso

di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica' – Adozione nuova 'Scheda Informativa sanitaria'”

- **D.D. n. 383 del 30 giugno 2016** “D.G.R. 34-3309 del 16 maggio 2016 ‘Modulazione dell’offerta degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell’Unità di Valutazione Geriatrica’ – Adozione nuovo modulo ‘Richiesta di valutazione/rivalutazione’”.
- **D.D. n. 384 del 30 giugno 2016** “D.G.R. 34-3309 del 16 maggio 2016 ‘Modulazione dell’offerta degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell’Unità di Valutazione Geriatrica’ – Approvazione dello schema contrattuale”.
- **D.G.R. n. 12-3730 del 27 luglio 2016** “Modifiche ed integrazioni dell’allegato A D.G.R. 6-5519 del 14/03/2013 – paragrafo ‘Continuità assistenziale a valenza sanitaria’. Modifiche ed integrazioni agli allegati A), B) e C) alla D.G.R. n. 30-3016 del 7 marzo 2016”.
- **Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 130/CU)** ai sensi dell’art. 9, comma 2, lett. c), del D.lgs 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sui documenti “Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze” e “Linee di indirizzo Nazionali sull’uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze.
- **Specifiche funzionali dei tracciati FAR** (Flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali) versione 6.3 di maggio 2018, rilasciate dal Ministero della Salute in data 16/05/2018, per la trasmissione dei dati inerenti agli esercizi 2018 e successivi.
- **D.G.R. n. 28-6423 del 26 giugno 2018** “DGR n. 37-4207 del 14 novembre 2016. Approvazione dei requisiti organizzativi del Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)”
- **D.G.R. n. 30-7568 del 21 settembre 2018** “Ridefinizione del fabbisogno dei posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS). Aggiornamento dell’Allegato A alla D.G.R. n. 12-3730 del 27 luglio 2016”.
- **D.D. n. 945/A1416B del 20/12/2019** “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.”

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

I flussi informativi riguardano:

Assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria: prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate da Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti, di cui alla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR), ad anziani o a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Rientrano nella rilevazione gli assistiti in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza, *Locked-in-Syndrome*, Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase terminale, Sclerosi Multipla.

Non costituiscono oggetto di monitoraggio le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a:

- disabili;
- persone affette da patologie psichiatriche e patologie da dipendenza;
- minori;
- ricoveri nelle strutture ex art. 26.

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS): riguarda le prestazioni sanitarie residenziali erogate da strutture residenziali – ivi comprese le Residenze Sanitarie Assistenziali autorizzate e accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) – per attività di ricovero in posti letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS).

Articolazione degli interventi residenziali e semiresidenziali

Al fine di consentire la corretta lettura dei dati nell'ambito del sistema di monitoraggio regionale, gli interventi di assistenza residenziale e semiresidenziale sono articolati in tipologie di Progetto e tipologie di Cura e intensità come da normative regionali.

La tabella che segue riporta i codici dei progetti e delle relative tipologie di cura, nonché l'indicazione relativa alle finalità di monitoraggio.

Flusso	Tipologia di Progetto	Tipologia di Cura
FAR (RE)	2 = Semiresidenziale sociosanitario	1 = Centri Diurni
		2 = Centri Diurni Alzheimer (CDAA, CDAI)
	3 = Residenziale sociosanitario	1 = Progetto intensità bassa
		14 = Progetto intensità medio-bassa
		2 = Progetto intensità media
		3 = Progetto intensità medio-alta
	4 = Residenziale temporaneo sociosanitario	4 = Progetto intensità alta
		5 = Progetto intensità alta incrementata
		6 = Progetto per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza <u>in</u> NSV

		18 = Progetto per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza non in NSV
		27 = Progetto ad personam <u>in</u> NSV
		7 = Progetto per <i>locked-in-syndrome</i> <u>in</u> NAC
		19 = Progetto per <i>locked-in-syndrome</i> non in NAC
		8 = Progetto per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale <u>in</u> NAC
		20 = Progetto per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale non in NAC
		9 = Progetto per sclerosi multipla in stadio avanzato <u>in</u> NAC
		21 = Progetto per sclerosi multipla in stadio avanzato non in NAC
		22 = Altro progetto di alta complessità <u>in</u> NAC
		23 = Altro progetto di alta complessità non in NAC
		26 = Progetto ad personam <u>in</u> NAC
		10 = Progetto per Alzheimer e demenza <u>in</u> NAT
		24 = Progetto per Alzheimer e demenza non in NAT
		25 = Progetto ad personam per Alzheimer e demenza <u>in</u> NAT
		11 = Progetto ad personam intensità bassa non in NAT/NAC/NSV
		15 = Progetto ad personam intensità medio-bassa non in NAT/NAC/NSV
		12 = Progetto ad personam intensità media non in NAT/NAC/NSV
		16 = Progetto ad personam intensità medio-alta non in NAT/NAC/NSV
		13 = Progetto ad personam intensità alta non in NAT/NAC/NSV
		17 = Progetto ad personam intensità alta incrementata non in NAT/NAC/NSV
CAVS (CA)	6 = Residenziale temporaneo sanitario	1 = CAVS ²
		2 = CAVS con pacchetto riabilitativo

La cartella residenziale o semiresidenziale

Le informazioni riferite a ciascun soggetto devono essere organizzate in una “Cartella” identificata da anno e progressivo (anno di presa in carico e progressivo assoluto per ASL).

- Ogni “Cartella” si riferisce a uno specifico Progetto (residenziale, residenziale al domicilio, semiresidenziale, residenziale temporaneo sociosanitario e residenziale temporaneo sanitario) e a una specifica Tipologia di Cura.
- La Cartella si apre ad ogni nuova Presa in Carico e si chiude alla conclusione della stessa.

² Ivi compreso il CAVS ordinario a indirizzo Neuropsichiatrico

- In caso di cambio di Tipologia di Progetto, la Cartella va chiusa e riaperta con la nuova combinazione di Tipologia di Progetto e Tipologia di cura.
- Nella stessa Tipologia di Progetto il cambio di Tipologia di Cura comporta la chiusura della Cartella e la successiva riapertura contigua di una nuova cartella.
- La Cartella deve essere chiusa anche in caso di cambio struttura, con una riapertura immediata e contigua (data di presa in carico della nuova cartella **COINCIDENTE** con la data di conclusione della precedente cartella) [D.G.R. n. 44-12758/2009].
- Per uno stesso soggetto possono coesistere un Progetto di semiresidenzialità **o** di RSA aperta e un Progetto di Cure Domiciliari Sanitarie;
- Per uno stesso soggetto possono coesistere un Progetto residenziale temporaneo sociosanitario e un Progetto di Cure Domiciliari Sanitarie, quest'ultimo tuttavia **sospeso** per il periodo di presa in carico da parte della struttura residenziale;
- Inoltre, per uno stesso soggetto possono coesistere un Progetto di RSA aperta e uno di residenzialità temporanea sociosanitaria.
- Per uno stesso soggetto possono coesistere un Progetto residenziale temporaneo sanitario e un Progetto di RSA aperta, quest'ultimo tuttavia sospeso per il periodo di presa in carico sanitaria.
- Per uno stesso soggetto può coesistere una presa in carico ospedaliera con uno dei Progetti residenziali o semiresidenziali, quest'ultimo tuttavia sospeso per il periodo di presa in carico ospedaliera.

La struttura di erogazione

Per la Regione Piemonte la struttura di erogazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale è identificata da:

- Codice ASL di presa in carico e che eroga la quota SSR della tariffa alla Struttura residenziale o semiresidenziale
- Codice ASL territorialmente competente della Struttura residenziale o semiresidenziale
- Codice STS11 della Struttura residenziale o semiresidenziale
- Codice Punto di erogazione della Struttura residenziale o semiresidenziale (secondo l'articolazione definita in Anagrafe delle Strutture da ciascuna Azienda – ossia la Matricola, di Unità Produttiva)

Nota: il flusso dell'assistenza residenziale e semiresidenziale del NSIS (FAR) definisce "ASL erogatrice" l'ASL sul cui territorio è ubicata la Struttura residenziale / semiresidenziale (ASL territorialmente competente) mentre, per la Regione Piemonte, l'"ASL erogatrice" (o di effettiva presa in carico) è l'ASL che corrisponde la quota SSR della tariffa alla Struttura residenziale / semiresidenziale. Nell'ambito del flusso regionale (FAR-RP) sono rilevate le due ASL:

- *l'ASL inviante: rilevata solo a livello regionale, è l'ASL che corrisponde la quota SSR della tariffa (non prevista nel tracciato FAR del NSIS);*

- *l'ASL di erogazione: è l'ASL territorialmente competente della Struttura residenziale o semiresidenziale come richiesto dal flusso FAR del NSIS.*

*Le due ASL, "inviante" ed "erogante", **possono** anche coincidere.*

LE INFORMAZIONI OGGETTO DI RILEVAZIONE

Sono oggetto di rilevazione le informazioni relative alle seguenti macroattività del processo di assistenza residenziale/semiresidenziale e di RSA aperta:

- richiesta o segnalazione
- presa in carico
- valutazione iniziale
- prestazioni
- rivalutazione
- sospensione
- conclusione.

Le informazioni inerenti alle Prese in Carico di RSA Aperta sono attualmente rilevate esclusivamente attraverso il Portale FARSIAD-RP e non inviate al flusso ministeriale FAR, tuttavia censite nei Piani di Attività aziendali (PIA).

Il Flusso FAR-RP, relativo all'assistenza residenziale/semiresidenziale: è costituito dal tracciato di "Anagrafica e Presa in carico" (ANAG) e dal tracciato "EVENTI di assistenza residenziale/semiresidenziale" (RES).

Vengono nel seguito descritte le macroattività relative al processo di assistenza residenziale/semiresidenziale oggetto di rilevazione, le responsabilità, l'*output* e le informazioni richieste dal flusso di rilevazione.

