REGIONE PIEMONTE

ALLEGATO A

FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE
delle
PRESTAZIONI DOMICILIARI, RESIDENZIALI e SEMIRESIDENZIALI

CRITERI GUIDA PER LA RILEVAZIONE DEI DATI

Versione settembre 2010

PRESENTAZIONE 3
RIFERIMENTI NORMATIVI 3
IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 5
L'ARTICOLAZIONE DEI PROGETTI ASSISTENZIALI 7
LE INFORMAZIONI OGGETTO DI RILEVAZIONE 11
IL PROCESSO DI ASSISTENZA DOMICILIARE 12
IL PROCESSO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE 26
CALENDARIO E MODALITÀ DI RILEVAZIONE DEI DATI 36

PRESENTAZIONE

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

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto Ministeriale 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.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.

- Specifiche funzionali SIAD - "SIAD Specifiche Funzionali_v1.0.doc"; emesso dal Ministero Lavoro, Salute e Politiche Sociali.

- 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.

- Specifiche funzionali FAR - "FAR Specifiche Funzionali_v1.0.doc"; emesso dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali.

- DGR 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. 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.G.R. 30 marzo 2005, n. 17 - 15226 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti".

- 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.G.R. 10 marzo 2008, n 42 - 8390 "Cartella Geriatrica dell'Unita' 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.G.R. 6 aprile 2009, n. 38 - 11189 " Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze ai sensi della DGR 17-15226 del 20 marzo 2005. Revoca della DGR 29-29519 del 1 marzo 2000 "Criteri per l'adeguamento della DGR 41-42433 / 95 a quanto previsto dal D.lgs 229/99 " .

- 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. 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. 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

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

I flussi informativi riguardano:

Assistenza domiciliare: comprende gli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in forma programmata da operatori afferenti al SSN nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

In particolare, sono oggetto di rilevazione tutti gli interventi sanitari ovvero socio-sanitari 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 competente per la terapia del dolore, purché afferenti al Distretto/ASL.

Rientrano nella rilevazione anche i casi di "dimissione protetta", tesi ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera 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 competente per la terapia del dolore.

Sono invece escluse:

- 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 socio-assistenziali;
- le visite domiciliari di MMG, PLS e medici di continuità assistenziale effettuate "su chiamata" e che non rientrano in progetti/programmi di assistenza domiciliare;
- i trattamenti domiciliari di pazienti psichiatrici effettuati dalle equipe psichiatriche territoriali del Dipartimento di Salute Mentale.

Nella rilevazione ministeriale non rientrano le cure domiciliari prestazionali che nella Regione Piemonte vengono raccolte nelle PIE come prestazioni occasionali. Risulta altresì che vengano attribuite a questa tipologia di cura anche prestazioni effettuate in modo ricorrente a pazienti per i quali non si apre una cartella (esempio prelievi a pazienti in TAO e sostituzioni periodiche di cateteri vescicali,). Al fine di non perdere la valorizzazione di questa produttività ricorrente, si rende necessario ricondurre al flusso SIAD-RP questi soggetti. E' 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.

Assistenza residenziale e semiresidenziale: riguarda le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate da strutture "accreditate" (o in via di accreditamento) ad anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Rientrano nella rilevazione i soggetti 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
- minori
- ricoveri nelle strutture ex art.26

L'ARTICOLAZIONE DEI PROGETTI ASSISTENZIALI

Al fine di consentire la corretta lettura dei dati nell'ambito del sistema di monitoraggio regionale, le prestazioni di assistenza domiciliare e le prestazioni di assistenza residenziale e semiresidenziale, sono state articolate e codificate per tipologia e setting di cura come da normative regionali.

La tabella che segue riporta i codici dei progetti e delle relative tipologia / setting di cura e l'indicazione relativa alle finalità di monitoraggio: ministeriale (colonna "flusso NSIS") e regionale (colonna "flusso RP") :

