

**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 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

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	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)
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).