IL PROCESSO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

Richiesta o segnalazione

Evento	Richiesta o segnalazione: i soggetti autorizzati segnalano l'esigenza di assistenza residenziale o semiresidenziale all'Unità di Valutazione di competenza dell'ASL di residenza.				
Attività	Responsabile	Descrizione	Output	Flusso RES	
				Tracciato e sezione informativa	Dati richiesti
Presentazione richiesta	Richiedente	I soggetti autorizzati presentano la richiesta all'Unità di Valutazione di competenza	Richiesta o segnalazione		
Presentazione richiesta	Segreteria dell'Unità di Valutazione di competenza	Protocolla la domanda	Data di protocollo della domanda	ANAG: <i>Richiesta</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Data accettazione richiesta - Soggetto Richiedente - Motivazione richiesta

Le informazioni trattate:

- **Data di accettazione della richiesta:** è la data di presentazione della richiesta all'UVG (per anziani/non autosufficienti) o all'UMVD (per inserimenti in NSV e NAC) dell'ASL di residenza – ferme restando le “Avvertenze per cambio di residenza” presenti nella D.D. n. 383 del 30 giugno 2016.
- **Soggetto richiedente:**
 - 1 = propria
 - 2 = familiare – affine
 - 3 = soggetto civilmente obbligato (Tutore, amministratore di sostegno)
 - 4 = assistente sociale
 - 5 = medico MMG/PLS [D.G.R. n. 62-13647/2010]
 - 6 = medico ospedaliero
 - 9 = Non rilevato

Il valore residuale 9 (tipo soggetto richiedente non rilevato) può essere utilizzato per la sola rilevazione delle Prese in Carico CAVS precedenti al 1/10/2016, qualora il dato non sia effettivamente disponibile.

- **Motivo della richiesta:** prevede le seguenti motivazioni:

- 1 = perdita autonomia
- 2 = stabilizzazione stato clinico (post acuzie)
- 3 = insufficienza del supporto familiare / *caregiver*
- 4 = solitudine
- 5 = alloggio non idoneo
- 6 = altra motivazione sociale
- 9 = Non rilevata

Il valore residuale 9 (motivazione richiesta non rilevata) può essere utilizzato per la sola rilevazione delle Prese in Carico CAVS precedenti al 1/10/2016, qualora il dato non sia effettivamente disponibile.

Presenza in carico

Evento	<i>Presenza in carico:</i> la segreteria dell'Unità di Valutazione di competenza dell'ASL di residenza prende in carico il paziente mediante apertura della Cartella Residenziale/Semiresidenziale di Assistenza residenziale/semiresidenziale.				
Attività	Responsabile	Descrizione	Output	Flusso RES	
				Tracciato e sezione informativa	Dati richiesti
Presenza in carico del soggetto	Struttura preposta dell'ASL di residenza (secondo l'articolazione di ogni Azienda)	Al verificarsi delle condizioni necessarie il soggetto valutato viene preso in carico dall'ASL che, a partire dalla data di comunicazione della presa in carico alla Struttura scelta dal soggetto, inizia a erogare la quota di competenza sanitaria.	Comunicazione e trasmissione del Progetto individuale alla Struttura residenziale / semiresidenziale scelta dal soggetto per la valutazione di competenza della Struttura residenziale / semiresidenziale;	ANAG: <i>Presenza in carico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Provenienza assistito - Numero Cartella Residenziale/Semiresidenziale - Data presa in carico - Tipologia di Progetto e tipologia di Cura - Struttura di erogazione - Tariffa giornaliera

Le informazioni trattate:

- **Provenienza assistito:**

Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea sociosanitaria:

- 1 = Abitazione
- 2 = Struttura protetta sociosanitaria
- 3 = Struttura sociale
- 4 = Struttura ospedaliera
- 5 = Struttura di riabilitazione
- 9 = Altro
- 10 = Altra tipologia di cura residenziale / semiresidenziale
- 11 = Casa di cura
- 12 = Da altra struttura di altra ASL chiusa amministrativamente
- 13 = Da altra struttura della stessa ASL chiusa amministrativamente
- 14 = Apertura amministrativa per riassetto territoriale ASL
- 15 = Struttura ospedaliera di altra Regione
- 16 = Casa di cura di altra Regione
- 17 = CAVS

Quando la provenienza di un assistito è un'altra struttura residenziale/semiresidenziale, il campo dev'essere valorizzato con il valore 2 (struttura protetta sociosanitaria).

Assistenza residenziale temporanea sociosanitaria (CAVS):

- 1 = Abitazione
- 4 = Struttura ospedaliera
- 10 = Altra tipologia di cura residenziale / semiresidenziale
- 11 = Casa di cura
- 14 = Apertura amministrativa per riassetto territoriale ASL
- 15 = Struttura ospedaliera di altra Regione
- 16 = Casa di cura di altra Regione
- 17 = CAVS

- **Data di presa in carico:** data inizio erogazione della quota di competenza sanitaria da parte dell'ASL di competenza.
- **Tipologia di Progetto:** specifica se il Progetto è residenziale, semiresidenziale, residenziale temporaneo o di RSA aperta. Per quanto attiene alla residenzialità temporanea, questa è attivata da un percorso di:
 - continuità assistenziale Ospedale – Territorio;
 - Progetto residenziale temporaneo in sede di valutazione dell'Unità di Valutazione competente.
 - Progetto di RSA aperta (**tipologia di progetto rilevata esclusivamente sul Portale FARSIAD-RP**).

- **Tipologia di cura:** specifica la tipologia di cura sulla base dei bisogni sanitari e sociali.

Assistenza semiresidenziale sociosanitaria:

1= Progetti in Centri Diurni

2= Progetti in Centri Diurni Alzheimer (CDAA, CDAI)

Assistenza residenziale e residenziale temporanea sociosanitaria:

1 = Progetto intensità bassa

14 = Progetto intensità medio-bassa

2 = Progetto intensità media

3 = Progetto intensità medio-alta

4 = Progetto intensità alta

5 = Progetto intensità alta incrementata

6 = Progetto per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza in NSV

18 = Progetto per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza non in NSV

27 = Progetto ad personam in NSV

7 = Progetto per *locked-in-syndrome* in NAC

19 = Progetto per *locked-in-syndrome* non in NAC

8 = Progetto per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale in NAC

20 = Progetto per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale non in NAC

9 = Progetto per sclerosi multipla in stadio avanzato in NAC

21 = Progetto per sclerosi multipla in stadio avanzato non in NAC

22 = Altro progetto di alta complessità in NAC

23 = Altro progetto di alta complessità non in NAC

26 = Progetto ad personam in NAC

10 = Progetto per Alzheimer e demenza in NAT

24 = Progetto per Alzheimer e demenza non in NAT

25 = Progetto ad personam per Alzheimer e demenza in NAT

11 = Progetto ad personam intensità bassa non in NAT/NAC/NSV

15 = Progetto ad personam intensità medio-bassa non in NAT/NAC/NSV

12 = Progetto ad personam intensità media non in NAT/NAC/NSV

16 = Progetto ad personam intensità medio-alta non in NAT/NAC/NSV

13 = Progetto ad personam intensità alta non in NAT/NAC/NSV

17 = Progetto ad personam intensità alta incrementata non in NAT/NAC/NSV

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS):

1 = CAVS

2 = CAVS con pacchetto riabilitativo

La tipologia di cura per i progetti di RSA aperta è rilevata esclusivamente sul Portale FARSIAD-RP e si riferisce ai seguenti profili:

1 = Profilo di intensità bassa

2 = Profilo di intensità media

3 = Profilo di intensità alta

Gestione Prese in Carico NAT/NAC/NSV

Per le Prese in Carico di assistiti inseriti nei nuclei NSV, NAC, NAT devono essere selezionate rispettivamente le voci:

- 6 = Progetto per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza in NSV
- 7 = Progetto per *locked-in-syndrome* in NAC
- 10 = Progetto per Alzheimer e demenza in NAT

Per le Prese in Carico di assistiti in Stato vegetativo o di Minima coscienza, in *locked-in-syndrome*, con SLA o Sclerosi multipla, con Alzheimer o demenza o altro progetto di alta complessità inseriti in nuclei RSA non dedicati (non NSV, non NAC, non NAT), devono essere rispettivamente selezionate le voci:

- 18 = Progetto per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza non in NSV
- 19 = Progetto per *locked-in-syndrome* non in NAC
- 20 = Progetto per sclerosi laterale amiotrofica in fase terminale non in NAC
- 23 = Altro progetto di alta complessità non in NAC
- 24 = Progetto per Alzheimer e demenza non in NAT

Per le Prese in Carico di assistiti inseriti nei nuclei NSV, NAC, NAT con progetti ad personam devono essere selezionate rispettivamente le seguenti voci:

- 27 = Progetto ad personam in NSV
- 26 = Progetto ad personam in NAC
- 25 = Progetto ad personam per Alzheimer e demenza in NAT

Per le Prese in Carico sia di assistiti in Stato vegetativo o di Minima coscienza, in *locked-in-syndrome*, con SLA o Sclerosi multipla, con Alzheimer o demenza o altro progetto di alta complessità con progetti ad personam sia di assistiti non autosufficienti assimilabili a persone anziane non autosufficienti inseriti in nuclei RSA non dedicati (non NSV, non NAC, non NAT), devono essere rispettivamente selezionate le voci:

- 11 = Progetto ad personam intensità bassa non in NAT/NAC/NSV
- 15 = Progetto ad personam intensità medio-bassa non in NAT/NAC/NSV
- 12 = Progetto ad personam intensità media non in NAT/NAC/NSV
- 16 = Progetto ad personam intensità medio-alta non in NAT/NAC/NSV
- 13 = Progetto ad personam intensità alta non in NAT/NAC/NSV
- 17 = Progetto ad personam intensità alta incrementata non in NAT/NAC/NSV

- **Struttura di erogazione**

Per l'Assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria, le codifiche utilizzate sono le seguenti:

- **Codice ASL territoriale** (sul cui territorio è ubicata la struttura);
- **Codice del Titolare della Struttura** (STS11) che eroga le prestazioni di assistenza residenziale o semiresidenziale (P.IVA);
- **Codice Matricola dell'Unità Produttiva** che rileva l'Attività erogata nel Punto fisico di erogazione (Punto di erogazione).

I codici di Attività residenziale e semiresidenziale sociosanitarie definiti nel catalogo ARPE, associati alle matricole UP, sono:

- Codici di Attività semiresidenziale sociosanitaria:
 - o 2.08.10: Assistenza semiresidenziale a favore di anziani non autosufficienti (centri diurni);
 - o 2.08.11: Assistenza semiresidenziale a favore di altri utenti (Centri Diurni Alzheimer – CDAA-CDAI).
- Codici di Attività residenziale sociosanitaria:
 - o 2.09.10: Assistenza residenziale a favore di anziani non autosufficienti (RSA, RAF, ...);
 - o 2.09.13: Assistenza residenziale anziani a favore di altri utenti (Nuclei Alzheimer Temporaneo – NAT);
 - o 2.09.14: Assistenza residenziale anziani a favore di altri utenti (Nuclei Alta Complessità per patologie neurologiche – NAC);
 - o 2.09.18: Assistenza residenziale Stati Vegetativi e Stati di Minima Coscienza (SV/SMC);
 - o 2.09.73: Assistenza residenziale a favore di altri utenti.