Tipologia di Progetto	Tipologia / setting di Cura	Flusso NSIS	Flusso RP
1 = Domiciliare	1=Assistenza Domiciliare Integrata	✓	✓
	2=Assistenza Domiciliare Programmata	✓	✓
	3=Servizio Infermieristico Domiciliare	✓	✓
	4=Assistenza Domiciliare Cure Palliative	✓	✓
	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 39-11189/2009)		✓
	9=Interventi economici media intensità (DGR 39-11189/2009)		✓
	10= Interventi economici medio-alta intensità (DGR 39-11189/2009)		✓
	11= Interventi economici bassa intensità (DGR 56-13192/2009)		✓
	12= Interventi economici media intensità (DGR 56-13192/2009)		✓
	13= Interventi economici medio-alta intensità (DGR 56-13192/2009)		✓
2 = Semiresidenziale	1=Centri Diurni	✓	✓
	2=Centri Alzheimer	✓	✓
3 = Residenziale	1 = Progetti intensità bassa	✓	✓
	2 = Progetti intensità media	✓	✓
	3 = Progetti intensità media incrementata	✓	✓
4 = Residenziale temporaneo	4 = Progetti intensità alta	✓	✓
	5 = Progetti intensità alta incrementata	✓	✓
	6 = Progetti per Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza	✓	✓

	7 = Progetti per Locked-in-syndrome	✓	✓
	8 = Progetti per Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase terminale	✓	✓
	9 = Progetti temporanei per Sclerosi Multipla	✓	✓
	10 = Progetti per Alzheimer e demenza	✓	✓
	11 = Progetti ad personam bassa intensità	✓	✓
	12 = Progetti ad personam media intensità	✓	✓
	13 = Progetti ad personam alta intensità	✓	✓

La cartella

Le informazioni riferite a ciascun soggetto devono essere organizzati in una "Cartella" (o fascicolo) identificata da anno e progressivo (anno di presa in carico e progressivo assoluto per Azienda).

- Ogni "Cartella" si riferisce ad uno specifico Progetto (domiciliare, residenziale, semiresidenziale, residenziale temporaneo) e ad uno specifico setting di Cura.
- La Cartella si apre ad ogni nuova presa in carico e si chiude alla conclusione dell'assistenza.
- In caso di cambio di Progetto (da 1 a 4) la Cartella va chiusa e riaperta con nuovo codice **di** tipologia di Progetto / Cura.
- Nella stessa tipologia di Progetto il cambio di setting di Cura comporta la chiusura della Cartella e successiva riapertura, tranne che per quanto successivamente specificato.
- Per l'assistenza residenziale e semiresidenziale la Cartella deve essere chiusa anche in caso di cambio struttura o in caso di cambio tariffa.
- Per uno stesso soggetto possono coesistere un Progetto di semiresidenzialità ed un Progetto di Cure Domiciliari.

Per la domiciliarità occorre precisare quanto segue:

il flusso SIAD del NSIS non prevede una classificazione di tipologie di Cure Domiciliari, come invece normato dalla Regione Piemonte, ma rileva l'attività giornalmente erogata in modo programmato da operatori sanitari e sociosanitari, afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare a pazienti per cui sia stato attivato uno specifico progetto di cura e con responsabilità clinica del MMG o PLS. Il flusso informativo regionale invece mantiene al momento la rilevazione delle attuali tipologie di cura domiciliare, senza inviare tale classificazione regionale al Ministero.

Dato che a livello ministeriale non vengono accettate le informazioni relative a più cartelle aperte per lo stesso soggetto in contemporanea, al momento si mantengono le attuali distinzioni in tipologie di cura, ma occorrerà giungere in futuro al loro superamento.

L'accorgimento per gestire questa fase transitoria è il seguente: le attuali cartelle aperte rimangono invariate in quanto il flusso riguarda le nuove cartelle aperte dal 1 ottobre 2010;

successivamente a tale data si devono ricondurre le ulteriori prestazioni erogate al soggetto alla cartella aperta in quel momento.

Esempio:

Situazione fino al 30 settembre 2010.

Ad un soggetto con una cartella ADP, che abbia bisogno di prestazioni infermieristiche si apre anche una cartella SID.

Situazione dal 1 ottobre 2010.

Per la stessa situazione con una cartella ADP aperta dopo il 30 settembre 2010 e con ulteriori bisogni infermieristici occorre:

1. *fare una rivalutazione straordinaria (perché sono cambiati i bisogni)*
2. *predisporre un nuovo progetto assistenziale*
3. *caricare le prestazioni infermieristiche alla cartella aperta.*

La stessa procedura vale in senso inverso, ossia soggetto con cartella SID che abbia bisogno di un controllo medico programmato in ADP.

Qualora invece le condizioni del soggetto siano cambiate in modo sostanziale e necessiti invece di ADI o ADI+UOCP, si chiude la cartella e se ne apre una nuova.