Per l'Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS), le codifiche utilizzate sono le seguenti:

- **Codice ASL territoriale** (sul cui territorio è ubicata la struttura);
- **Codice del Titolare della Struttura** (STS11) che eroga le prestazioni di assistenza residenziale o semiresidenziale;
- **Codice Matricola dell'Unità Produttiva** che rileva l'Attività erogata nel Punto fisico di erogazione (Punto di erogazione).

I codici di Attività per l'assistenza residenziale temporanea sanitaria definiti nel catalogo ARPE, associati alle matricole UP dei relativi nuclei CAVS, sono:

- 2.09.16 Attività CAVS ordinaria;
- 2.09.22 Attività CAVS ordinaria a indirizzo Neuropsichiatrico.

Il flusso FAR del NSIS rileva l'assistenza residenziale e semiresidenziale secondo il criterio della Tipologia di Prestazione (in chiave), mentre la rilevazione regionale prevede la distinzione dell'assistenza in base alla combinazione di Tipologia di Progetto e Tipologia di Cura, nonché, per alcune di esse, sulla base delle patologie Prevalente e Concomitante 1 della Prima Valutazione.

Pertanto, per tali specifiche prese in carico non è ammessa la sostituzione della Prima valutazione, a meno di chiusura e riapertura contigua della Presa in Carico.

Evento Tariffa giornaliera applicata

Le informazioni inerenti alla tariffa giornaliera applicata devono essere aggiornate a ogni sua variazione che **non** derivi da una modifica della fascia d'intensità assistenziale; in tal caso, è indispensabile provvedere a chiusura della Presa in Carico attiva e riapertura di nuova Presa in Carico contigua con diversa Tipologia di cura (v. tabella Tipologia di cura alle pagg. 7 e 8).

La tariffa giornaliera è suddivisa in quota SSR, quota utente e quota Comune/Ente Gestore, con onere di rilevazione della Regione pagante e dell'ASL pagante.

Le informazioni rilevate:

- **Data inizio tariffa:** data di decorrenza della tariffa giornaliera applicata e relative quote;
- **Quota SSR:** quota giornaliera a carico del SSR corrisposta dall'ASL di presa in carico alla Struttura residenziale/semiresidenziale
- **Quota utente:** quota giornaliera a carico dell'utente corrisposta dall'utente o dai suoi familiari alla Struttura residenziale/semiresidenziale
- **Quota Comune/Ente Gestore:** eventuale quota giornaliera di compartecipazione corrisposta dal Comune/Ente Gestore delle funzioni socioassistenziali;
- **Regione pagante:** Regione pagante l'inserimento in struttura³;
- **ASL pagante:** ASL pagante l'inserimento in struttura.

Si precisa che:

- per i soggetti in convenzione presenti in struttura al primo ottobre 2010 (data di avvio della rilevazione regionale), la tariffa giornaliera (quota SSR, quota utente e quota Comune/Ente Gestore) è quella applicata alla data del primo ottobre 2010;
- per i soggetti il cui inserimento in struttura in convenzione avviene dal primo ottobre 2010, la tariffa giornaliera è quella applicata alla data di presa in carico;
- **a decorrere dal 1/01/2018, i dati inerenti alle tariffe applicate sono rilevati attraverso un evento specifico, consentendo pertanto la registrazione di eventuali cambi tariffa senza alcuna necessità di chiusura della Presa in Carico;**
- alla presa in carico dell'Assistito la Data di inizio tariffa coincide con la Data di Presa in Carico;
- **la corresponsione della tariffa giornaliera a carico dell'ASL e, nei casi previsti,**

³ “I cittadini provenienti da altre Regioni che scelgono una struttura residenziale o semiresidenziale ubicata nel territorio piemontese e sono già in carico all'ASL della Regione di provenienza, nel caso in cui quest'ultima non ritenga più suo dovere mantenere la responsabilità progettuale ed economica dell'intervento, devono seguire l'iter di valutazione dell'UVG ai sensi della normativa vigente della Regione Piemonte. Il richiedente dev'essere informato che l'esito della valutazione multidimensionale potrebbe essere difforme da quello della Regione di appartenenza” (Allegato B della DGR n. 34-3309 del 16 maggio 2016)

dell'Ente Gestore delle funzioni socioassistenziali cessa a partire dal giorno successivo a quello in cui si verifica uno dei seguenti eventi: trasferimento, ricovero temporaneo in strutture sanitarie, periodi di rientro al domicilio, dimissioni, decesso, relativamente ai presidi per anziani non autosufficienti. La tariffa deve essere nuovamente corrisposta dal giorno stesso dell'eventuale rientro dell'ospite nel presidio sociosanitario (art. 6, comma IV dello "Schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate" allegato A alla DGR n. 44-12758 del 7 dicembre 2009)

- se Regione di residenza dell'assistito e Regione pagante coincidono, l'indicazione dell'ASL pagante è obbligatoria.

Evento prestazioni semiresidenziali (SR)

Le informazioni devono essere rilevate con cadenza e aggregazione trimestrali (fino a quattro volte all'anno per Presa in Carico semiresidenziale):

- **Periodo di competenza delle prestazioni SR:** anno e trimestre di competenza degli accessi semiresidenziali
- **Tempo parziale:** numero di accessi semiresidenziali a tempo parziale
- **Tempo pieno:** numero di accessi semiresidenziali a tempo pieno

Evento sospensione

Evento	<i>Sospensione:</i> nei casi di necessità di ricovero o di allontanamento temporaneo del soggetto, la Struttura residenziale/semiresidenziale provvede, laddove necessario, alla sospensione dell'assistenza.				
Attività	Responsabile	Descrizione	Output	Flusso RES	
				Tracciato e sezione informativa	Dati richiesti
Segnalazione all'ASL di residenza dell'inizio sospensione dell'erogazione	Struttura residenziale/semiresidenziale	L'ASL di residenza nel caso di ricovero o di allontanamento temporaneo del soggetto, riceve segnalazione della sospensione dell'erogazione dell'assistenza.	Registrazione della sospensione nella Cartella	EVENTI: <i>Sospensione</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Data inizio sospensione - Motivazione - Data fine sospensione
Sospensione dell'erogazione	Struttura residenziale/semiresidenziale	La Struttura residenziale/semiresidenziale sospende l'erogazione del servizio.	Sospensione dell'erogazione dell'assistenza.		
Segnalazione fine sospensione	Struttura residenziale/semiresidenziale	L'ASL di residenza riceve segnalazione del termine della fine sospensione	Registrazione della fine sospensione nella Cartella		

Le informazioni trattate:

Motivazione della sospensione:

Assistenza semiresidenziale / residenziale / residenziale temporanea sociosanitaria:

1 = Ricovero temporaneo in ospedale

2 = Allontanamento temporaneo

3 = Altro

4 = ricovero temporaneo sanitario extraospedaliero (CAVS)

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS):

1 = Ricovero temporaneo in ospedale

2 = Allontanamento temporaneo

3 = Altro

Evento valutazione / rivalutazione

Attività	Responsabile	Descrizione	Output	Flusso RES	
				Tracciato e sezione informativa	Dati richiesti
Evento	<i>Rivalutazione:</i> alle scadenze periodiche o straordinarie, il soggetto valutatore provvede ad effettuare una nuova valutazione, finalizzata all'aggiornamento del quadro clinico e/o assistenziale e/o sociale.				
Prima valutazione	Soggetto valutatore della Struttura residenziale / semiresidenziale	<u>Nel giorno stesso di ammissione</u> in struttura (ingresso) effettua l'individuazione e la misurazione del bisogno dell'ospite.	Valutazione tramite la scheda di valutazione	Eventi: Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> - Data valutazione - Motivo della valutazione - Patologie - Soggetto valutatore - Item di Valutazione
Rivalutazione	Soggetto valutatore della Struttura residenziale / semiresidenziale	Il soggetto valutatore (equipe multiprofessionale della struttura residenziale) alle scadenze periodiche (entro 180 giorni <u>a partire dalla data di presa in carico</u> o a partire dall'ultima valutazione – se successiva alla prima –, la quale può essere una valutazione periodica o straordinaria) o ogni qualvolta risultino significativamente modificate le condizioni assistenziali dell'assistito come previsto dall'art 3 comma 5 del decreto ministeriale del 17/12/2018, effettua una rivalutazione dell'ospite.	<p>Scheda di valutazione aggiornata.</p> <p>Compila e inserisce la Scheda di rivalutazione aggiornata</p>	EVENTI <i>Valutazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Data rivalutazione - Motivo della valutazione - Patologie - Soggetto valutatore - Item di valutazione

N.B. Conformemente alle disposizioni ministeriali già inserite nel DM 17 dicembre 2008, istitutivo del flusso ministeriale FAR, la prima valutazione dev'essere effettuata contestualmente alla Presa in Carico nel giorno stesso di ingresso in struttura residenziale sociosanitaria (RSA, NAT, NAC, NSV) o sanitaria (CAVS).

Le informazioni trattate:

- **Motivo della valutazione:**
 - 1 = prima valutazione / valutazione all'ammissione
 - 2 = valutazione periodica (semestrale)
 - 3 = valutazione straordinaria

- **Patologia prevalente:** è la patologia prevalente riscontrata (codice ICD-9-CM)
- **Patologie concomitante:** eventuali patologie concomitanti riscontrate (codice ICD-9-CM).