Progetti di Lungoassistenza e di sostegno economico

I progetti di Lungoassistenza, ai sensi della DGR 51-11389/2003, e di sostegno economico alla domiciliarità, ai sensi delle DGR 39-11189/2009 e DGR 56-13392/ 2010, (di seguito definiti entrambi come progetti di Lungoassistenza), non sono oggetto di rilevazione da parte del NSIS, ma sono rilevati a livello regionale (flusso SIAD-RP). Per consentire la corretta rilevazione dei dati è necessario:

- **l'apertura di una cartella di Lungoassistenza** con la compilazione delle informazioni del tracciato anagrafico e del tracciato eventi ad esclusione delle informazioni relative alla prima valutazione,alle rivalutazioni successive ed alle informazioni relative alle prestazioni domiciliari erogate.
  E' invece prevista, nel tracciato Eventi, la sezione "prestazioni di Lungoassistenza" che consente la compilazione delle informazioni relative al contributo economico mensile (quota a carico SSR).
  Ogni variazione del contributo economico mensile nell'ambito della stessa tipologia di cura (intensità), deve essere tracciato come nuovo Evento Prestazione con data di erogazione coincidente con la data di decorrenza del nuovo importo.
  La variazione di intensità comporta invece, come per tutte le tipologie di Cure, la chiusura della Cartella e la successiva riapertura con nuova tipologia di cura (intensità);

- **l'apertura di una distinta cartella di Cure Domiciliari**, secondo la tipologia di cura più appropriata, a cui sono ricondotte le prestazioni erogate dagli operatori afferenti al servizio sanitario (MMG, infermieri, ecc..).

La Lungoassistenza è l'unica tipologia di Cura Domiciliare per la quale è consentita l'eventuale apertura di due cartelle per uno stesso soggetto in un medesimo periodo, in quanto le informazioni sono rilevate solamente a livello regionale.

La struttura di erogazione

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

Per l'assistenza domiciliare:

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

Per l'assistenza residenziale e semiresidenziale:

- 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).

Nota: il flusso dell'assistenza residenziale e semiresidenziali 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 macro attività del processo di assistenza domiciliare e residenziale/semiresidenziale:

- 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) .

- 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).

Per ciascun flusso vengono nel seguito descritte le macro attività relative al processo di assistenza domiciliare e residenziale/semiresidenziale oggetto di rilevazione, le responsabilità, l'output e le informazioni richieste dal flusso di rilevazione.

IL PROCESSO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Richiesta o segnalazione

Evento	Richiesta o segnalazione: i soggetti autorizzati segnalano l'esigenza di Cure Domiciliare alla Centrale Operativa delle Cure Domiciliari (C.O.) o Centrale Operativa della Continuità Assistenziale (C.O.C.A.), che possono coincidere, o al Distretto				
Attività	**Responsabile**	**Descrizione**	**Output**	**Flusso DOM**	
				Tracciato e sezione informativa	**Dati richiesti**
Presentazione richiesta / segnalazione	Richiedente (*)	I soggetti autorizzati presentano la richiesta di CD alla Centrale Operativa Cure Domiciliari o alla Centrale Operativa della Continuità Assistenziale, (possono essere coincidenti) o al Distretto.	Richiesta o segnalazione	**ANAG:** *Dati anagrafici* *Conviventi* *Richiesta*	- Dati anagrafici - Data accettazione richiesta - Soggetto Richiedente - Motivazione richiesta
Ricezione richiesta/segnalazione	C.O. / C.O.C.A. / Distretto	riceve la richiesta/segnalazione di CD.	Richiesta o segnalazione ricevuta		
Valutazione della richiesta	C.O. / C.O.C.A. / Distretto	Valutazione della richiesta	Accettazione o negazione della richiesta Comunicazione, nel caso di accettazione, al MMG/PLS Eventuale lista di attesa		

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 protetta da Ospedale, la data di accettazione della richiesta coincide con la data di dimissione del soggetto dalla Struttura Ospedaliera.

- **Soggetto richiedente**:

  1 = Servizi sociali
  2 = MMG / PLS
  3 = Ospedale
  4 = Ospedale per dimissione protetta
  5 = Struttura residenziale extraospedaliera
  6 = Utente/familiari
  9 = altro

- **Motivo della richiesta: i**ndica il/i motivo/i per il 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 infusionale
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

Presa in carico

Evento	*Presa in carico*: L'unita 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:** *Valutazione*	- Patologie - Soggetto valutatore - motivo valutazione - Item di Valutazione
Presa 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**: *Dati di residenza* *Provenienza assistito* *Presa in carico* *Struttura di erogazione*	- 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:**

  1 = abitazione
  2 = ospedale
  3 = ospedale – dimissione protetta
  4 = ricovero temporaneo in struttura socio-sanitaria
  5 = casa di cura
  6 = altra tipologia di cure domiciliari
  9 = altro

- **Presa in carico: s**ono 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 uno stesso soggetto non è consentita la contemporaneità di più cartelle aperte, ad eccezione della Lungoassistenza;
    - 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)* secondo le modalità descritte al paragrafo "Cartella".

  - **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. *(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 del soggetto).* secondo le modalità descritte al paragrafo "Cartella".

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

    - 2.07.17 Cure domiciliari (da utilizzare per le tipologia di Cura ADI, ADP, SID, Lungoassistenza);
    - 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 altre subarticolazioni organizzative interne.

Evento prestazioni

Evento	*Erogazione prestazioni*: 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.				
Attività	**Responsabile**	**Descrizione**	**Output**	**Flusso DOM Dati**	
				Tracciato e sezione informativa	**Dati richiesti**
Erogazione prestazioni previste dal PAI	Equipe CD	L'operatore/operatori sanitari eroga/no le prestazioni previste nel PAI.	Prestazioni erogate	**EVENTI:** *Prestazione*	- Data accesso - Tipo operatore - Prestazione erogata - Numero accessi nella giornata - Tempo H (per le figure per cui è previsto) - Tempo GO (per le figure per cui è previsto)
Registrazione accessi e prestazioni erogate nella giornata	L'operatore / operatori sanitari	L'operatore/operatori sanitari registra/no 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 clinica		
Prestazioni riabilitative	Operatore fisioterapista	Nel caso in cui il PAI preveda prestazioni riabilitative, l'operatore fisioterapista effettua la valutazione iniziale e finale (indice di Barthel); le prestazioni riabilitative devono essere erogate fra le due date di inizio e fine valutazione Barthel.	Prestazioni riabilitative	**EVENTI:** *Prestazioni riabilitative*	- Data valutazione iniziale indice di Barthel - Indice di Barthel inizio - Data accesso - Tipo operatore - Prestazione erogata - Numero accessi nella giornata - Tempo H - Tempo GO - Data valutazione finale indice di Barthel - Indice di Barthel finale

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 esperto in cure palliative
6	Medico di continuità assistenziale
7	Psicologo
10	OSS
11	Dietista
12	Assistente sociale del SSN
13	Terapista occupazionale
20	Trasporti (*)

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

- **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.
- **Numero prestazioni**: quantità di prestazioni erogate per tipologia.
- **Tipo prestazione erogata**:

codice	Tipo prestazione erogata
1	visita domiciliare (comprensiva di valutazione clinica/funzionale/sociale e monitoraggio)
2	prelievo ematico
3	esami strumentali
4	trasferimento competenze/educazione del care giver / colloquio / nursering / addestramento
5	supporto psicologico
6	terapie iniettive attraverso le diverse vie di somministrazione
7	terapia infusionale 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

codice	Tipo prestazione erogata
17	medicazioni complesse
18	fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
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 (*)

(*) vedi nota “tipo operatore”

In merito alle prestazioni di riabilitazione (codici tipo prestazione 19, 20 e 21 correlate ai codici tipo operatore 8 e 9), si precisa che, come da normativa regionale vigente, possono essere erogate previa valutazione dell'indice di Barthel all'inizio ed alla fine del trattamento. Le informazioni relative all'indice di Barthel (data inizio / fine e indice di Barthel inizio / fine trattamento) saranno oggetto di rilevazione regionale a partire dal 2011 (con una nuova versione del disciplinare e relative linee guida,) ma è opportuno vengano già raccolte nell'ambito degli applicativi gestionali delle Cure Domiciliari.

Evento erogazione prestazioni di Lungoassistenza

<table>
<tr><td>Evento</td><td colspan="5"><u>Erogazione prestazioni di Lungoassistenza</u>: sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente, l'ASL, qualora si verifichino le condizioni, provvede a corrispondere la quota concordata.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Attività</td><td rowspan="2">Responsabile</td><td rowspan="2">Descrizione</td><td rowspan="2">Output</td><td colspan="2">Flusso DOM
Dati</td></tr>
<tr><td>Tracciato e sezione informativa</td><td>Dati richiesti</td></tr>
<tr><td>Erogazione contributo</td><td>Distretto</td><td>L'operatore individuato dall'Azienda registra l'erogazione del contributo.</td><td>Prestazioni erogate</td><td rowspan="2">EVENTI

Prestazione di lungoassistenza</td><td rowspan="2">- Data inizio erogazione
- Contributo erogato</td></tr>
<tr><td>Registrazione di eventuali variazioni del contributo sempre nella stessa fascia di intensità.</td><td>Distretto</td><td>L'operatore individuato dall'Azienda registra le variazioni del contributo nella stessa fascia di intensità</td><td>Registrazione del nuovo evento nella cartella</td></tr>
</table>

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), varii deve essere registrato un nuovo evento (con nuova data e nuova tariffa).