* Secondo le “Linee di indirizzo Nazionali sull’uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze” definite al “Tavolo per il monitoraggio del recepimento e implementazione del Piano Nazionale Demenze” del 5/07/2017, per quanto attiene ai **casi di demenza**, i codici sui quali c’è il maggiore consenso in merito alla loro definizione sono elencati nella tabella che segue:

Codeset	Code	Description
9	290	Dementias
9	290.0	Senile Dementia, Uncomplicated
9	290.1	Presenile Dementia
9	290.10	Presenile Dementia, Uncomplicated
9	290.11	Presenile Dementia, With Delirium
9	290.12	Presenile Dementia, With Delusional Features
9	290.13	Presenile Dementia, With Depressive Features
9	290.2	Senile Dementia with Delusional or Depressive Features
9	290.20	Senile Dementia with Delusional Features
9	290.21	Senile Dementia with Depressive Features
9	290.3	Senile Dementia with Delirium
9	290.4	Vascular Dementia
9	290.40	Vascular Dementia, Uncomplicated
9	290.41	Vascular Dementia, With Delirium
9	290.42	Vascular Dementia, With Delusions
9	290.43	Vascular Dementia, With Depressed Mood
9	290.8	Other Specified Senile Psychotic Conditions
9	290.9	Unspecified Senile Psychotic Condition
9	291.2	Alcohol-Induced Persisting Dementia
9	294.0	Amnestic Disorder in Conditions Classified Elsewhere
9	294.1	Dementia in Conditions Classified Elsewhere
9	294.10	Dementia in Conditions Classified Elsewhere without Behavioural Disturbance
9	294.11	Dementia in Conditions Classified Elsewhere with Behavioural Disturbance
9	294.2	Dementia, unspecified
9	294.20	Dementia, unspecified, without behavioural disturbance
9	294.21	Dementia, unspecified, with behavioural disturbance
9	331.0	Alzheimer's Disease
9	331.1	Frontotemporal Dementia
9	331.11	Pick's Disease
9	331.19	Other frontotemporal dementia / Frontal dementia
9	331.2	Senile Degeneration of Brain
9	331.5	Idiopathic normal pressure hydrocephalus (INPH)

Codeset	Code	Description
9	331.7	Cerebral Degeneration in Diseases Classified Elsewhere
9	331.8	Other Cerebral Degeneration
9	331.82	Dementia with Lewy bodies
9	331.83	Mild Cognitive Impairment, So Stated
9	292.82	Drug- induced dementia
9	046.1	Jakob-Creutzfeldt disease
9	331.89	Cerebral degeneration, other
9	331.9	Cerebral degeneration, unspecified

Tabella 1 - Codici ICD-9-CM per la definizione dei casi di demenza

- **Patologie neurologica altamente invalidante:**

- 1 = Stato Vegetativo (SV)
- 2 = Stato di Minima Coscienza (SMC)
- 3 = *Locked-in Syndrome* (LIS)

- **Soggetto valutatore:**

- 1 = MMG/Equipe multiprofessionale
- 2 = Medico di Struttura
- 4 = Direttore sanitario
- 5 = Medico responsabile (C.D.A.A., C.D.A.I., N.A.T.)
- 6 = Medico responsabile dei nuclei NAC e NSV

Per la valutazione si utilizzano gli item previsti dal NSIS come da tabella che segue. Gli eventuali strumenti aggiuntivi sono a carico delle singole equipe, ma non sono oggetto di rilevazione ai fini del flusso informativo regionale/ministeriale.

La scheda di valutazione prevista dal NSIS

Item di valutazione previsti da NSIS	I valori ammessi	Annotazioni
Vita quotidiana	1 - Autonomo 2 - Parzialmente dipendente 3 - Totalmente dipendente	ADL di Barthel (Vita quotidiana)
Grado mobilità	1 - Si sposta da solo 2 - Si sposta assistito 3 - Non si sposta	ADL di Barthel (Mobilità)
Disturbi cognitivi	1 - Lieve 2 - Moderato 3 - Grave	S.P.M.S.Q.
Disturbi comportamentali	1 - Assenti 2 - Presenti	I valori sono ricavabili dal punteggio della scheda A.Di.Co. della Cartella Geriatrica:

Item di valutazione previsti da NSIS	I valori ammessi	Annotazioni
		<p>1 = Assenti: corrisponde al valore A = 0 (disturbi assenti)</p> <p>2 = Presenti: corrisponde ai valori B e C = 2 (disturbi presenti).</p>
Trattamenti specialistici:	Indica i trattamenti specialistici erogati all'assistito.	<p>Riferimento:</p> <p>la nuova scheda "Trattamenti specialistici", prevista dalla Cartella Geriatrica</p>
<i>Alimentazione parenterale</i>	1 = presente 2 = assente	
<i>SNG/PEG</i>	1 = presente 2 = assente	
<i>Tracheostomia</i>	1 = presente 2 = assente	
<i>Ventilazione assistita</i>	1 = presente 2 = assente	
<i>Ossigenoterapia</i>	1 = presente 2 = assente	
<i>Dialisi</i>	1 = presente 2 = assente	
<i>Ulcere da decubito</i>	1 = presente 2 = assente	
<i>Altre prestazioni</i>	1 = presenti 2 = assenti	
Area Sociale	1 – Presenza 2 – Parziale e/o temporanea 3 – Assenza	<p>La somma dei punteggi previsti dalla Cartella Geriatrica nelle Aree 3 (Condizione Familiare) e 4 (Condizioni Assistenziali), ognuna con un <i>range</i> da 0 a 4, deve essere transcodificata nel seguente modo: somma dei punteggi delle due Aree fino a 4 equivale, per il flusso ministeriale, a 1 (presenza della rete familiare o informale), da 5 a 6 equivale a 2 (presenza parziale/temporanea della rete), da 7 a 8 equivale a 3 (assenza di rete).</p>
Modalità finanziamento	1 - Autonomo finanziatore 2 - A carico totale o parziale dei familiari 3 - A carico totale o parziale del comune/A carico totale ASL della Regione Piemonte	I soggetti a totale carico ASL, condizione non prevista dal NSIS, saranno ricondotti al codice 3 in fase di transcodifica dei dati dal livello regionale al flusso FAR del NSIS.

Evento conclusione

Evento	<i>Conclusioni erogazione</i> : al verificarsi delle condizioni per la conclusione dell'erogazione delle prestazioni				
Attività	Responsabile	Descrizione	Output	Flusso RES	
				Tracciato e sezione informativa	Dati richiesti
Attività di conclusione	Il Direttore della Struttura residenziale / semiresidenziale	Avvia le pratiche per la conclusione dell'erogazione dell'assistenza. In caso di trasferimento ad altra Struttura fornisce la documentazione ai sensi della DGR n. 56-13392/2010	Pratica di conclusione della Presa in Carico.	EVENTI: <i>Conclusioni</i>	Data conclusione Motivo
Comunicazione alla Struttura preposta dell'ASL di residenza (secondo l'articolazione di ogni Azienda)	Il Direttore della Struttura residenziale / semiresidenziale	Comunica la data di conclusione e motivazione	Comunicazione e relative pratiche amministrative		
Chiusura della Cartella	Struttura preposta dell'ASL di residenza (secondo l'articolazione di ogni Azienda) e/o Unità di Valutazione competente	Procede alla registrazione dei dati di chiusura della Cartella Residenziale/Semiresidenziale	Aggiornamento dati in Cartella		

Le informazioni trattate:

La conclusione della Presa in Carico comporta la chiusura della Cartella Residenziale / Semiresidenziale e la relativa segnalazione al sistema di monitoraggio regionale attraverso la compilazione dell'evento "Conclusioni".

Le condizioni che determinano la conclusione di un progetto residenziale/semiresidenziale, residenziale temporaneo o di un progetto di RSA aperta sono:

Assistenza residenziale / semiresidenziale / residenziale temporanea sociosanitaria:

- 1 = Dimissione a domicilio senza assistenza
- 3 = Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti
- 4 = Dimissione ad altra tipologia di residenza
- 5 = Decesso
- 6 = Chiusura in seguito a trasferimento amministrativo in altra struttura
- 8 = Cambio tariffa e/o ripartizione quota
- 9 = Dimissione per cambio struttura

- 10 = Chiusura in seguito a trasferimento amministrativo in altra struttura della stessa ASL
- 11 = Chiusura amministrativa per riassetto territoriale ASL
- 12 = Dimissione a domicilio con assistenza – RSA Aperta
- 13 = Dimissione a struttura Residenziale Alberghiera (RA)
- 19 = Dimissione per fine progetto verso medesima struttura
- 20 = Termine progetto (ospite dimissibile)
- 21 = Dimissione a domicilio con assistenza della rete familiare
- 22 = Dimissione a domicilio con assistenza domiciliare sanitaria e/o sociale

Assistenza residenziale temporanea sanitaria (CAVS):

- 1 = Dimissione a domicilio senza assistenza
- 3 = Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti
- 4 = Dimissione ad altra tipologia di residenza
- 5 = Decesso
- 11 = Chiusura amministrativa per riassetto territoriale ASL
- 12 = Dimissione a domicilio con assistenza – RSA Aperta
- 13 = Dimissione a struttura Residenziale Alberghiera (RA)
- 14 = Dimissione a struttura di Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF)
- 15 = Volontà dell'utente - dimissione a domicilio senza assistenza
- 16 = Volontà dell'utente - dimissione a domicilio con assistenza
- 17 = Volontà dell'utente - dimissione ad altra tipologia di residenza
- 18 = Volontà dell'utente
- 19 = Dimissione per fine progetto verso medesima struttura
- 20 = Termine progetto (ospite dimissibile)
- 21 = Dimissione a domicilio con assistenza della rete familiare
- 22 = Dimissione a domicilio con assistenza domiciliare sanitaria e/o sociale
- 98 = Altro motivo

CALENDARIO DEGLI INVII

Secondo l'art. 5, comma 2 del DM 17 dicembre 2008, “le informazioni devono essere rilevate al verificarsi degli eventi presso le strutture erogatrici [...] e trasmesse al NSIS”.

Le effettive scadenze e periodicità degli invii sono **definite dalla Direzione Sanità con specifica DGR del Settore di competenza, che stabilisce il calendario delle date entro cui i dati devono essere inviati al sistema di monitoraggio regionale.**

In caso di invio di dati oltre la scadenza massima di invio definita nel calendario regionale, il sistema di monitoraggio accoglie ugualmente i dati, valorizzandoli in extracompetenza, ma essi non concorrono al calcolo degli indici di monitoraggio. Alla chiusura annuale, i dati in extracompetenza pervenuti non oltre la scadenza di consolidamento dell'esercizio sono valorizzati in competenza e trasmessi al NSIS con il flusso delle “eccezioni”, qualora ammesso dal Ministero.

Per l'identificazione dei dati inviati in extracompetenza vengono considerate le seguenti date:

- Tracciato “Anagrafico e di presa in carico” (ANAG): Data di presa in carico (28.0);
- Tracciato “Eventi di assistenza residenziale, residenziale temporanea e semiresidenziale sociosanitaria” (RES): rispettivamente, per ogni tipo di evento, al suo verificarsi, Data inizio tariffa (124.0), Data valutazione (38.0), Periodo competenza prestazioni SR (127.0), Data inizio sospensione (104.0), Data fine sospensione (106.0), Data conclusione (108.0);
- Tracciato “Eventi di assistenza residenziale temporanea sanitaria” (CAVS): rispettivamente, per ogni tipo di evento, al suo verificarsi, Data inizio tariffa (124.0), Data valutazione (38.0), Data prestazione ambulatoriale (130.0), Data inizio sospensione (104.0), Data fine sospensione (106.0) Data conclusione (108.0).

Indicativamente ogni invio può comprendere nuovi dati, correzioni, integrazioni, richieste di annullamento di dati precedentemente inviati.

MONITORAGGIO DEGLI INVII

Il conferimento dei dati integra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento per il S.S.N. a carico dello Stato (adempimenti LEA).

**FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE
delle
PRESTAZIONI DOMICILIARI SANITARIE¹**

CRITERI GUIDA PER LA RILEVAZIONE DEI DATI

Versione 30 gennaio 2020

¹ definito nel “Disciplinare Tecnico STER - Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali” parte della D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate.”, aggiornato con -D.D. 945/A1416B del 20/12/2019 “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.”

CRONOLOGIA VARIAZIONI	3
PRESENTAZIONE.....	4
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	4
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	6
Articolazione degli interventi domiciliari.....	6
La Cartella domiciliare	7
Progetti di Lungoassistenza ai sensi della DGR n. 51-11389/2003.....	8
Interventi economici a sostegno della domiciliarità.....	9
La struttura di erogazione	9
LE INFORMAZIONI OGGETTO DI RILEVAZIONE	9
IL PROCESSO DI ASSISTENZA DOMICILIARE.....	10
Richiesta o segnalazione.....	10
Preso in carico.....	12
Evento prestazioni	14
Evento sospensione.....	16
Evento valutazione/rivalutazione	17
Evento conclusione.....	22
CALENDARIO DEGLI INVII.....	23

CRONOLOGIA VARIAZIONI

VERSIONE	DATA	VARIAZIONE
V01	30/01/2020	- Versione iniziale del documento, per estrapolazione dai Criteri guida allegati alla D.D. n. 683 del 30 settembre 2010 “Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali: Criteri guida per la rilevazione dei dati”.

PRESENTAZIONE

Lo scopo del presente documento è quello di definire, nell'ambito dei nuovi flussi informativi regionali sull'assistenza domiciliare (SIAD-RP), i criteri guida per la corretta compilazione delle informazioni previste nei flussi.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- **D.G.R. 7 maggio 2002, n. 41-5952** “Linee guida per l’attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte”.
- **D.G.R. 16 giugno 2003, n. 62-9692** “Modello per l’attribuzione di un “peso” ai singoli casi di Cure Domiciliari correlato al consumo di risorse impiegate, nonché il modello delle schede e dei moduli necessari per l’attribuzione del codice colore sanitario e per il calcolo del peso sanitario”.
- **D.G.R. 8 settembre 2003, n. 17-10378** “Progetto speciale sperimentale di residenza idonea alla riabilitazione e all’assistenza attraverso percorsi personalizzati per pazienti affetti da Sclerosi Multipla, realizzato dal Centro Sclerosi Multipla dell’A.S.O. Santa Croce e Carle di Cuneo in collaborazione con l’A.S.L. 15 di Cuneo”
- **D.G.R. 23 dicembre 2003, n. 51-11389** “Accordo Regione-territorio per l’applicazione dei L.E.A. sull’area socio-sanitaria; approvazione degli indirizzi e delle linee guida per l’articolazione delle Cure Domiciliare nella fase di Lungoassistenza”.
- **D.G.R. 20 dicembre 2004, n. 72-14420** “Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente”.
- **D.G.R. 3 agosto 2004, n. 55-13238** “Ulteriori modifiche ed integrazioni della D.G.R. n. 41-5952 del 07.05.2002 della D.G.R. n. 15-7336 del 14.10.2002 e della D.G.R. n. 62-9692 del 16.06.2003 inerenti rispettivamente le linee guida regionali del Servizio Cure Domiciliari, le linee guida per l’applicazione delle cure palliative e le disposizioni per l’attribuzione di un peso ai casi di Cure Domiciliari correlato al consumo di risorse impiegate.
- **D.M. del 22 febbraio 2007, n. 43** “Regolamento recante: definizione degli standard relativi all’assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell’articolo 1 comma 169 della L. 30 dicembre 2004 n. 311”.
- **D.G.R. n. 10- 5605 del 2 aprile 2007** “Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte - Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali e la determina dirigenziale”.
- **D.D. n. 26 del 22 ottobre 2007** “Percorsi riabilitativi riferiti alle aree che presentano maggiori criticità”
- **D.G.R. 12 novembre 2007, n. 21- 7391** “Rivalutazione dei parametri di riferimento per l’attribuzione del “peso” ai casi di Cure Domiciliari correlato al consumo delle risorse impiegate

– Criteri per le procedure di addebito in ambito extraregionale per prestazioni non soggette a compensazione”.

- **D.M. del 17 dicembre 2008** “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare”, pubblicato nella G.U. n. 6 del 9 gennaio 2009.
- **D.G.R. 6 aprile 2009, n. 39-11190** “Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la Lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n. 37-6500 del 23.7.2007.
- **D.G.R. 15 febbraio 2010, n. 56-13392** “Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la Lungoassistenza di anziani non autosufficienti”.
- **D.G.R. n. 69- 481 del 2 agosto 2010** “Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41- 5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009”.
- **D.D. 30 settembre 2010, n. 683** "Flusso informativo regionale delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali: Criteri guida per la rilevazione dei dati".
- **D.G.R. n. 26-6993 del 30 dicembre 2013** “Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti.”
- **Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 130/CU)** ai sensi dell’art. 9, comma 2, lett. c), del D.lgs 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sui documenti “Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze” e “Linee di indirizzo Nazionali sull’uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze.
- **Specifiche funzionali dei tracciati SIAD** (Sistema Informativo per il monitoraggio dell’Assistenza Domiciliare) versione 6.4 di maggio 2018 rilasciate dal Ministero della Salute in data 31/05/2018, per la trasmissione dei dati inerenti agli esercizi 2018 e successivi.
- **D.G.R. n. 91-9000 del 16 maggio 2019** “D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i.”
- **D.D. n. 672 del 27 settembre 2019** “Adozione dei moduli di Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI), di Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e delle Schede di Valutazione di fine trattamento riabilitativo nell’ambito Cure Domiciliari Riabilitative in attuazione della D.G.R. n. D.G.R. n. 91-9000 del 16 maggio 2019”.
- **D.D. 945/A1416B del 20/12/2019** “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013.”

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

I flussi informativi riguardano:

Assistenza domiciliare: comprende le prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate in forma programmata da operatori afferenti al SSN nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

In particolare, sono oggetto di rilevazione tutte le prestazioni sanitarie e/o sociosanitarie caratterizzati dai seguenti aspetti:

- la presa in carico dell'assistito;
- la valutazione multidimensionale dell'assistito;
- la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- la responsabilità clinica in capo a medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di libera Scelta (PLS) o al medico della terapia del dolore, o al medico delle cure palliative purché afferenti al Distretto/ASL.

Rientrano nella rilevazione anche i casi volti ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera (o un CAVS, o una Casa di cura, etc.) e le "cure palliative domiciliari" in quanto caratterizzata da presa in carico, valutazione multidimensionale, definizione di un progetto di assistenza individuale e responsabilità clinica in capo al MMG, al PLS o al medico della terapia del dolore, o al medico delle cure palliative.

Sono invece escluse dalla rilevazione:

- le "cure domiciliari prestazionali" (PIE) che non prevedono né la presa in carico dell'assistito né la sua valutazione multidimensionale (esempio: prelievi occasionali a domicilio);
- l'ospedalizzazione a domicilio, caratterizzata dall'erogazione di prestazioni al domicilio del paziente, da parte di un'equipe ospedaliera;
- le forme di assistenza domiciliare esclusivamente socioassistenziali;
- i trattamenti domiciliari di pazienti psichiatrici effettuati dalle equipe psichiatriche territoriali del Dipartimento di Salute Mentale;
- le prestazioni al domicilio ai sensi della DGR n. 34-3309 del 16 maggio 2016 (RSA Aperta).

Tra le cure domiciliari prestazionali estemporanee (PIE) non rientrano, inoltre, le prestazioni ripetitive (esempio prelievi a pazienti in TAO e sostituzioni periodiche di cateteri vescicali). Al fine di non perdere la valorizzazione anche di questa produttività ricorrente relativa alle TAO, si rende necessario ricondurre al flusso SIAD-RP quest'attività. È quindi necessario aprire una cartella con la relativa valutazione multidimensionale (vedi punto 1.6.6 evento valutazione/rivalutazione) e definizione di un progetto di assistenza.

Articolazione degli interventi domiciliari

Al fine di consentire la corretta lettura dei dati nell'ambito del sistema di monitoraggio regionale, gli interventi di assistenza domiciliare sono articolati in tipologia di Progetto e Tipologia di Cura e intensità come da normative regionali.

La tabella che segue riporta i codici dei progetti e delle relative tipologie di cura e l'indicazione relativa alle finalità di monitoraggio.

Flusso	Tipologia di Progetto	Tipologia di Cura
SIAD (DO)	1 = Domiciliare	1=Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
		2=Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
		3=Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
		4=Assistenza Domiciliare Cure Palliative (ADI+UOCP)
		14 = Cure domiciliari riabilitative RRF (SRD-RRF)
		15 = Cure domiciliari riabilitative NPI (SRD-NPI)
		5=Lungoassistenza bassa intensità (DGR 51-11389/2003)
		6=Lungoassistenza media intensità (DGR 51-11389/2003)
		7=Lungoassistenza medio-alta intensità (DGR 51-11389/2003)
		8=Interventi economici bassa intensità (DGR 39-11190/2009)
		9=Interventi economici media intensità (DGR 39-11190/2009)
		10=Interventi economici medio-alta intensità (DGR 39-11190/2009)
		11=Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13332/2010)
		12=Interventi economici media intensità (DGR 56-13332/2010)
13=Interventi economici medio alta intensità (DGR 56-13332/2010)		

La Cartella domiciliare

Le informazioni riferite a ciascun assistito devono essere organizzate in una “Cartella” identificata da anno e progressivo (anno di presa in carico e progressivo assoluto per Azienda).

- Ogni Cartella si riferisce a uno specifico periodo di presa in carico e tipologia di cura.
- **La Cartella si apre a ogni nuova Presa in Carico e si chiude alla conclusione dell'assistenza. In ogni caso, la Cartella si chiude non oltre 12 mesi dalla data di apertura, con eventuale riapertura di una nuova Cartella il giorno seguente alla chiusura della precedente in capo al medesimo assistito.**
- La Cartella viene, altresì, chiusa in caso di cambio di Tipologia di cura, di residenza, di domicilio sanitario o di MMG/PLS.