- **Contributo erogato:** quota mensile corrisposta.

Evento sospensione

Evento	*Sospensione*: l'equipe, 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 - Scheda	**EVENTI:** *Sospensione*	- 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
  4 = altro

Evento valutazione/rivalutazione

Evento	*Prima valutazione e Rivalutazione*: l'equipe, alle scadenze periodiche 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'utente. Rivalutazione: l'equipe, alle scadenze periodiche (trimestrali a partire dall'ultima valutazione che può essere periodica o straordinaria), effettua una rivalutazione del paziente	Scheda di valutazione aggiornata o conferma dell'ultima valutazione	**EVENTI** *Valutazione*	- Data rivalutazione - Soggetti valutatori - Conferma valutazione precedente - Item di valutazione

Le informazioni trattate:

- **Motivo della valutazione**:

  1. = prima valutazione / valutazione all'ammissione (già trattata nell'ambito della presa in carico)
  2. = valutazione periodica (trimestrale)
  3. = valutazione straordinaria

- **Data valutazione**: è la data in cui viene fatta la prima valutazione del paziente; è la data a partire dalla quale decorrono le successive rivalutazioni periodiche (trimestrali).

- **Patologia prevalente**: è la patologia prevalente riscontrata alla prima valutazione (codice ICD9-CM)
- **Patologie concomitanti:** eventuali patologie concomitanti riscontrate alla prima valutazione (codice ICD9-CM).

- **Soggetto valutatore:** sono previsti

  1 = MMG
  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

- **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:

Items 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	
Rischio Infettivo	1. Si 2. No	
Broncorespirazione / Drenaggio Posturale	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Ossigeno Terapia	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Ventiloterapia	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Tracheotomia	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Gestione Stomia	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Elimi Urinaria Intestinale	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Alter Ritmo Sonno Veglia	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Int Edu Terapeutica	1 = Bisogno presente	

Items valutazione NSIS	Valori ammessi	Annotazioni
	2 = Bisogno assente	
Cura Ulcere Cutanee 1° e 2° Grado	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Cura Ulcere Cutanee 3° e 4° Grado	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Prelievi Venosi Non Occ	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
ECG	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Telemetria	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Ter Sottocut Intra Musc Infus	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Gestione Catetere	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Trasfusioni	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Controllo Dolore	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Assist Stato Terminale Onc	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Assist Stato Terminale Non Onc	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Supervisione Continua	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Assistenza IADL	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Assistenza ADL	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Supporto Care Giver	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Neurologico	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Ortopedico	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Di Mantenimento	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	

Items valutazione NSIS	Valori ammessi	Annotazioni
Supervisione continua	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Assistenza IADL	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Assistenza ADL	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	
Supporto Care Giver	1 = Bisogno presente 2 = Bisogno assente	

Evento conclusione

Evento	*Conclusione erogazione delle Cure Domiciliari*: 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	Procede alla registrazione dei dati di chiusura della Cartella Domiciliare (data e motivo) e al controllo "incrociato" tra i dati presenti in Cartella 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** *Conclusione*	- Data chiusura - Motivo

La conclusione del progetto 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 (*)
99 = Altro

(*) **La chiusura amministrativa si attua qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi in assenza di sospensione.**

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	**ANAG**: *Richiesta*	- Data accettazione richiesta - Soggetto Richiedente - Motivazione richiesta
Presentazione richiesta	Segreteria dell'Unità di Valutazione di competenza	Protocolla la domanda	Data di protocollo della domanda		

Le informazioni trattate:

- **Data di accettazione della richiesta:** è la data di presentazione della richiesta all'UV dell'ASL di residenza.

  Rif. DGR 42-8390/2008: "nella gestione della lista di attesa oltre i punteggi derivati dalla valutazione o rivalutazione, è necessario tenere conto almeno dei due criteri:

  - *aspetto temporale: deve essere considerata la data di protocollo in arrivo presso la Segreteria UVG;*
  - *aspetti contingenti: deve essere considerata l'urgenza dell'inserimento"*

- **Soggetto richiedente**:

  1 = propria
  2 = familiare – affine
  3 = soggetto civilmente obbligato
  4 = assistente sociale
  5 = medico MMG/PLS
  6 = medico ospedaliero

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

  1 = perdita autonomia
  2 = stabilizzazione stato clinico (post acuzie)
  3 = insufficienza del supporto familiare / care giver
  4 = solitudine
  5 = alloggio non idoneo
  6 = altra motivazione sociale

Presa in carico

Evento	*Presa in carico*: 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 semiresidenziale, residenziale.**				
Attività	**Responsabile**	**Descrizione**	**Output**	**Flusso RES**	
				Tracciato e sezione informativa	**Dati richiesti**
Presa 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 ad erogare la quota di competenza sanitaria.	Comunicazione e trasmissione dell'ultima valutazione e obiettivi alla Struttura residenziale / semiresidenziale scelta dal soggetto per la valutazione di competenza della Struttura residenziale / semiresidenziale;	**ANAG:** *Presa in carico*	- 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:**
  1 = abitazione
  2 = struttura socio-sanitaria
  3 = struttura sociale
  4 = struttura ospedaliera
  5 = struttura di riabilitazione
  9 = altro
  10 = altra tipologia di cura residenziale/semiresidenziale
  11 = casa di cura

- **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 o residenziale temporaneo. Per quanto attiene la 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 domiciliare ai sensi della DGR 39-11190/2009, DGR 56-13332/2010 in cui il PAI è un mix di prestazioni
  - carattere di urgenza (es.: necessità del care giver o dell'assistente familiare o altri soggetti che prestano cura nell'ambito di progetti sia di Cure Domiciliari sanitarie sia delle DGR 38-11189/2009, DGR 39-11190/2009 e DGR 56-13332/2010)

- **Tipologia di cura**: specifica il setting di cura sulla base dei bisogni sanitari e sociali. La tipologia di cura si riferisce a:

  1= progetti intensità bassa
  2 = progetti intensità media
  3 = progetti intensità media incrementata
  4 = progetti intensità alta
  5 = progetti intensità alta incrementata
  6 = progetti per Stato Vegetativo, Stato di minima coscienza
  7 = progetti per Locked-in-Syndrome
  8 = progetti per Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase terminale
  9 = progetti temporanei per Sclerosi Multipla
  10 = progetti per Alzheimer e demenza
  11 = progetti ad personam bassa intensità
  12 = progetti ad personam media intensità
  13 = progetti ad personam alta intensità

- **Struttura di erogazione:** per l'assistenza residenziale e semiresidenziale le codifiche utilizzate sono le seguenti:

    - **Azienda erogante:** identifica l'ASL sul cui territorio è ubicata la struttura; l'ASL che inserisce il soggetto nella Struttura è rilevata, nell'ambito del tracciato, come "**ASL inviante**" come descritto al paragrafo "L'articolazione della struttura di erogazione";
    - **Codice STS11 della Struttura** 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 definiti nel catalogo dell'Anagrafe Strutture sono:

        - Codici di Attività semiresidenziale:
            - 2.08.10 Ass. semires. a favore di anziani non autosufficienti (centri diurni);

        - Codici di Attività residenziale:
            - 2.09.10 Ass. res. a favore di anziani non autosufficienti (RSA, RAF…);
            - 2.09.73 Ass. res. a favore di altri utenti (coma apallici), tipo di assistenza soggetti in stato vegetativo.

    - **Codice ISTAT della Struttur**a: codice regionale ISTAT della struttura
    - **Codice Ente Gestore:** Comune/Ente Gestore che partecipa all'erogazione del servizio.

    - **Tariffa giornaliera applicata**: suddivisa in quota SSR, quota utente e quota Comune /Ente Gestore.