Per la domiciliarità occorre precisare quanto segue:

il flusso SIAD del NSIS non prevede una classificazione per tipologie di Cure Domiciliari, ma rileva l'attività quotidianamente erogata in modo programmato da operatori sanitari e sociosanitari nell'ambito delle Cure Domiciliari Sanitarie erogate a beneficio di assistiti, per i quali sia stato attivato dal MMG o dal PLS uno specifico progetto di cura, nell'ambito dei processi di cura di cui ha la responsabilità clinica. Il flusso informativo regionale, invece,

prevede una rilevazione ripartita in sei tipologie di cura domiciliare, le quali sono ricondotte all'unica tipologia ministeriale in fase di invio al flusso nazionale SIAD. Questo è il motivo per cui in capo a uno stesso assistito e in un medesimo periodo può risultare attiva una sola Presa in Carico tra le seguenti sei tipologie di cura, individuata sulla base dell'esigenza prioritaria di cura:

- 1=Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- 2=Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- 3=Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
- 4=Assistenza Domiciliare Cure Palliative (ADI+UOCP)
- 14 = Cure domiciliari riabilitative RRF (SRD-RRF)
- 15 = Cure domiciliari riabilitative NPI (SRD-NPI)

Per esempio, per un assistito con una Cartella ADP, che abbia successivamente bisogno di prestazioni infermieristiche o riabilitative, occorre:

1. *fare una rivalutazione straordinaria (perché sono cambiati i bisogni)*
2. *predisporre un nuovo progetto assistenziale*
3. *caricare le prestazioni infermieristiche o riabilitative sulla Presa in Carico ADP già aperta.*

La stessa procedura vale in senso inverso, ossia nel caso di assistito con cartella SID o SRD (RRF o NPI) che abbia anche bisogno di un controllo medico programmato in ADP, i passaggi del MMG o del PLS devono essere caricati sulla Presa in Carico SID o SRD già aperta.

Qualora, invece, le condizioni dell'assistito siano cambiate in modo sostanziale e necessiti invece di ADI o ADI+UOCP, si chiude la Presa in Carico attiva e se ne apre una nuova contigua.

Progetti di Lungoassistenza ai sensi della DGR n. 51-11389/2003

Per consentire la corretta rilevazione dei dati in ambito regionale:

- **è ammessa l'apertura di una cartella di Lungoassistenza esclusivamente qualora sia previsto l'intervento dell'OSS.** È necessario compilare le informazioni del tracciato anagrafico e del tracciato eventi a esclusione delle informazioni relative alla prima valutazione, alle rivalutazioni successive e alle informazioni relative alle prestazioni domiciliari erogate. La variazione di intensità comporta, come per tutte le tipologie di Cura, la chiusura della Cartella e la successiva riapertura con nuova tipologia di cura (intensità);
- è possibile **l'eventuale apertura concomitante di una distinta cartella di Cure Domiciliari Sanitarie** delle sei precedentemente elencate (codici 1, 2, 3, 4, 14, 15), secondo la tipologia di cura più appropriata.

Interventi economici a sostegno della domiciliarità

I progetti inerenti a interventi economici a sostegno della domiciliarità ai sensi delle DD.GG.RR. n. 39-11190/2009 e n. 56-13332/2010 non sono oggetto di rilevazione da parte del NSIS.

Per consentire la corretta rilevazione dei dati in ambito regionale, è possibile **l'eventuale apertura concomitante di una distinta cartella di Cure Domiciliari** Sanitarie delle sei precedentemente elencate (codici 1, 2, 3, 4, 14, 15), secondo la tipologia di cura più appropriata.

Le informazioni trattate:

- **Data di inizio erogazione:** è la data a partire dalla quale inizia la corresponsione del contributo. Nel caso in cui la tariffa, nell'ambito della stessa tipologia di Cura (da 5 a 13 della tabella di cui al punto 1.3), vari deve essere registrato un nuovo evento (con nuova data e nuova tariffa).
- **Contributo erogato:** quota mensile corrisposta.

La struttura di erogazione

Per la Regione Piemonte la struttura di erogazione è identificata da:

- Codice ASL che eroga l'assistenza domiciliare
- Codice Matricola di Unità Produttiva (MUP) del "Servizio" di Cure Domiciliari o del "Servizio" di Cure Palliative (secondo l'articolazione definita in Anagrafe delle Strutture da ciascuna Azienda).

LE INFORMAZIONI OGGETTO DI RILEVAZIONE

Sono oggetto di rilevazione le informazioni relative alle seguenti macroattività del processo di assistenza domiciliare:

- Richiesta o segnalazione
- presa in carico
- valutazione iniziale
- prestazioni
- rivalutazione
- sospensione
- conclusione.

I flussi di monitoraggio regionale sono articolati in:

- Flusso SIAD-RP, relativo all'assistenza domiciliare: è costituito dal tracciato di "Anagrafica e Presa in carico" (ANAG) e dal tracciato "Eventi di assistenza domiciliare" (DOM).

IL PROCESSO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Richiesta o segnalazione

Evento	<u>Richiesta o segnalazione:</u> il MMG, il PLS o i soggetti autorizzati segnalano l'esigenza di Cure Domiciliari alla Centrale Operativa delle Cure Domiciliari (C.O.) (che può essere – sulla base dell'organizzazione dell'ASL – a livello aziendale, distrettuale, subdistrettuale o sovradistrettuale) o al Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (N.D.C.C.), che possono eventualmente coincidere.				
Attività	Responsabile	Descrizione	Output	Flusso DOM	
				Tracciato e sezione informativa	Dati richiesti
Presentazione richiesta / segnalazione	Richiedente	il MMG, il PLS o i soggetti autorizzati presentano la richiesta di CD alla Centrale Operativa Cure Domiciliari o al N.D.C.C., (che possono essere coincidenti).	Richiesta o segnalazione	ANAG: - Dati anagrafici - Data accettazione richiesta	
Ricezione richiesta/segnalazione	C.O. / N.D.C.C.	riceve la richiesta/segnalazione di CD.	Richiesta o segnalazione ricevuta		
Valutazione della richiesta	C.O. / N.D.C.C.	Valutazione della richiesta	Accettazione o negazione della richiesta Comunicazione al MMG/PLS e agli eventuali altri soggetti autorizzati che hanno effettuato la segnalazione Eventuale inserimento in lista di attesa	<i>Dati anagrafici</i> <i>Conviventi</i> <i>Richiesta</i>	- Soggetto Richiedente - Motivazione richiesta

Le informazioni trattate:

- **La data di accettazione della richiesta:** è la data che conclude il processo di accoglienza (e di valutazione positiva o negativa). In caso di dimissione da Ospedale, la data di accettazione della richiesta coincide con la data di dimissione dell'assistito dalla Struttura Ospedaliera.
- **Soggetto richiedente²:**
 - 1 = Servizi sociali
 - 2 = MMG / PLS
 - 3 = Ospedale
 - 4 = Ospedale per dimissione protetta
 - 5 = Struttura residenziale extraospedaliera
 - 6 = Utente/familiari

² Non è adottata la voce ministeriale "Apertura amministrativa della stessa persona presa in carico"

- 7 = Apertura amministrativa per riassetto territoriale ASL
- 8 = Nuclei di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (C.A.V.S.)³
- 9 = Altro
- 10 = N.O.C.C.
- 11 = Soggetto civilmente obbligato (Tutore, amministratore di sostegno)

- **Motivo della richiesta:** indica il/i motivo/i per il/i quale/i è stata richiesta l'attivazione delle Cure Domiciliari. Oltre al motivo principale della richiesta, possono essere indicati altri due motivi selezionati dall'elenco che segue:

- 1 = medicazioni
- 2 = terapia iniettiva
- 3 = terapia infusione
- 4 = prelievi ricorrenti
- 5 = cateterismo vescicale
- 6 = esami strumentali (ECG/HGT)
- 7 = gestione catetere venoso centrale
- 8 = terapia antalgica
- 9 = addestramento
- 10 = sorveglianza infermieristica
- 11 = nutrizione entrale domiciliare
- 12 = gestione stomia
- 13 = educazione sanitaria e counseling
- 14 = cure palliative
- 15 = gestione drenaggio
- 16 = VAC terapia
- 17 = monitoraggio clinico domiciliare
- 18 = rieducazione e *counseling*
- 19 = terapia parenterale nutrizionale (NPT)
- 20 = altro

In caso di **Presa in Carico SRD (NPI o RRF)**, dev'essere selezionato il motivo della richiesta "rieducazione e *counseling*" (codice 18).

³ Voce regionale ricondotta alla voce ministeriale "Altro" in sede di invio dei dati al NSIS

Presenza in carico

Evento	<i>Presenza in carico</i> : L'unità periferica di erogazione (come da linee guida della DGR 41-5952/2002) prende in carico il paziente mediante apertura della Cartella di Cure Domiciliari				
Attività	Responsabile	Descrizione	Output	Flusso DOM	
				Tracciato e sezione informativa	Dati richiesti
Valutazione bisogno assistenziale	Equipe Cure Domiciliari	Effettua l'individuazione e la misurazione del bisogno dell'utente.	Scheda di valutazione compilata	EVENTI: <i>Valutazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Patologie e codici ICD 9 CM - Soggetto/i valutatore/i - motivo valutazione - Item di Valutazione
Presenza in carico del paziente	Equipe Cure Domiciliari	Al verificarsi delle condizioni necessarie, l'equipe delle C.D. provvede alla presa in carico del paziente.	Apertura Cartella Domiciliare	ANAG: <i>Dati di residenza</i> <i>Provenienza assistito</i> <i>Presenza in carico</i> <i>Struttura di erogazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Provenienza assistito - Anno e Numero Cartella Domiciliare - Data presa in carico - Tipologia di progetto e tipologia di Cura - ASL e Matricola della Unità di erogazione

Le informazioni trattate:

- **Valutazione**

Nell'ambito del flusso informativo regionale, i dati della prima valutazione sono raccolti nel tracciato Eventi – sezione “valutazione/rivalutazione” (con motivo della valutazione = 1 – prima valutazione). Per le informazioni trattate si veda il processo “Eventi valutazione/rivalutazione”.