      Per quanto riguarda la tariffa, si specifica che:
        - **per i soggetti in convenzione presenti in struttura al 1 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 1 ottobre 2010;**

        - **per i soggetti il cui inserimento in struttura in convenzione avviene dal 1 ottobre 2010, la tariffa giornaliera è quella applicata alla data di presa in carico.**

Il flusso FAR del NSIS rileva l'assistenza residenziale e semiresidenziale secondo il criterio della tipologia di prestazione, mentre la rilevazione regionale prevede la distinzione dell'assistenza in base alla tipologia di Progetto e Tipologia di Cura. La tabella che segue riporta la transcodifica tra la classificazione dei progetti di assistenza residenziale e semiresidenziale regionale e la classificazione ministeriale:

Classificazione dei Progetti di assistenza residenziale e semiresidenziali per il livello regionale		**Classificazione dei progetti residenziali e semiresidenziali per il livello ministerale**	
Progetto	Tipologia di Cura	Tipologia di prestazioni	
3 = residenziale 2 = semiresidenziali	6 = per Stato Vegetativo, Stati di Minima Coscienza 7 = per Locked in Syndrome 8=Sclerosi Laterale Amiotrifica in fase terminale 9 = per Sclerosi Multipla	R1	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali intensive a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta,trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone terminali etc.).
3 = residenziale 4= residenziale temporaneo	3 = Progetti bassa intensità 4 = Progetti alta intensità 5 = Progetti alta intensità incrementata 13 = Progetti ad personam alta intensità	R2	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale, lesioni da decubito profonde, etc).
3 = residenziale 4= residenziale temporaneo	10 = Centri Alzheimer e demenza senile	R2D	Trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Unità d'offerta Residenziali).
3 = residenziale 4= residenziale temporaneo	1 = Progetti bassa intensità 2 = Progetti media intensità 11 = Progetti ad personam bassa intensità 12 = Progetti ad personam media intensità	R3	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità d'offerta Residenziali di Mantenimento).
2 = semiresidenziali	1 = Centri Diurni	SR1	Trattamenti Semiresidenziali – trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati in unità d'offerta o in centri diurni.
2 = semiresidenziali	2 = Centri Alzheimer	SR2	Trattamenti Semiresidenziali Demenze – trattamenti di cure estensive per persone con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale erogate in unità d'offerta o in centri diurni.

Evento sospensione

Evento	*Sospensione*: nei casi di necessità di ricovero o di allontanamento temporaneo del soggetto, la Struttura residenziale/semiresidenziale provvede, laddove necessario, alla sospensione del servizio.				
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 del servizio.	Registrazione della sospensione nella Cartella	**EVENTI:** *Sospensione*	- 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 del servizio.		
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:

1 = ricovero temporaneo in Ospedale
2 = allontanamento temporaneo
3 = altro

Nota: le informazioni relative alla sospensione sono oggetto di rilevazione solo di livello regionale.

Evento valutazione / rivalutazione

Evento	*Rivalutazione*:, 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.				
Attività	**Responsabile**	**Descrizione**	**Output**	**Flusso RES**	
				Tracciato e sezione informativa	**Dati richiesti**
Prima valutazione	Soggetto valutatore della Struttura residenziale / semiresidenziale	Effettua l'individuazione e la misurazione del bisogno dell'utente	Valutazione tramite la scheda di valutazione	**Eventi:** Valutazione	- 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) al momento dell'ammissione nonché alle scadenze periodiche (trimestrali a partire dall'ultima valutazione, che può essere periodica o straordinaria) o all'insorgenza di cambiamenti delle condizioni, effettua una rivalutazione del soggetto.	Scheda di valutazione aggiornata. Compila e inserisce la Scheda di rivalutazione aggiornata	**EVENTI** *Valutazione*	- Data rivalutazione - Motivo della valutazione - Patologie - Soggetto valutatore - Item di valutazione

Le informazioni trattate:

- **Motivo della valutazione**:

  1 = prima valutazione / valutazione all'ammissione
  2 = valutazione periodica (trimestrale)
  3 = valutazione straordinaria

- **Patologia prevalente**: è la patologia prevalente riscontrata (codice ICDIX-CM)

- **Patologie concomitante:** eventuali patologie concomitanti riscontrate (codice ICDIX-CM).

- **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
  - 3 = UVG

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: 1 = Assenti: corrisponde al valore A = 0 (disturbi assenti) 2 = Presenti: corrisponde ai valori B e C = 2 (disturbi presenti).
Trattamenti specialistici**:**	Indica i trattamenti specialistici erogati all'assistito.	Riferimento: la nuova scheda "Trattamenti specialistici", prevista dalla Cartella Geriatrica
Alimentazione parenterale	1 = presente	