- **Provenienza assistito [campo d'interesse regionale]:**

- 1 = Domicilio
- 2 = Ospedale
- 5 = Casa di cura
- 8 = CAVS
- 9 = altro

- **Motivo accettazione [campo d'interesse regionale]:**

1 = Nuovo caso

2 = Rinnovo dopo 12 mesi (con stessa tipologia di progetto e cura)

3 = Trasferimento da altra tipologia di cure domiciliari

9⁴ = non disponibile (voce non selezionabile)

- **Presa in carico:** sono richieste le seguenti informazioni:

- **Data di presa in carico:** è la data di apertura della Cartella Domiciliare da parte del Servizio di Cure Domiciliari;

- **Cartella Domiciliare:**

- è aperta ad ogni nuova presa in carico ed è caratterizzata da: Anno e progressivo (univoco nell'ambito dell'ASL inviante);
- per tutte le tipologie di Cure Domiciliari in caso di cambio di tipologia di cura, la cartella deve essere chiusa e riaperta con la nuova tipologia (*es.: Cartella SID → ADI o ADI → SID, etc.*) secondo le modalità descritte al paragrafo "La Cartella domiciliare".

- **Tipologia di cura:** specifica la tipologia di Cure Domiciliari (vedi tabella Progetto e Tipologia di Cura).

Eventuali prestazioni erogate non previste nella tipologia di Cura a cui si riferisce la Cartella aperta, devono essere ricondotte alla stessa Cartella (*p.es.: Cartella aperta per ADP in cui vengono registrate le prestazioni erogate a fronte di una necessità di SID emersa nel corso della presa in carico dell'assistito*), secondo le modalità descritte al paragrafo "La Cartella domiciliare".

- **Struttura di erogazione:** è il codice della matricola riferita all'attività di Cure Domiciliari in funzione dell'articolazione dell'ASL. I codici di Attività per l'assistenza domiciliare definiti nel catalogo delle attività sono:

- 2.07.17 Cure domiciliari (da utilizzare per le tipologie di Cura ADI, ADP, SID, SRD-RRF, SRD-NPI, Lungoassistenza, Interventi economici);
- 2.07.16 Cure Palliative domiciliari malato terminale (da utilizzare per la tipologia di Cura ADI + UOCP).

I codici possono avere delle subarticolazioni aziendali riferite ai Distretti o ad altre subarticolazioni organizzative interne.

⁴ Voce tecnica non selezionabile, disponibile in sola lettura, in quanto utilizzata per classificare le cartelle censite prima dell'inserimento del campo nel tracciato SIAD regionale

Evento prestazioni

Attività	Responsabile	Descrizione	Output	Flusso DOM Dati	
				Tracciato e sezione informativa	Dati richiesti
Evento	<i>Erogazione prestazioni:</i> l'equipe delle C.D. provvede ad erogare le prestazioni previste dal Piano Assistenziale Individuale (PAI) e a registrare sulla Cartella Domiciliare i dati sanitari relativi all'erogazione delle prestazioni.				
Erogazione prestazioni previste dal PAI	Equipe CD	L'operatore sanitario o sociosanitario eroga le prestazioni previste nel PAI.	Prestazioni erogate	EVENTI:	- Data accesso - Tipo operatore - Prestazione erogata
Registrazione accessi e prestazioni erogate nella giornata	L'operatore sanitario e/o amministrativo	L'operatore sanitario e/o amministrativo registra sulla Cartella Domiciliare le condizioni cliniche del paziente, gli accessi compiuti e le prestazioni effettuate. Successivamente i dati relativi a quanto erogato devono essere inseriti nell'applicativo da cui vengono ricavate le informazioni per il flusso.	Accessi e prestazioni registrati sulla cartella domiciliare e sul Portale FARSIAD-RP		<i>Prestazione</i>
Prestazioni riabilitative	Operatori della riabilitazione (elencati nell'Allegato A della DGR n. 91-9000/2019)	Nel caso in cui il PAI preveda prestazioni riabilitative, l'operatore effettua la valutazione iniziale e finale sui modelli di cui alla D.D. n. 672 del 27 settembre 2019 "Adozione dei moduli di Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI), di Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e delle Schede di Valutazione di fine trattamento riabilitativo nell'ambito Cure Domiciliari Riabilitative in attuazione della D.G.R. n. D.G.R. n. 91-9000 del 16 maggio 2019".	Prestazioni riabilitative	EVENTI:	- Data accesso - Tipo operatore - Prestazione erogata - Numero accessi nella giornata - Tempo H - Tempo GO

Le informazioni trattate:

- **Data di accesso:** è la data in cui è stato effettuato l'accesso da parte dell'operatore al domicilio dell'assistito.
- **Tipo operatore:** le tipologie di operatore previste riguardano:

Codice	Tipo operatore
1	MMG
2	PLS
3	Infermiere
4	Medico specialista
5	Medico assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.
21	Infermiere assegnato strutturalmente o funzionalmente a U.O.C.P.
6	Medico di continuità assistenziale
7	Psicologo

8	Fisioterapista
9	Logopedista
13	Terapista occupazionale
10	OSS (Operatore Socio Sanitario)
11	Dietista
12	Assistente sociale del SSN
14	Educatore Professionale
20	Trasporti (*)
22	Neuropsichiatra infantile
23	Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE)

(*) Il tipo operatore “20 – Trasporti”, è stato introdotto per consentire la rilevazione delle prestazioni relative al trasporto in ambulanza.

- **Tempo I (DGR n. 41-5952/2002):** è il tempo dedicato agli incontri di programmazione, coordinamento, organizzazione, formazione, informazione e passaggio consegne. Tale tempo dev'essere di eguale durata per tutti gli operatori con funzioni assimilabili, al fine di un proficuo lavoro di equipe. Massimo 3 ore a settimana a tariffa infermiere per caso (**non imputato nel tracciato**, ma computato ex post attribuendo 3 ore **settimanali** per ogni caso multiprofessionale, 1 ora per ogni caso monoprofessionale a esclusione dell'ADP);
- **Tempo H:** è il tempo di permanenza dell'operatore al domicilio dell'assistito.
- **Tempo GO:** è il tempo impiegato dall'operatore per raggiungere il domicilio del paziente dalla sede o dal paziente precedentemente assistito.
- **Tempo F (For):** è il tempo dedicato alla prestazione dell'intervento domiciliare (v. DGR n. 62-9692 del 16 giugno 2003 e s.m.i.) Viene convenzionalmente stabilito in 12 minuti per accesso per le figure professionali per cui è previsto (**non imputato nel tracciato**, ma derivato ex post dal numero di accessi e dalla figura professionale coinvolta)
- **Numero prestazioni:** quantità di prestazioni erogate per tipologia.
- **Tipo prestazione erogata:**
 - 1 = Visita domiciliare (comprensiva di valutazione clinico/funzionale/sociale e monitoraggio)
 - 2 = Prelievo ematico
 - 3 = Esami strumentali
 - 4 = Trasferimento competenze / educazione del caregiver / colloquio / nursering / addestramento
 - 5 = Supporto psicologico
 - 6 = Terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione
 - 7 = Terapia infusione SC e EV
 - 8 = Emotrasfusione
 - 9 = Paracentesi
 - 10 = Gestione ventilazione
 - 11 = Gestione nutrizione enterale (SNG PEG)
 - 12 = Gestione nutrizione parenterale – gestione CVC
 - 13 = Gestione cateterismo urinario comprese le derivazioni urinarie
 - 14 = Gestione alvo comprese le enterostomie
 - 15 = Igiene personale e mobilizzazione

- 16 = Medicazioni semplici
- 17 = Medicazioni complesse
- 18 = Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
- 19 = Trattamento di rieducazione motoria – respiratoria
- 20 = Trattamento di rieducazione del linguaggio
- 21 = Trattamento di rieducazione dei disturbi neuropsicologici
- 22 = Rilevamento parametri dei segni vitali
- 90 = Trasporto in ambulanza a carico SSN - tratta singola
- 91 = Trasporto in ambulanza a carico SSN - andata e ritorno
- 92 = Trasporto in auto a carico SSN - andata e ritorno

Evento sospensione

Evento	<i>Sospensione</i> : l'equipe CD, nei casi di necessità di ricovero o di allontanamento temporaneo del paziente, provvede alla sospensione del servizio.				
Attività	Responsabile	Descrizione	Output	Flusso DOM	
				Tracciato e sezione informativa	Dati richiesti
Segnalazione inizio sospensione dell'erogazione	Equipe delle CD	L'equipe, nel caso di ricovero o di allontanamento temporaneo del paziente, provvede alla sospensione dell'erogazione del servizio.	Sospensione e registrazione della sospensione nella Cartella domiciliare	EVENTI: <i>Sospensione</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Inizio sospensione - Motivazione - Fine sospensione
Segnalazione fine sospensione	Equipe delle CD	L'equipe, al termine del periodo di sospensione, provvede alla riattivazione dell'erogazione del servizio.	Segnalazione riattivazione del servizio.		

Le informazioni trattate:

- **Data inizio e fine sospensione**
- **Motivazione della sospensione:** sono previste le seguenti motivazioni
 - 1 = ricovero temporaneo in Ospedale
 - 2 = allontanamento temporaneo
 - 3 = ricovero temporaneo in struttura residenziale
 - 9 = altro

La durata della sospensione **non dovrebbe superare:**

- 15 giorni per motivo “1” (Ricovero temporaneo in ospedale);
- 30 giorni per motivo “2” (Allontanamento temporaneo, anche per ricovero temporaneo in struttura residenziale sociosanitaria);
- massimo 60 giorni per motivo “3” (Ricovero temporaneo in struttura residenziale extraospedaliera).

Al rientro della persona, se necessario, effettuare una valutazione straordinaria dell'assistito, se le condizioni fossero significativamente mutate e, di conseguenza, fosse necessaria una sostanziale modifica del PAI, è opportuna l'apertura di una nuova cartella per la stessa o per diversa tipologia di cura.

Evento valutazione/rivalutazione

Evento	<i>Prima valutazione e Rivalutazione:</i> l'equipe CD, alle scadenze periodiche (a 90 giorni dalla data di Presa in Carico o dalla data dell'ultima valutazione in ordine di tempo) o in presenza di condizioni che la rendono necessaria, provvede ad effettuare una nuova valutazione.				
Attività	Responsabile	Descrizione	Output	Flusso DOM	
				Tracciato e sezione informativa	Dati richiesti
Valutazione	Equipe delle CD	L'equipe effettua l'individuazione e la misurazione del bisogno dell'assistito. Rivalutazione: l'equipe, alle scadenze periodiche (trimestrali a partire dall'ultima valutazione che può essere periodica o straordinaria), effettua una rivalutazione dell'assistito.	Scheda di valutazione aggiornata o conferma dell'ultima valutazione	EVENTI <i>Valutazione</i>	- Data (ri)valutazione - Soggetti valutatori - Conferma valutazione precedente - Item di valutazione

Le informazioni trattate:

- **Motivo della valutazione:**
 - 1 = prima valutazione
 - 2 = valutazione periodica
 - 3 = valutazione straordinaria
- **Data valutazione:** è la data in cui viene fatta la valutazione dell'assistito; è la data a partire dalla quale decorrono le scadenze per le successive rivalutazioni periodiche (trimestrali).
- **Patologia prevalente:** è la patologia prevalente riscontrata alla prima valutazione (codice ICD9-CM) e che determina il motivo della Presa in Carico dell'assistito*.
- **Patologie concomitanti:** patologie concomitanti riscontrate alla prima valutazione (codice ICD9-CM), è obbligatoria la segnalazione di una patologia concomitante (nel caso **eccezionale di effettiva assenza** di patologia concomitante, valorizzare con "000" ["XXX" sul Portale FARSIAD-RP])*.

* Secondo le "Linee di indirizzo Nazionali sull'uso dei Sistemi Informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze" definite al "Tavolo per il monitoraggio del recepimento e implementazione del Piano Nazionale Demenze" del 5/07/2017, per quanto attiene ai **casi di demenza**, i codici sui quali c'è il maggiore consenso in merito alla loro definizione sono elencati nella tabella che segue:

Codeset	Code	Description
9	290	Dementias
9	290.0	Senile Dementia, Uncomplicated
9	290.1	Presenile Dementia
9	290.10	Presenile Dementia, Uncomplicated
9	290.11	Presenile Dementia, With Delirium
9	290.12	Presenile Dementia, With Delusional Features
9	290.13	Presenile Dementia, With Depressive Features
9	290.2	Senile Dementia with Delusional or Depressive Features
9	290.20	Senile Dementia with Delusional Features
9	290.21	Senile Dementia with Depressive Features
9	290.3	Senile Dementia with Delirium
9	290.4	Vascular Dementia
9	290.40	Vascular Dementia, Uncomplicated
9	290.41	Vascular Dementia, With Delirium
9	290.42	Vascular Dementia, With Delusions
9	290.43	Vascular Dementia, With Depressed Mood
9	290.8	Other Specified Senile Psychotic Conditions
9	290.9	Unspecified Senile Psychotic Condition
9	291.2	Alcohol-Induced Persisting Dementia
9	294.0	Amnesic Disorder in Conditions Classified Elsewhere
9	294.1	Dementia in Conditions Classified Elsewhere
9	294.10	Dementia in Conditions Classified Elsewhere without Behavioural Disturbance
9	294.11	Dementia in Conditions Classified Elsewhere with Behavioural Disturbance
9	294.2	Dementia, unspecified
9	294.20	Dementia, unspecified, without behavioural disturbance
9	294.21	Dementia, unspecified, with behavioural disturbance
9	331.0	Alzheimer's Disease
9	331.1	Frontotemporal Dementia
9	331.11	Pick's Disease
9	331.19	Other frontotemporal dementia / Frontal dementia
9	331.2	Senile Degeneration of Brain
9	331.5	Idiopathic normal pressure hydrocephalus (INPH)
9	331.7	Cerebral Degeneration in Diseases Classified Elsewhere
9	331.8	Other Cerebral Degeneration
9	331.82	Dementia with Lewy bodies
9	331.83	Mild Cognitive Impairment, So Stated
9	292.82	Drug- induced dementia
9	046.1	Jakob-Creutzfeldt disease
9	331.89	Cerebral degeneration, other
9	331.9	Cerebral degeneration, unspecified

Tabella 1 - Codici ICD-9-CM per la definizione dei casi di demenza

- **Soggetto valutatore:**

- 1 = MMG/PLS
- 2 = infermiere
- 3 = medico delle Cure Domiciliari
- 4 = medico del Distretto
- 5 = medico delle Cure Palliative
- 6 = infermiere delle Cure Palliative
- 7 = fisiatra
- 8 = fisioterapista
- 9 = Neuropsichiatra infantile
- 10 = Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva (TNPEE)

- **Valutazione:** per la valutazione si utilizzano gli item previsti dal NSIS. Gli eventuali strumenti aggiuntivi sono a carico delle singole equipe, ma non sono oggetto di rilevazione ai fini del flusso informativo regionale/ministeriale. La valutazione comprende le informazioni come da tabella che segue:

Item valutazione NSIS	Valori ammessi	Annotazioni
Autonomia	1. autonomo 2. parzialmente dipendente 3. totalmente dipendente	
Grado Mobilita	1. Si sposta da solo (eventualmente con ausili) 2. Si sposta assistito 3. Non si sposta	
Cognitivi	1. Assenti/lievi 2. Moderati 3. Gravi	
Comportamentali	1 = Assenti/lievi 2 = Moderati 3 = Gravi	
Supporto Sociale	1 = Presenza 2 = Presenza parziale e/o temporanea 3 = Non presenza	Identifica la presenza di un supporto da parte di reti formali e informali (della famiglia e della rete informale). Il sistema rileva errore se evidenziato il valore 3 in presenza di una o più persone conviventi con l'assistito (in presenza di conviventi è necessario selezionare 1 o 2)
Alimentazione assistita	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Alimentazione enterale	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	

Item valutazione NSIS	Valori ammessi	Annotazioni
Alimentazione parenterale	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Alterazioni Ritmo Sonno Veglia	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Assistenza ADL	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Assistenza IADL	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Controllo Dolore	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Cura Ulcere Cutanee 1° e 2° Grado	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	Il valore 1 comprende le cure per ulcere diabetiche o vascolari
Cura Ulcere Cutanee 3° e 4° Grado	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	Il valore 1 comprende le cure per ulcere diabetiche o vascolari
Drenaggio Posturale / Broncorespirazione	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
ECG	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Eliminazione Urinaria Intestinale	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	Il valore 1 comprende la gestione del catetere vescicale o urocondom e la gestione dell'incontinenza urinaria/fecale
Gestione Catetere venoso centrale (CVC)	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Gestione Stomia	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Interventi di Educazione Terapeutica	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Ossigeno Terapia	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Prelievi Venosi non occasionali	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Rischio Infettivo	1 = Sì 2 = No	Il valore 1 comprende la protezione del paziente o la degli operatori e della famiglia
Stato Terminale Non Oncologico	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Stato Terminale Oncologico	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	

Item valutazione NSIS	Valori ammessi	Annotazioni
Supervisione Continua	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Supporto Care Giver	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Telemetria	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Terapia Sottocutanea Intramuscolare Infusionale	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Tracheotomia	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Trasfusioni	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Trattamento riabilitativo di Mantenimento	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Trattamento riabilitativo Neurologico	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Trattamento riabilitativo Ortopedico	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Ventiloterapia	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	

Evento conclusione

Evento	<i>Conclusione erogazione delle Cure Domiciliari</i> : al verificarsi delle condizioni per la conclusione dell'erogazione delle prestazioni, il Servizio Cure Domiciliari provvede alla registrazione dei dati di chiusura nella Cartella Domiciliare.				
Attività	Responsabile	Descrizione	Output	Flusso DOM	
				Tracciato e sezione informativa	Dati richiesti
Chiusura della Cartella	Equipe delle CD / N.D.C.C. (sulla base dell'organizzazione dell'ASL e della relativa profilazione su Portale FARSIAD-RP)	Procede alla registrazione dei dati di chiusura della Cartella domiciliare (data e motivo) e al controllo "incrociato" tra i dati presenti in Cartella domiciliare e quelli registrati sull'applicativo da cui vengono ricavate le informazioni per il flusso	Chiusura della Cartella con eventuale allineamento dei dati rispetto all'applicativo	EVENTI <i>Conclusione</i>	- Data chiusura - Motivo

La conclusione della Presa in Carico comporta la chiusura della Cartella domiciliare e la compilazione dei dati previsti nel tracciato Evento "dimissione".

Le condizioni che determinano la conclusione di un progetto di Cure Domiciliari riguardano:

- 1 = Completamento del programma assistenziale
- 2 = Ricoveri in ospedale
- 3 = Decesso a domicilio
- 5 = Trasferimento in struttura residenziale
- 6 = Trasferimento in Hospice
- 8 = Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari
- 9 = Cambio residenza
- 10 = Cambio medico
- 11 = Volontà dell'utente
- 12 = Chiusura amministrativa per mancanza di prestazioni⁵ (in mancanza di prestazioni per 60 giorni **in assenza di sospensione**)
- 13 = Scadenza temporale dei 12 mesi di presa in carico⁶
- 97 = Chiusura amministrativa per riassetto territoriale ASL
- 99 = Altro

⁵ La chiusura amministrativa per mancanza di prestazioni è ammessa esclusivamente qualora non vi siano prestazioni **per 60 giorni consecutivi in assenza di sospensione**. In tal caso, è necessario indicare quale data di conclusione quella relativa all'ultimo evento registrato.

⁶ Voce regionale ricondotta alla voce ministeriale "Altro" in sede di invio dati al NSIS

CALENDARIO DEGLI INVII

Secondo l'art. 5, comma 2 del DM 17 dicembre 2008, “le informazioni devono essere rilevate al verificarsi degli eventi [...] e trasmesse al NSIS con cadenza mensile entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi”.

Le effettive scadenze e periodicità degli invii sono **definite dalla Direzione Sanità con specifica DGR del Settore di competenza, che stabilisce il calendario delle date entro cui i dati devono essere inviati al sistema di monitoraggio regionale.**

In caso di invio di dati oltre la scadenza massima di invio definita nel calendario regionale, il sistema di monitoraggio accoglie ugualmente i dati, valorizzandoli in extracompetenza, ma essi non concorrono al calcolo degli indici di monitoraggio. Alla chiusura annuale, i dati in extracompetenza pervenuti non oltre la scadenza di consolidamento dell'esercizio sono valorizzati in competenza e trasmessi al NSIS con il flusso delle “eccezioni”, qualora ammesso dal Ministero.

Per l'identificazione dei dati inviati in extracompetenza vengono considerate le seguenti date:

- Tracciato “Anagrafico e di presa in carico” (ANAG): Data di presa in carico (28.0);
- Tracciato “Eventi di assistenza domiciliare” (DOM): rispettivamente, per ogni tipo di evento, al suo verificarsi, Data valutazione (38.0), Data di accesso (81.0), Data inizio sospensione (104.0), Data fine sospensione (106.0), Data conclusione (108.0), Data inizio erogazione contributo (113.0);

Indicativamente ogni invio può comprendere nuovi dati, correzioni, integrazioni, richieste di annullamento di dati precedentemente inviati.

MONITORAGGIO DEGLI INVII

Il conferimento dei dati integra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento per il S.S.N. a carico dello Stato (adempimenti LEA).