Item di valutazione previsti da NSIS	I valori ammessi	Annotazioni
	2 = assente	
SNG/PEG	1 = presente 2 = assente	
Tracheostomia	1 = presente 2 = assente	
Ventilazione assistita	1 = presente 2 = assente	
Ossigenoterapia	1 = presente 2 = assente	
Dialisi	1 = presente 2 = assente	
Ulcere da decubito	1 = presente 2 = assente	
Altre prestazioni	1 = presente 2 = assente	
Area Sociale	1 - Presenza 2 - Parziale e/o temporanea 3 – Assenza	La somma dei punteggi previsti dalla Cartella Geriatrica nelle Aree 3 (Condizione Familiare) e 4 (Condizioni Assistenziali), ognuna con un range 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).
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	*Conclusione erogazione*: 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 / semiresidenzale	Avvia le pratiche per la conclusione dell'erogazione del servizio. In caso di trasferimento ad altra Struttura fornisce la documentazione ai sensi della DGR 56-13392/2010	Pratica di conclusione del servizio.		
Comunicazione alla Struttura preposta dell'ASL di residenza (secondo l'articolazione di ogni Azienda)	Il Direttore della Struttura residenziale / semiresidenzale	Comunica la data di conclusione e motivazione	Comunicazione e relative pratiche amministrative	**EVENTI:** *Conclusione*	Data conclusione Motivo
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 del progetto comporta la chiusura della Cartella Residenziale / Semiresidenziale e la relativa segnalazione al sistema di monitoraggio regionale attraverso la compilazione dell'evento "dimissione".

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

1.= Dimissione a domicilio senza assistenza (NUOVO ma già nel FAR ministeriale)…

2 = Dimissione a domicilio con assistenza

3 = Trasferimento a struttura ospedaliera per acuti (NUOVO ma già nel FAR ministeriale)…

4 = Dimissione ad altra tipologia di residenza

5 = Decesso

8 = Cambio tariffa e/o ripartizione quota

9 = Dimissione per cambio struttura

CALENDARIO E MODALITÀ DI RILEVAZIONE DEI DATI

Decorre dal 1 novembre 2010 l'obbligo di invio dei dati al sistema di monitoraggio regionale relativamente a:

- **assistenza domiciliare**: nuove prese in carico di soggetti in Cure Domiciliari dal 1 ottobre 2010 secondo i tracciati SIAD-RP (tracciato della presa in carico e tracciato degli eventi di valutazione/rivalutazione, prestazioni, sospensioni e conclusione assistenza);

- **assistenza residenziale e semiresidenziale**: soggetti presenti in strutture residenziali e semiresidenziali alla data del 1 ottobre 2010 e soggetti inseriti a partire dal 1 ottobre 2010, secondo la seguente articolazione:

- **dal 1 novembre 2010 al 31 dicembre 2010**: invio dei dati di tutti i soggetti inseriti al 1 ottobre 2010, secondo i tracciati FAR-RP (tracciato di presa in carico e tracciato degli eventi di valutazione/rivalutazione, sospensione e conclusione assistenza), ma senza l'obbligo di invio dei dati relativi agli eventi di valutazione/rivalutazione, al fine dell'implementazione "massiva" dell'archivio ;

- **dal 1 gennaio 2011**: invio dei dati secondo i tracciati FAR-RP (tracciato di presa in carico e tracciato degli eventi di valutazione/rivalutazione, sospensione e conclusione assistenza) con l'obbligo di invio anche dei dati relativi agli eventi di valutazione/rivalutazione sia relativi ai soggetti già presenti in struttura al 1 gennaio 2011 (rivalutazione) sia i nuovi soggetti inseriti dal 1 gennaio 2011 (prima valutazione e rivalutazione).

La tabella che segue riassume il calendario degli invii per ogni tipologia di Progetto.

Le fasi di invio dei dati al sistema di monitoraggio regionale e al NSIS:

	Presa in carico ed Eventi	**Fase 1** *Dal 1 Ottobre al 31 dicembre 2010*		**Fase 2** *A partire dal 1 gennaio 2011*	
		RP	NSIS	RP	NSIS
Progetti domiciliari	Presa in carico (nuove prese in carico a partire dal 1 ottobre 2010)	x	x	x	x
	Prima Valutazione	x	x	x	x
	Prestazioni domiciliari erogate	x	x	x	x
	Prestazioni di lungoassistenza ed interventi economici	x		x	
	Sospensione	x	x	x	x
	Rivalutazioni	x	x	x	x
	Conclusione	x	x	x	x
Progetti residenziali e semiresidenziali	Presa in carico (a partire dai soggetti in struttura al 1 ottobre 2010 e nuove prese in carico dal 1 ottobre 2010)	x	x	x	x
	Prima Valutazione			x	x
	Sospensione	x		x	
	Rivalutazione			x	x
	Conclusione	x	x	x	x